



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
GROUPE HOSPITALIER NORD
ESSONNE (Centre Hospitalier
des Deux Vallées, Centre
Hospitalier d'Orsay)**

159 rue du president francois mitterand

Bp 125

91164 Longjumeau

JUIN 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	13
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	14
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	18
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	22
DROITS DES PATIENTS	28
PARCOURS DU PATIENT	33
DOSSIER PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	46
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	59
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	63
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	69
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	73
ANNEXE	78

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DES DEUX VALLEES	
Adresse	159 rue du president francois mitterrand 91164 Longjumeau
Département / région	ESSONNE / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	910006568	GCS NORD ESSONNE	4 place du général leclerc 91400 ORSAY
Entité juridique	910110063	CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	4 place du general leclerc Bp 27 91401 Orsay
Entité juridique	910110055	CENTRE HOSPITALIER DES DEUX VALLEES	159 rue du president mitterrand Bp 125 91164 Longjumeau
Etablissement de santé	910808252	CMP 91G14 - CH ORSAY	25 rue les hautes plaines 91940 Les Ulis
Etablissement de santé	910017417	CSAPA SPECIALISE ALCOOL ORSAY	4 place du general leclerc 91400 ORSAY
Etablissement de santé	910811355	SCE HOSPITALIER JOLIOT CURIE - CH ORSAY	4 place du general leclerc 91400 Orsay
Etablissement de santé	910010669	HL LES COLOMBIERS 91G14 - CH ORSAY	35 bd bara palaiseau 91120 Palaiseau
Etablissement de santé	910811074	SLD - CH ORSAY	4 place du general leclerc 91406 Orsay

Etablissement de santé	910808427	CMP LA CHATAIGNERAIE - CH ORSAY	7 rue du jura Appt 7102 91940 Les Ulis
Etablissement de santé	910808419	CMP ENFANCE ET SURDITE - CH ORSAY	9 residence les avelines 91940 Les Ulis
Etablissement de santé	910814714	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE - CH ORSAY	4 place du general leclerc 91406 Orsay
Etablissement de santé	910013259	CMP DE MASSY - CH ORSAY	15 avenue nationale 91300 Massy
Etablissement de santé	910800986	MAISON DE CURE DE L'YVETTE - CH ORSAY	3 rue guy mocquet 91400 Orsay
Etablissement de santé	910810621	CENTRE JAURES - CH ORSAY	77 avenue jean jaures 91120 Palaiseau
Etablissement de santé	910808245	CMP 91G14-I04 - CH ORSAY	2 rue de la hacquiniere 91400 Orsay
Etablissement de santé	910110071	CHATEAU DU GRAND MESNIL PSY - CH ORSAY	2 rue charles de gaulle 91440 Bures-Sur-Yvette
Etablissement de santé	910018423	CH DES DEUX VALLEES - SITE DE JUVISY-SUR-ORGE	9 rue camille flammarion 91260 Juvisy-Sur-Orge
Etablissement de santé	910807957	CENTRE MEDICO-PSY. 91 G 16 - CH ORSAY	35 boulevard bara 91120 Palaiseau
Etablissement de santé	910000298	CENTRE HOSPITALIER DES DEUX VALLEES	159 rue du president francois mitterrand Bp 125 91164 Longjumeau
Etablissement de santé	910808435	CMP LES HAUTES PLAINES - CH ORSAY	21 les hautes plaines 91940 Les Ulis

Etablissement de santé	910808476	CMP ANTENNE CONSULTATION PSYCHOT - CH ORSAY	1 rue metro charonne 91300 Massy
Etablissement de santé	910808401	CAPSPE 91104 - CH ORSAY	Rue des bergeres 91940 Les Ulis
Etablissement de santé	910008648	HOPITAL DE JOUR - CH ORSAY	44 rue de paris 91400 Orsay
Etablissement de santé	910000306	CENTRE HOSPITALIER D'ORSAY	4 place du general leclerc 91406 Orsay

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	82	/	11
MCO	Gyneco-Obstétrique	78	1	/
MCO	Médecine	407	27	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	87	45	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	12	25	/
SLD	SLD	30	/	/
SSR	SSR	105	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Accréditation laboratoire COFRAC : 2 Laboratoires de biologie médicale : CH des Deux Vallées (Longjumeau et Juvisy) et CH d'Orsay. Certification ISO : Stérilisation des DM
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Mise en place du GHT Nord Essonne regroupant les centres hospitaliers des Deux Vallées et d'Orsay Convention d'association entre le GHT Nord Essonne et la Fondation Santé Service Convention d'association entre le GHT Nord Essonne et le Réseau tri-thématique Nord Essonne Convention d'association entre le GHT Nord Essonne et le Centre hospitalier Sainte-Anne Convention d'association entre le GHT Nord Essonne et le GHT Sud Ile-de-France Convention d'association entre le GHT Nord Essonne et le GHU Paris

Sud

Regroupement / Fusion	Fusion des CH de Longjumeau et Juvisy-sur-Orge Création du GHT Nord Essonne Fusion des CH des Deux Vallées et d'Orsay
Arrêt et fermeture d'activité	Centre hospitalier de Longjumeau : Activité de diagnostic prénatal
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Centre hospitalier de Longjumeau : Autorisation d'HDJ SSR

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine - CH des Deux Vallées	Cardiologie	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Médecine - HDJ - Longjumeau	bilan diabétique	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Médecine Orsay	AVC	Urgence	Simple	MCO
4	Adulte	Chirurgie - Longjumeau	Chirurgie viscérale	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte	Chirurgie - Orsay	chirurgie bariatrique	Programmé	Simple	MCO
6	Enfant/ado	Chirurgie ambulatoire	ORL / Stomato	Programmé	Simple	MCO
7	Femme/bébé	Obstétrique	Accouchement par voie basse à Orsay	Programmé	Simple	MCO
8	Femme/bébé	Obstétrique	Césarienne - Longjumeau	Urgence	Simple	MCO
9	Personne âgée	SSR Gériatrique - Juvisy	/	Programmé	Simple	SSR
10	Personne âgée	SSR - Longjumeau	Alzheimer	Programmé	Complexe	SLD
11	Adulte	Psychiatrie générale - HC	Dépression	/	Complexe	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

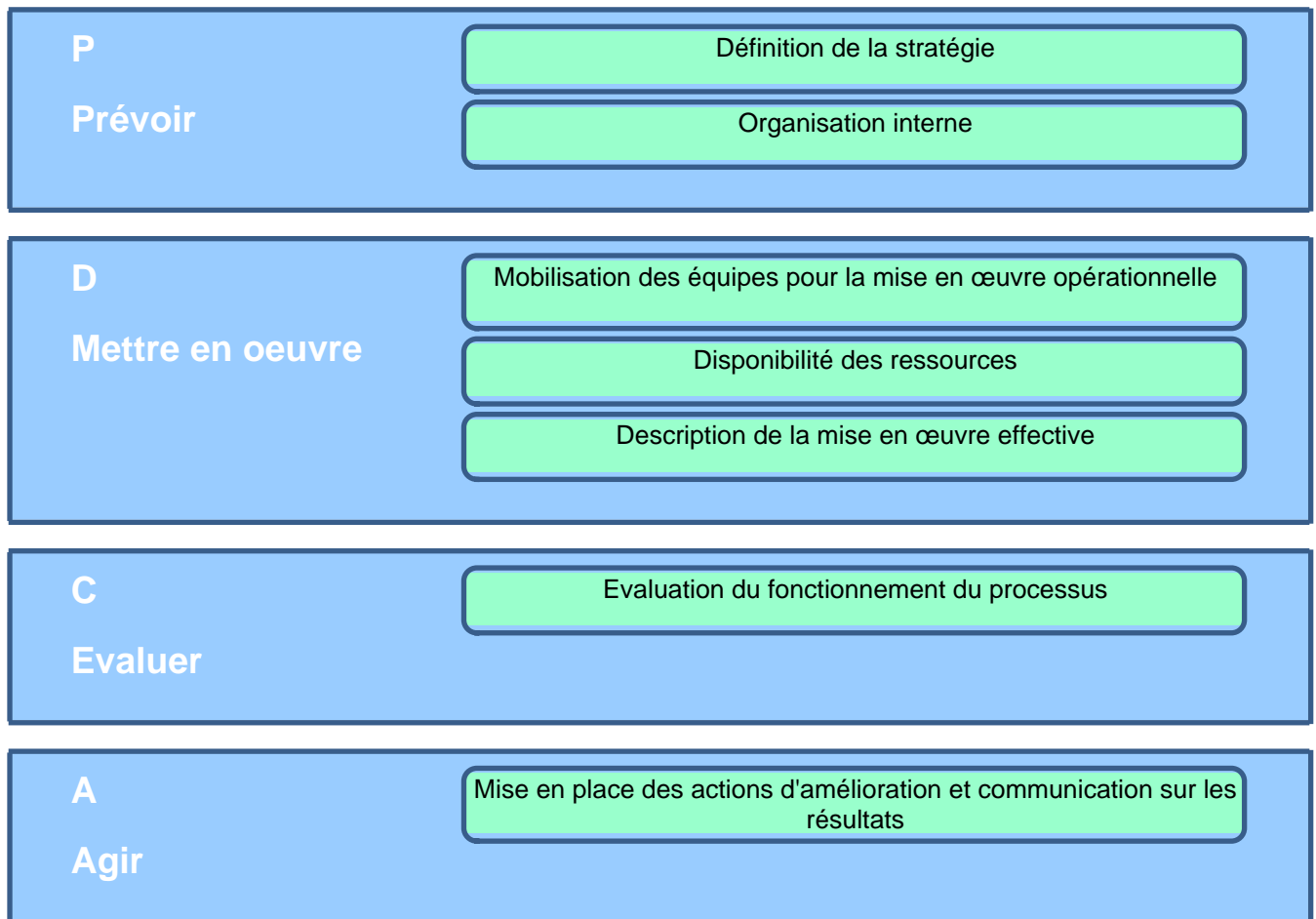
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à mesurer la stratégie et le mode de management mis en place par l'établissement pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail,
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels,
- à mieux soutenir les professionnels, dans leur engagement au quotidien dans le travail,
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins et ses risques sur cette thématique en s'appuyant sur diverses sources de données : les bilans sociaux, les évaluations des professionnels, le bilan des E.I., l'analyse de l'activité ; il porte ainsi l'accent sur la prévention et l'accompagnement aux changements, dans la mesure où le CH de Longjumeau et le CH d'Orsay ont fusionné au 1er janvier 2016 et celui de Juvisy officiellement au 1er janvier 2018, avec des transformations et évolutions de services et la perspective d'un regroupement des trois sites sur un seul en 2024 ; on trouve trace dans le projet de soins GHT de priorités en matière de qualité de vie au travail en s'appuyant sur des valeurs partagées, notamment le pilotage de la prévention des risques professionnels, la gestion des emplois et des compétences. Les risques ont été hiérarchisés et intégrés dans le PAQSS et au compte qualité pour les risques les plus élevés. Les instances, notamment le CHSCT, sont associées à l'analyse des risques et au plan d'actions complet qui en découle. Cette politique et ses actions sont communiquées aux professionnels.

ORGANISATION INTERNE

La DRH en lien avec 2 cadres supérieurs de santé et le CHSCT pilote la thématique qualité de vie au travail. Les rôles et responsabilités de chacun sont posés. Des groupes de travail permanents ou temporaires sont actionnés avec le soutien du CHSCT (groupe analyse et prévention des accidents de travail réuni deux fois par an, une rubrique sur l'interdiction de la consommation d'alcool et de SPA a été intégrée dans le règlement intérieur ainsi qu'une conduite à tenir pour la prise en charge des professionnels concernés). Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. La santé au travail est associée aux groupes de travail. Les actions de formation sont intégrées au plan global de l'établissement (management de la qualité de vie au travail, gestion des conflits, plaisir au travail, connaissance des cultures, gestion du stress). L'organisation du travail tient compte de la question de l'usure au travail. Les projets architecturaux tiennent compte des besoins des professionnels et y sont adaptés. Les moments d'échange entre professionnels et entre encadrement et professionnels sont recherchés (transmissions, réunions de service).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité est très attentif aux enjeux de la qualité de vie au travail; une organisation du travail est mise en place permettant de créer et de soutenir des espaces d'échanges; une psychologue du travail a une démarche d'écoute et d'aide à la résolution de problème en cas de situation de conflit ou de tension au sein des équipes et également de risques psycho-sociaux. Les entretiens annuels d'évaluation permettent d'évoquer les conditions de travail et les difficultés liées à la vie professionnelle. Des assemblées générales ont eu lieu sur les trois sites pour informer les professionnels des restructurations à venir. Les professionnels ont pu exprimer leurs souhaits dans le cadre du projet de regroupement prévu pour 2024.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un dispositif de gestion des emplois et des compétences est en place sur les trois sites. Le CHSCT dispose des compétences nécessaires à son fonctionnement. Des temps sont identifiés pour échanger avec les professionnels. Des modalités sont organisées favorisant le bien être au travail (massages à Orsay avec projet d'extension aux trois sites). Un travail sur les interruptions de tâches a été réalisé qui va déboucher sur un groupe de travail début 2018.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une autonomie est favorisée dans l'organisation et la réalisation du travail; de nombreux professionnels sont référents d'une thématique (hygiène, informatique, douleur, etc); les mécanismes de soutien fonctionnent (exemple: la psychologue du travail); la participation du CHSCT à l'élaboration et la mise en œuvre des actions est effective; c'est lui qui par exemple a été à l'initiative du groupe de travail addictions. Des journées sont consacrées à un thème, par exemple, la nutrition, en janvier 2018.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité de vie au travail est revue en CHSCT chaque année, notamment à l'occasion de l'examen du bilan social. L'encadrement de proximité est sollicité pour évaluer et analyser la qualité de vie au travail. Cependant, l'établissement ne réalise pas régulièrement la satisfaction des professionnels. En effet, la dernière enquête date de 2015 sur le site d'Orsay uniquement ; une autre est prévue en mai 2018 sur les trois sites.

A / AGIR

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

Des ajustements sont réalisés chaque année, par exemple au programme de formation, en fonction des besoins analysés en CHSCT, à l'examen du bilan social et des FEI en lien avec l'organisation du travail, les situations de violence et d'agressivité, l'absentéisme; les professionnels sont informés des actions et de leurs résultats par l'encadrement de proximité.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement ne réalise pas régulièrement la satisfaction des professionnels. La dernière enquête date de 2015 sur le site d'Orsay uniquement ; une autre est prévue en mai 2018 sur les trois sites.	3d

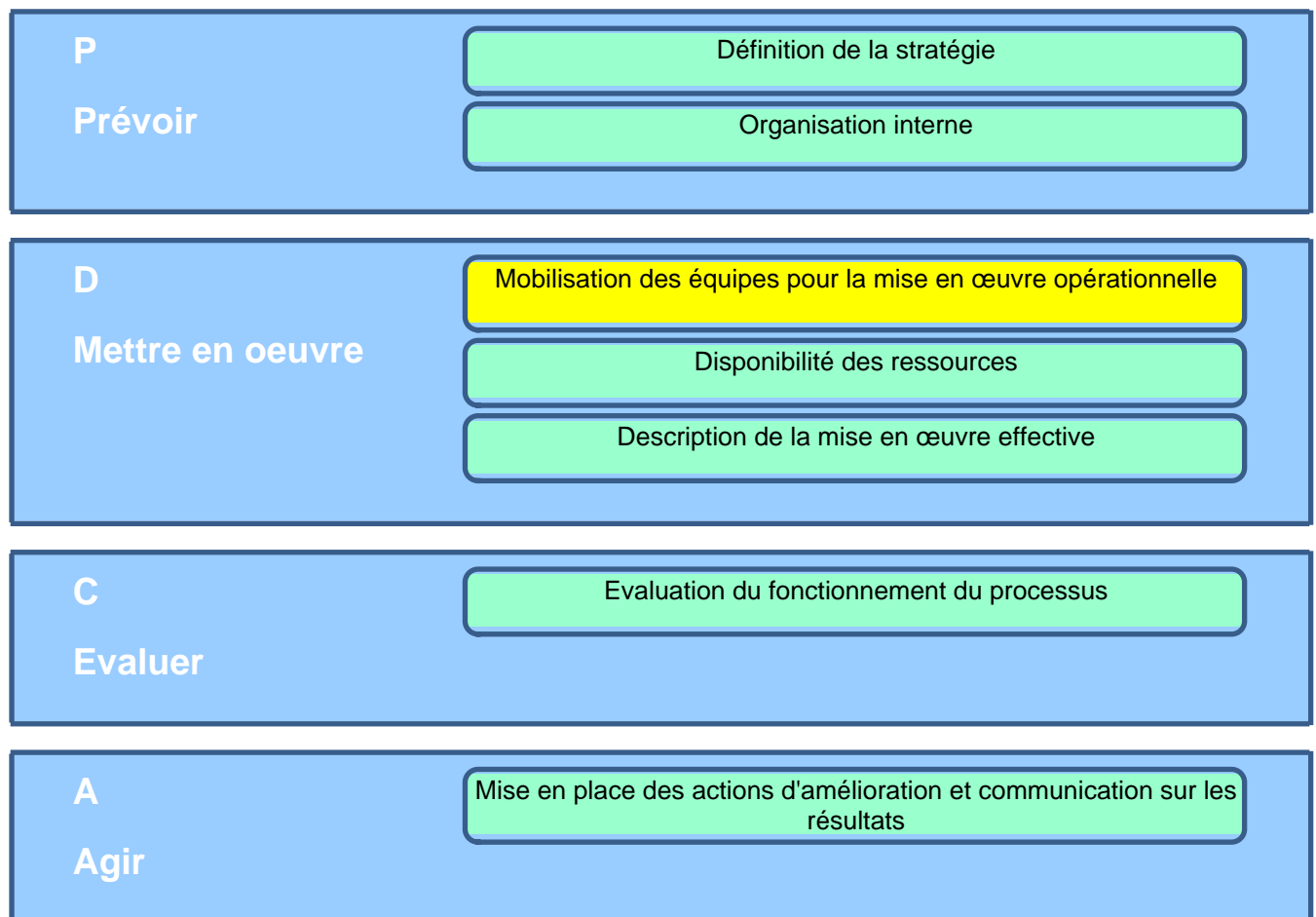
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le CH de Longjumeau qui a fusionné, au 1er janvier 2016, avec le CH de Juvisy pour former le Centre Hospitalier des Deux Vallées. Le CH des Deux Vallées a fusionné, au 1er janvier 2018, avec le CH d'Orsay pour former le Groupe hospitalier Nord-Essonne. Bien que la visite ait eu lieu avant le 1er janvier 2018, c'est bien l'ensemble des trois sites (Longjumeau, Orsay et Juvisy) qui a été évalué par les experts-visiteurs et qui fait l'objet du présent rapport. Le GHNE comporte aujourd'hui 500 lits et places, organisés à partir du 1er janvier 2018 en huit pôles d'activités inter-sites. Le GHNE constitue le GHT Nord Essonne avec un EHPAD et des établissements associés. A horizon 2021, un projet de regroupement du site de Juvisy sur le site de Longjumeau est avancé. En parallèle, un autre projet, à horizon 2024, de déménagement des trois sites sur un nouveau à Saclay est en phase de décision.

Le GHNE a identifié ses besoins et analysés ses risques avec les professionnels concernés. Des cartographies de risques ont été élaborées dans tous les services en utilisant différentes sources de données :

- la réglementation
- les inspections,
- les analyses de risques a priori et a posteriori,
- les résultats des audits internes, les besoins des patients,
- les retours d'information liés aux activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins,
- les situations de crise.

La politique générale de management de la qualité et de la gestion des risques est intégrée dans les orientations stratégiques du GHNE et donc du GHT, en lien avec cette analyse de risques. Il est prévu que cette politique soit révisée chaque année ; elle comporte aujourd'hui sept axes dont un sur la stratégie de développement des EPP. Cette politique est communiquée aux instances institutionnelles, à celles plus spécifiques de la qualité et gestion des risques, à l'encadrement des pôles et de proximité. La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques issu des cartographies des risques, des initiatives et priorités institutionnelles ou d'équipes. Le pilotage des actions, le calendrier et le suivi des actions y figurent ; ce programme est présenté annuellement aux instances. Les représentants des usagers contribuent à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques, notamment par l'intermédiaire de la CDU. Cependant, la coordination et la cohérence entre les composantes qualité et gestion des risques n'existent pas toujours. En effet, sur plusieurs thématiques, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé la cohérence entre objectifs politiques, PAQSS, IQSS et compte-qualité ; c'est ainsi que certains IQSS dont les résultats sont à améliorer ne se retrouvent pas dans le PAQSS et que certaines actions jugées prioritaires dans le PAQSS ne se retrouvent pas dans le compte-qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation structurée est en place pour piloter et mettre en œuvre la politique qualité et gestion des risques. Une direction qualité et un comité qualité-risques-vigilances chapote le dispositif, épaulé par le comité des vigilances pour les trois sites, deux coordonnateurs des risques associés aux soins (CRAS), avec réunion tous les quinze jours, un référent médical et para médical par pôle d'activités, le service qualité de l'établissement avec un ingénieur qualité référent par pôle (réunions trimestrielles) et un comité E.I. réuni tous les trois mois pour analyser les FEI et partagé un tableau de bord avec les pôles.. L'ensemble des professionnels concernés partagent un outil informatique commun. Le rôle et responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de fonction; la gouvernance générale de l'établissement (directeur et président de CME) favorise la déclaration des E.I. (charte de non punition pour les déclarants). Les ressources humaines nécessaires sont identifiées pour analyser les risques et mener à bien les projets et actions qualité et gestion des risques. Des groupes de travail ont été mis en place pour les cartographies des risques par thématiques. Les besoins en formation sont identifiés et se traduisent dans un plan de formation adapté (formation approche processus pour les chefs de pôle, cadres supérieurs de pôle, chef de service et cadre de proximité, formation sur l'utilisation des supports de déclarations des E.I., formation à l'analyse des risques, aux situations de crise). Un logiciel vient d'être remis en service pour la gestion documentaire; des documents sont formalisés pour déclarer les E.I., recueillir les attentes des patients, assurer la sécurité transfusionnelle, gérer les plaintes et réclamations et prendre en charge les patients administrativement et d'un point de vue médical et para médical. L'établissement articule le système de gestion des plaintes et réclamations avec celui des EI; la coordination entre vigilants, responsables qualité et service qualité par la présence des vigilants et des CRAS au comité qualité institutionnel. Les plans de crise sont opérationnels. Cependant, la gestion documentaire n'est pas organisée. En effet, l'établissement a entrepris l'informatisation de sa gestion documentaire. Au moment de la visite, il existe des classeurs qualité/risques dans les services, non

uniformes, certains ne contenant que des documents non encore mis en version électronique, d'autres non, certains documents sont anciens sans certitude sur l'actualité de la version des dits document, même si les cadres de proximité sont attentifs à l'utilisation de ces documents papier. L'établissement n'a pas identifié les risques liés à cette période intermédiaire entre la version papier et la version informatisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la politique qualité/gestion des risques et ces objectifs ne se retrouvent pas toujours dans les services. En effet, si l'établissement est organisé en pôles d'activité, certains pôles sont les relais de la politique institutionnelle et développent des actions spécifiques ; d'autres pôles sont moins actifs et ne constituent pas le relais de diffusion de la politique et de la stratégie institutionnelles. De fait, la connaissance, par les équipes, de la politique et des actions mis en œuvre, est partielle. Il a été constaté, lors des rencontres avec les professionnels, que leur appropriation des enjeux, de la politique, des actions qualité/gestion des risques (de l'établissement, ou leur site, ou de leur service) et des IQSS était très inégale d'un service à l'autre et d'un pôle à l'autre. Les responsables des services développent des actions qualité et de prévention des risques en lien avec les professionnels concernés. Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues. L'établissement développe par ailleurs des organisations de référents dans différents domaines, permettant de mobiliser les professionnels (douleur, escarres, hygiène, etc). Les professionnels ont la possibilité de participer à l'élaboration de protocoles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins des activités. Des documents sont accessibles, y compris des outils d'aide à la mise en œuvre des EPP, des cartographies, des protocoles et procédures. Le système d'information est en place, accessible et fonctionnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les actions d'amélioration portent notamment sur les recommandations issues des contrôles réglementaires, des démarches EPP, des analyse de la satisfaction des patients, des EI, des plaintes et réclamations. Les équipes participent à l'élaboration de protocoles, aux audits et évaluations internes, à la déclaration des E.I. Un tableau de bord partagé avec les responsables de service et les instances qualité/risques est régulièrement mis à jour, de même qu'un tableau de synthèse des FEI mis à jour tous les trois mois. Des actions de formation ont lieu, permettant par exemple aux professionnels concernés à analyser les causes profondes des EI, à réaliser des CREX (100 professionnels en 2015) et à sensibiliser les professionnels aux FEI. Les instances de l'établissement sont régulièrement informés des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers; les plans de gestion de crise leur sont également présentés. Les représentants des usagers sont sollicités pour participer à des groupes de travail le cas échéant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La direction des soins réalise des audits institutionnels annuellement sur des indicateurs émanant du projet de soin. Il existe également des audits réalisés par les cadres au sein des services, les indicateurs suivis (déclinés également du projet de soin et autres sources d'évaluation) et la périodicité sont définis par le pôle (quick-audits) Un tableau de bord permet de suivre au niveau de l'établissement des indicateurs nationaux, voire régionaux et locaux. Différentes modalités et pratiques d'évaluation sont développées : RCP dans tous les secteurs dans lesquels leur tenue est requise, CREX/RMM, quick audits tous les six mois par la direction des soins sur la traçabilité dans le dossier des éléments de prise en charge type douleur, poids, escarres. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés. Le bilan des actions est régulièrement débattu en instances.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine ses risques significatifs et ses besoins, notamment pour accompagner ses transformations structurelles à court et moyen terme (restructuration de l'offre de soins, fusion, projet de nouvel hôpital). Il réajuste son PAQSS à la lumière de ses évolutions. Les résultats des évaluations, des actions conduites sont présentées aux instances.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	La coordination et la cohérence entre les composantes qualité et gestion des risques n'existent pas toujours. Sur plusieurs thématiques, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé la cohérence entre objectifs politiques, PAQSS, IQSS et compte-qualité ; c'est ainsi que certains IQSS dont les résultats sont à améliorer ne se retrouvent pas dans le PAQSS et que certaines actions jugées prioritaires dans le PAQSS ne se retrouvent pas dans le compte-qualité.	1e
P / Organisation interne	PS	La gestion documentaire n'est pas organisée. L'établissement a entrepris l'informatisation de sa gestion documentaire. Au moment de la visite, il existe des classeurs qualité/risques dans les services, non uniformes, certains ne contenant que des documents non encore mis en version électronique, d'autres non, certains documents sont anciens sans certitude sur l'actualité de la version des dits document, même si les cadres de proximité sont attentifs à l'utilisation de ces documents papier. L'établissement n'a pas identifié les risques liés à cette période intermédiaire entre la version papier et la version informatisée.	5c
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	La déclinaison de la politique qualité/gestion des risques et ces objectifs ne se retrouvent pas toujours dans les services. Si l'établissement est organisé en pôles d'activité, certains pôles sont les relais de la politique institutionnelle et développent des actions spécifiques ; d'autres pôles sont moins actifs et ne constituent pas le relai de diffusion de la politique et de la stratégie institutionnelles. De fait, la connaissance, par les équipes, de la politique et des actions mis en œuvre, est partielle. Il a été constaté, lors des rencontres avec les professionnels, que leur appropriation des enjeux, de la politique, des actions qualité/gestion des risques (de l'établissement, ou leur site, ou de leur service) et des IQSS était très inégale d'un service à l'autre et d'un pôle à l'autre.	1e

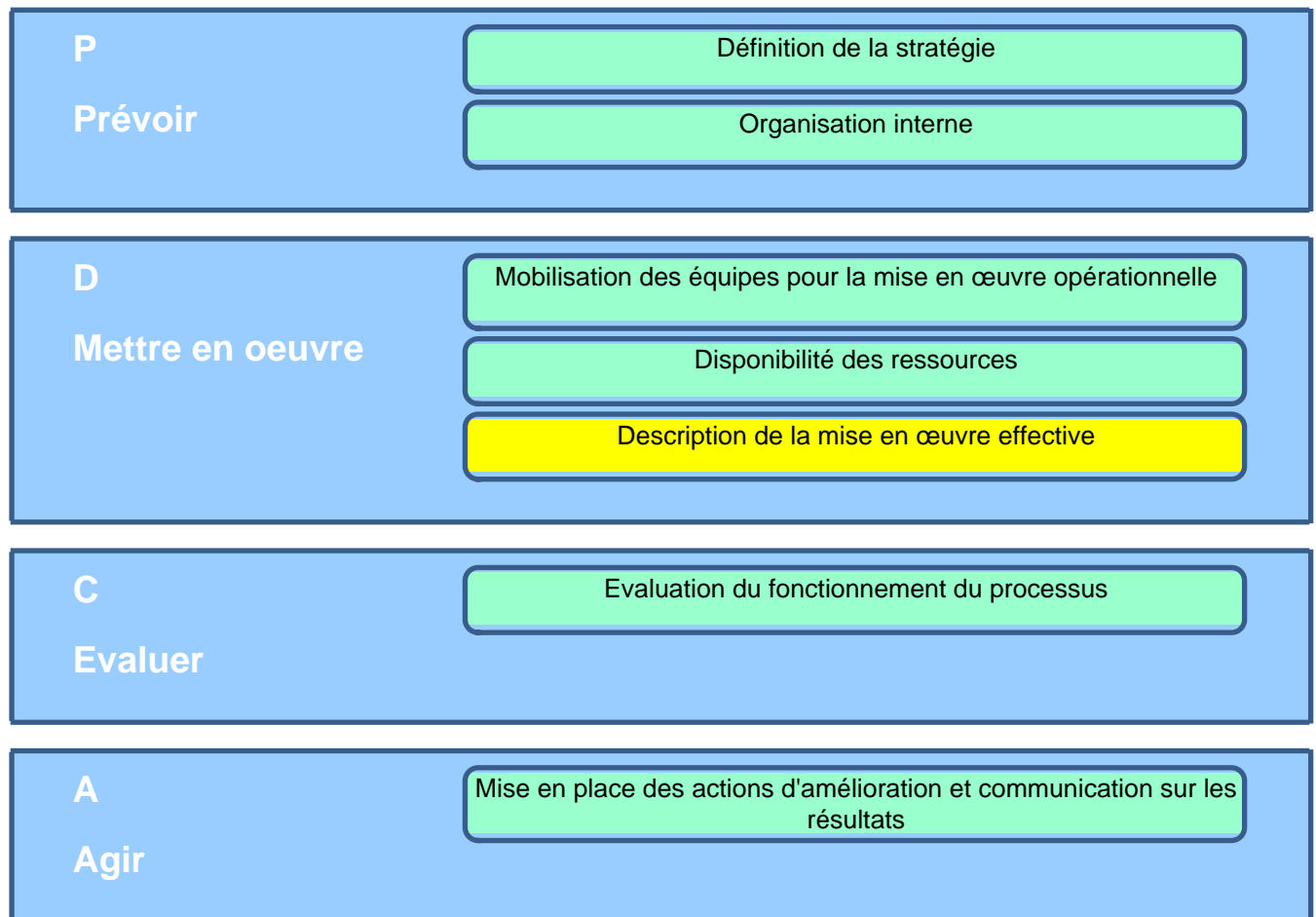
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE) a défini une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins validée en juin 2017. Un des axes de cette politique est la poursuite de la maîtrise du risque infectieux incluant les objectifs suivants :

- Poursuivre la mise en œuvre des actions de surveillance des infections associées aux soins et de surveillance de l'environnement.
- Prévenir les infections par l'élaboration et la mise en œuvre de bonnes pratiques d'hygiène.
- Informer et former de façon continue les professionnels.
- Evaluer périodiquement les actions menées.

Les axes stratégiques de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en matière de risque infectieux font partie intégrante du projet médical partagé du GHNE. Le projet de soins 2017-2021 reprend les axes stratégiques en matière de risque infectieux du projet médical partagé déclinés de façon opérationnelle, par exemple, l'objectif du pôle médecine sur les trois sites est la maîtrise du risque infectieux incluant le respect des règles d'hygiène, des procédures en matière d'isolement et le respect des procédures de bio nettoyage. La politique de la prescription des antibiotiques est définie ainsi que la politique en matière d'hygiène des locaux. L'établissement a identifié et hiérarchisé ses risques liés aux risques infectieux à partir d'une analyse de risques réalisée avec les professionnels tenant compte d'indicateurs, d'audit internes, de fiches d'événements indésirables. Cinq risques prioritaires figurent dans le compte qualité commun du Groupement Hospitalier Nord Essonne. Au regard de ces risques, des objectifs d'amélioration ont été mis en place. Par exemple pour le risque concernant la vétusté des systèmes de chauffage de l'eau, des pommeaux filtrants sont installés, des prélèvements sont réalisés par le COFRAC, un suivi des températures sur le réseau de distribution d'eau est effectué en continu. La politique de gestion du risque infectieux est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et intégré dans le PAQSS, elle est validée par les instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus gestion du risque infectieux. Le pilotage, commun aux trois sites, est assuré par un médecin hygiéniste, un cadre hygiéniste et un infirmier hygiéniste. Les rôles et responsabilités des professionnels sont définis et formalisés dans des fiches de poste. Le médecin hygiéniste est également le référent en matière d'infectiovigilance. Les rôles et responsabilité en matière de gestion du risque infectieux reposent sur :

- Le Comité Qualité Risques et Vigilances (CQRV) qui se réunit deux fois par an sur le centre hospitalier des deux vallées et sur le centre hospitalier d'ORSAY.
- La Commission des Anti Infectieux (COMAI), présidée par un praticien hospitalier infectiologue, dont les missions sont détaillées dans un document décrivant l'organisation de la collaboration entre l'infectiologue, les référents en infectiologie, le bactériologiste et les pharmaciens au sein du CH2V. Ce document est en cours de validation pour le GHNE.
- L'équipe opérationnelle d'hygiène est composée d'un médecin, d'un cadre de santé expert en hygiène hospitalière, d'un infirmier hygiéniste, d'une technicienne en bio hygiène, une secrétaire mi temps. Les professionnels de l'hygiène hospitalière des trois sites s'organisent en équipe multi site d'hygiène hospitalière (EMH) et sont susceptibles d'intervenir indifféremment sur les trois sites du GHNE.

Les missions de l'EMH entre autre sont de réaliser des audits communs, des formations communes et d'harmoniser les procédures sur les 3 sites. La mise en œuvre du programme d'amélioration dans les secteurs repose sur des correspondants médicaux et paramédicaux qui se font le relais dans les unités de soins. Des réunions sont organisées par l'EMH avec les correspondants des unités.

Afin d'assurer l'hygiène des locaux, une organisation est en place.

- Pour le centre hospitalier d'ORSAY et le centre hospitalier de JUVISY, il y a une équipe d'ASH qui dépend de la direction des soins.
- Pour le centre hospitalier de LONGJUMEAU, il y a une équipe d'agents d'entretien qualifiés qui assurent l'entretien des chambres, des couloirs, des bureaux dans les services, ils dépendent de la direction logistique. L'établissement fait également appel pour le centre hospitalier de LONGJUMEAU à une entreprise extérieure notamment pour les salles de consultations, les urgences, le bloc opératoire. Ces professionnels sont sous la responsabilité d'un chef d'équipe travaillant pour l'entreprise extérieure.

Concernant les prestations externalisées, la responsable du bio nettoyage vérifie que le cahier des charges soit respecté. Pour assurer la surveillance environnementale, des réunions du « groupe environnement » sont organisées tous les deux mois avec l'Equipe Multi site d'Hygiène, les services techniques, la direction patrimoine et logistique.

Des formations, communes aux trois sites, inscrites au plan de formation institutionnel sont en place.

- Formation individuelle des ASH nouvellement recrutés.

- Formation des infirmières et des aides soignantes des 3 sites à la prévention du risque infectieux.
- Formation des nouveaux arrivants.

La gestion documentaire est commune et informatisée, il existe aussi des classeurs papier dans les unités et une valise informatique dans public pour la prévention du risque infectieux qui comprend les différents protocoles validés en attente d'intégration dans le logiciel informatisé. La gestion des interfaces est effective. L'Equipe Multi site d'Hygiène travaille en collaboration avec le service qualité, le coordonnateur des risques associés aux soins et participe à la commission des antibiotiques. L'établissement participe au réseau de surveillance RAISIN.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel dans les unités est assuré par les médecins, cadres de santé et l'Equipe Multi site d'Hygiène. Les professionnels sont sensibilisés aux risques infectieux par le biais des correspondants en hygiène dans les unités. Ils participent à la déclaration d'évènements indésirables. Des audits, des enquêtes de pratiques sont mis en œuvre dans les unités de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives. L'Equipe Multi site d'Hygiène est opérationnelle sur les trois sites. Les actions de formation à l'hygiène sont mises en œuvre. Les ressources matérielles nécessaires sont prévues. Les protocoles et procédures en matière de risque infectieux sont à disposition des professionnels soit dans la gestion documentaire informatisée, soit dans des classeurs papier dans les unités de soins, soit dans une valise informatique dans public. Un livret sur l'antibiothérapie curative des infections communautaires de l'adulte est à disposition des praticiens sur les 3 sites. Un document « le B.A.B.A de la prévention des infections nosocomiales » est à disposition des professionnels. Toutefois, la structuration des locaux ne permet pas toujours d'assurer l'hygiène de ceux-ci. En effet, les experts-visiteurs ont constaté des locaux à déchets non fermés et des armoires à linge non fermées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels appliquent les protocoles et procédures d'hygiène en vigueur sous la responsabilité de l'encadrement. Cependant, des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'équipe multi site d'hygiène. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU et JUVISY, le partage d'information pour la communication des résultats de bactériologie est l'utilisation de la boîte mail commune entre le laboratoire, les services de soins et l'EMH. Toute suspicion ou résultat confirmé de BHRE nécessitant des mesures particulières renforcées dans les services est directement téléphonée au médecin hygiéniste ou à un membre de l'EMH en son absence. Ces informations ne sont pas toujours communiquées en temps utiles. Ce manque d'alerte immédiate ne permet pas de prendre en charge (isolation et mise en place des précautions complémentaires) dans un délai rapide ; la maîtrise du risque infectieux sur ces patients et pour les autres n'est pas assurée en temps réel. Ce risque n'est pas identifié par l'établissement, cependant une réflexion de la responsable du laboratoire est en cours avec une prévision de changement de logiciel. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU (service d'orthopédie et USIC) et au centre hospitalier d'ORSAY (service de pneumologie), le nettoyage des bassins des patients n'est pas conforme. En effet, le nettoyage des bassins des patients est manuel ; le nettoyage se fait dans la salle de bain des patients au moyen d'une douchette. Ce dysfonctionnement est dû au manque de couvercles pour les bassins au CH de LONGJUMEAU et à la panne du lave-bassin au CH d'ORSAY. L'utilisation des douchettes pour le nettoyage des bassins augmente le risque infectieux pour le patient ; le risque de transmission croisée des germes est accrue par la dissémination du pathogène dans l'environnement et sur le professionnel par éclaboussures. Un recensement des moyens en équipement dont les couvercles de bassin a été réalisé en septembre 2016 par le cadre hygiéniste. Le retour de cette évaluation n'a pas été réalisé, les actions d'amélioration n'ont pas pu être mises en place. La procédure de gestion des excréta est formalisée, validée par le médecin hygiéniste en octobre 2016, elle précise l'interdiction de l'utilisation de la douchette dans les chambres des patients ; cette procédure est diffusée, accessible, mais elle n'est pas connue de tous les professionnels (cadre d'orthopédie, de chirurgie ambulatoire). Il existe des outils d'alerte dans le dossier patient informatisé pour les patients BMR, en effet depuis la mise en place du dossier patient, on retrouve les patients porteurs de BMR ou autres bactéries des hospitalisations précédentes. Un staff est réalisé avec le service des urgences sur les risques BHRE avec création d'une case spécifique au niveau du DPI pour des patients venant aux urgences non hospitalisés mais en vue d'une réadmission. Un système d'information existe pour le codage des BHRE isolement qui, avec une requête, permet de repérer les patients BHRE, BMR, l'information est ensuite relayée par mails. L'information donnée au patient sur le risque infectieux est tracée dans l'item « éducation » du DPI. La CME a délégué la gestion du bon usage des antibiotiques à la COMAI. Il existe une procédure sur les modalités de prescription et de suivi des antibiotiques au sein du CH2V qui est en cours de révision pour le Groupement Hospitalier Nord Essonne. Cette procédure détermine les modalités de prescriptions et de suivi des antibiotiques (suivi des antibiotiques critiques, réactualisation des prescriptions à 48h-72h, suivi des durée de traitement...). Dans la procédure, il est fait mention des antibiotiques à prescription restreinte, de la conduite à tenir

pour les antibiotiques générateurs de résistance et pour ceux dits de derniers recours. Il existe un questionnaire obligatoire pour encadrer la prescription d'un antibiotique dans le dossier patient informatisé. Il consiste à tracer la justification des traitements antibiotiques dans un dossier maladies infectieuses retrouvé au niveau des observations médicales. Une justification est demandée en cas de prescription supérieure à 7 jours. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} heure et la 72^{ème} heure n'est pas systématiquement tracée au centre hospitalier de 2 vallées et centre hospitalier d'ORSAY. Ce dysfonctionnement est en lien avec les effectifs médicaux et les fonctionnalités du Dossier Patient Informatisé qui ne permettent pas un suivi optimal des réévaluations à 72h de l'ensemble des prescriptions antibiotiques. Seule la réévaluation des antibiotiques à prescription restreinte est réalisable. L'établissement a identifié ce risque, une réflexion institutionnelle est en cours. La procédure sur les modalités de prescriptions et de suivi des antibiotiques au sein du Centre Hospitalier des 2 Vallées est en cours de révision pour intégration du Groupement Hospitalier Nord Essonne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre un dispositif d'amélioration continue du processus gestion du risque infectieux. Des évaluations de pratiques professionnelles sont organisées sur les différents sites notamment :

- Le montage et entretien de la ligne de perfusion des voies veineuses périphériques en réanimation
- L'infection du site opératoire de la chirurgie herniaire
- Evaluation des pratiques de la préparation cutanée.

Des évaluations sont menées en continue, la pose de cathéter veineux périphérique, pose de la sonde urinaire, elles consistent en l'évaluation des connaissances des professionnels. Des audits ont été réalisés sur les trois sites : audit endoscopie, audit port de gants, audit zéro bijoux, audit précautions complémentaires. Le dernier audit sur l'hygiène des mains date de novembre 2017. Les indicateurs nationaux font l'objet d'une analyse.

A / AGIR

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

Le bilan d'activité de l'EMH et le suivi du plan d'actions sont présentés aux instances. Les actions d'améliorations définies suite aux résultats des différentes évaluations sont intégrées et articulées avec le plan d'action institutionnel de l'établissement. Les indicateurs nationaux de classe C ont fait ou font l'objet d'actions d'amélioration, les résultats devraient donc s'améliorer :

- Pour l'ICA- BMR de JUVISY, il n'y avait pas de système d'alerte à la dernière évaluation, un système d'alerte a été mis en place depuis.
- Pour l'ICA-LISO d'ORSAY, il n'y avait pas d'audit récent, un audit a été fait en 2016.
- Pour l'ICA-LISO de LONGJUMEAU, l'audit sur la traçabilité de la préparation cutanée a été réactualisé et les procédures d'antibioprophylaxie seront révisées.

Les supports et modalités de diffusion sont établis, les résultats des indicateurs sont mis à disposition des professionnels et des usagers (affichage dans les halls d'entrée). La communication des résultats et des actions est réalisée en réunion, par le biais du journal interne, les résultats d'audits sont restitués dans des séquences de formation.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	Les structuration des locaux ne permet pas toujours d'assurer l'hygiène de ceux-ci. Les experts-visiteurs ont constaté des locaux à déchets non fermés et des armoires à linge non fermées.	7d
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'équipe multi site d'hygiène. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU et JUVISY, le partage d'information pour la communication des résultats de bactériologie est l'utilisation de la boîte mail commune entre le laboratoire, les services de soins et l'EMH. Toute suspicion ou résultat confirmé de BHRé nécessitant des mesures particulières renforcées dans les services est directement téléphonée au médecin hygiéniste ou à un membre de l'EMH en son absence. Ces informations ne sont pas toujours communiquées en temps utiles. Ce manque d'alerte immédiate ne permet pas de prendre en charge (isolation et mise en place des précautions complémentaires) dans un délai rapide ; la maîtrise du risque infectieux sur ces patients et pour les autres n'est pas assurée en temps réel. Ce risque n'est pas identifié par l'établissement, cependant une réflexion de la responsable du laboratoire est en cours avec une prévision de changement de logiciel. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU (service d'orthopédie etUSIC) et au centre hospitalier d'ORSAY (service de pneumologie), le nettoyage des bassins des patients n'est pas conforme. En effet, le nettoyage des bassins des patients est manuel ; le nettoyage se fait dans la salle de bain des patients au moyen d'une douchette. Ce dysfonctionnement est dû au manque de couvercles pour les bassins au CH de LONGJUMEAU et à la panne du lave-bassin au CH d'ORSAY. L'utilisation des douchettes pour le nettoyage des bassins augmente le risque infectieux pour le patient ; le risque de transmission croisée des germes est accrue par la dissémination du pathogène dans l'environnement et sur le professionnel par éclaboussures. Un recensement des moyens en équipement dont les couvercles de bassin a été réalisé en septembre 2016 par le cadre hygiéniste .Le retour de cette évaluation n'a pas été réalisé, les actions d'amélioration n'ont pas pu être mises en place. La procédure de gestion des excréta est formalisée, validée par le médecin hygiéniste en octobre 2016, elle précise l'interdiction de l'utilisation de la douchette dans les chambres des patients ; cette procédure est diffusée, accessible, mais elle n'est pas connue de tous les professionnels (cadre d'orthopédie, de chirurgie ambulatoire).	8g
	NC	La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure n'est pas systématiquement tracée. Cela concerne le centre hospitalier de 2 vallées et centre hospitalier d'ORSAY. Ce dysfonctionnement est en lien avec les effectifs médicaux et les fonctionnalités du Dossier Patient Informatisé qui ne permettent pas un suivi optimal des réévaluations à 72h de l'ensemble des prescriptions antibiotiques. Seule la réévaluation des antibiotiques à prescription restreinte est réalisable. L'établissement a identifié ce risque, une réflexion institutionnelle est en cours. La procédure sur les modalités de prescriptions et de suivi des antibiotiques au sein du Centre Hospitalier des 2 Vallées est en cours de révision pour intégration du Groupement Hospitalier Nord Essonne.	8g

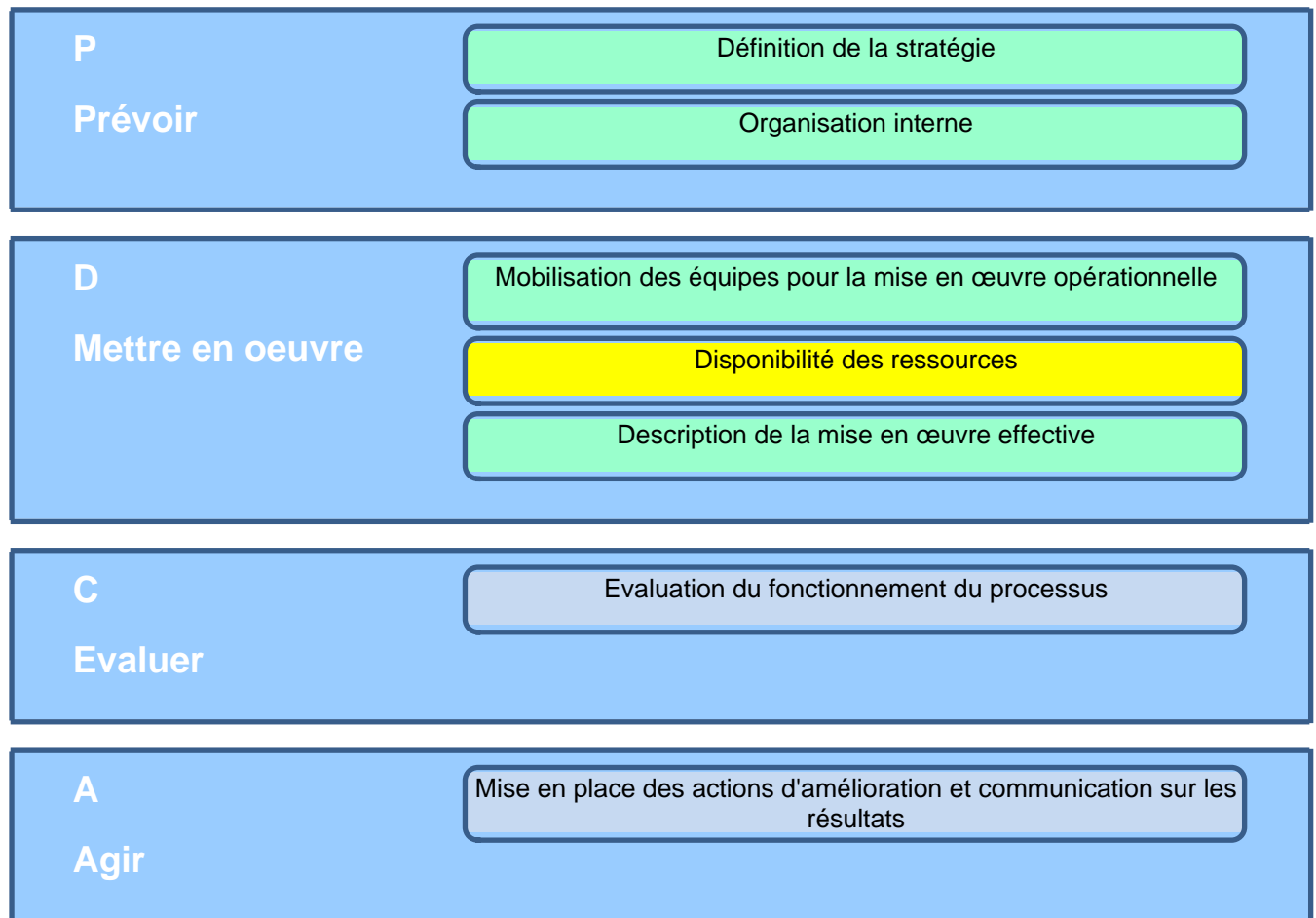
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Groupement Hospitalier Nord Essonne a inscrit sa politique relative aux droits des usagers dans son projet médical partagé tri-site 2017, dans les axes stratégiques du projet de soins 2017-2021. Elle reprend la bientraitance, la dignité, l'information du patient, la charte de confidentialité, les accompagnements mis à la disposition des patients et/ou des proches. La politique relative aux droits des usagers a été présentée en CME, en CSIRMT, en CDU, en CTE, en Cellule Événements Indésirables - Coordination Patientèle et est évaluée annuellement. Le règlement intérieur de la Commission des Usagers (CDU) de groupement, révisé, a été arrêté par délibération de la CDU de juin 2017. Il définit les attributions, la composition et les conditions de fonctionnement de la CDU du GHNE. Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique dans le cadre de la CDU, qui est opérationnelle et remplit ses missions. Un rapport annuel de la CDU est réalisé, présenté aux instances concernées et adressé à l'ARS. L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées de façon pluri-professionnelle, au regard des différentes données, telles que les décisions V2010, les cartographies des risques a priori et a posteriori, les résultats des questionnaires de sortie, les plaintes et réclamations, les audits, les EPP, les IQSS et le rapport annuel de la CDU. Cette analyse a permis de déterminer 10 risques, hiérarchisés selon la méthodologie qu'utilise l'établissement pour l'ensemble de ses processus. Les risques prioritaires retenus tiennent compte des spécificités des 3 sites du groupement. Ils sont intégrés dans le Compte Qualité et dans le PAQSS global du GHNE. Le plan d'actions comporte des objectifs d'amélioration, des mesures de traitement des risques et des indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage opérationnel des droits des patients est assuré par la directrice chargée des relations avec la patientèle, la responsable patientèle, les médiateurs, médical et non médical et un représentant des usagers. Les missions des pilotes du processus sont définies dans une lettre de mission spécifique. La responsable des relations avec la patientèle, selon une procédure formalisée, gère et traite les plaintes et réclamations écrites et orales des patients, en relation avec la Direction, les équipes médicales et paramédicales, les médiateurs médicaux et non médicaux, la CDU et la direction qualité. Elle intervient également en bureaux de pôle, présente des bilans et apporte des conseils juridiques, le cas échéant. La CDU commune aux 3 sites est installée et fonctionne régulièrement. Les missions de la CDU correspondent aux obligations réglementaires. Une invitation et un ordre du jour sont systématiquement adressés aux membres de la commission. Chaque séance de la CDU fait l'objet d'un compte rendu diffusé à l'ensemble des membres. Des représentants des usagers de chaque site participent à l'activité de la CDU ; l'un d'entre eux participe au conseil de surveillance et au CQRV (Comité Qualité Risques et Vigilances). Ils participent également à l'élaboration d'un livret commun aux 3 sites. Au regard de ses objectifs, l'établissement met à disposition les ressources humaines nécessaires pour garantir le respect des droits des usagers. Le plan de formation de l'établissement intègre des actions relatives aux droits des patients correspondant aux orientations de l'établissement dans ce domaine. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) travaille en transversalité au sein du groupement, avec un COmité de PILotage commun. Un comité d'éthique pluriprofessionnel et pluridisciplinaire est en place depuis juin 2017, ainsi que des groupes de réflexions éthiques. Au niveau documentaire, le système de gestion des documents permet d'accéder à des procédures (directives anticipées, annonces de dommages, etc.) et à des documents supports et d'accompagnement (fiches de désignation de la personne de confiance, consentement éclairé). Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Une charte de confidentialité est diffusée. Des aménagements permettant le respect de l'intimité et de la confidentialité pour les personnes ont été réalisés dans les différents locaux, dans la mesure des possibilités. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est diffusée par l'intermédiaire du livret d'accueil et par affichage. En santé mentale, le projet thérapeutique est établi en collaboration avec le patient. Les modalités d'hospitalisation sans consentement sont définies dans deux procédures répondant aux obligations réglementaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus déclinent la démarche institutionnelle de respect des droits des patients et le plan d'actions qualité et gestion des risques de la thématique. Ils communiquent au personnel médical et non médical les objectifs et les procédures concernant les droits des patients, la bientraitance, le respect de l'intimité et des libertés individuelles lors de réunions institutionnelles, lors de réunions de service, de staffs. Des actions de sensibilisation lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants ou pour l'ensemble du personnel sont également mises en œuvre. La démarche d'amélioration est déclinée au

sein des pôles et services, en lien avec la politique du GHNE, et permet l'implication des équipes autour des actions relatives à la mise en œuvre effective des droits des usagers et à la promotion de la bientraitance. Les pôles et services sont informés des plaintes, réclamations, retour des questionnaires de sortie, des événements indésirables relatifs aux droits des patients, aux demandes d'accès des patients à leur dossier. Une typologie des plaintes et réclamation a été établie. Elle permet de classer et suivre l'évolution des différents types de sollicitation. Le retour des analyses aux secteurs d'activité est organisé. Les événements indésirables, les plaintes et réclamations font l'objet d'analyses et d'actions correctives, le cas échéant. En cas de dysfonctionnement, de signalement d'événement indésirable ou d'observations relevées dans les questionnaires de satisfaction, des actions correctives sont recherchées avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au sein de l'établissement. Les personnels soignants, les psychologues, les personnels administratifs sont présents pour permettre un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage. Les personnels bénéficient de formations en matière de connaissance et de respect des droits des patients qui portent notamment sur le développement d'une culture de bientraitance, l'accompagnement des patients en fin de vie, la démarche éthique et les droits des patients, l'éthique médicale et hospitalière appliquée, les connaissances des différences culturelles, l'annonce du diagnostic grave, l'isolement et la contention en pratique psychiatrique, etc. Le service de la patientèle intervient lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants. Les professionnels ont à leur disposition des procédures portant par exemple, sur la communication du dossier médical, la gestion et le traitement des réclamations, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, la prise en charge d'un patient majeur sous protection juridique, la procédure d'accouchement sous le secret, ... Les usagers bénéficient d'affiches portant sur les droits des patients : le traitement des plaintes et réclamations, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, l'accès au dossier médical, le comité d'éthique, la charte de confidentialité, les cultes, la procédure de déclaration des événements indésirables,... L'établissement a mis en place des équipements pour accueillir les proches des patients, le cas échéant. L'établissement dispose de chambres individuelles et de chambres à 2 lits. Des rideaux ou paravents sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre double. Cependant, les ressources matérielles en locaux ne sont pas toujours adaptées pour assurer le respect des droits des patients, tant au niveau de la dignité, de l'intimité que de la confidentialité des informations relatives à sa prise en charge. En effet, aux urgences de Juvisy, les box de soins et les 2 chambres étiquetées UHCD donnent sur un couloir central unique où circulent les professionnels, les patients et l'entourage. Les soins sont parfois dispensés sans préserver l'intimité et la dignité du patient. Les portes extensibles en PVC, même fermées, ne permettent pas d'assurer la confidentialité des échanges entre le patient et les professionnels. De même, à l'UCA de Longjumeau et à l'UMCA d'Orsay, il n'y a pas de local permettant de recevoir individuellement les patients et d'assurer ainsi la confidentialité des informations délivrées sur leurs pathologies ou traitements. D'autre part, au niveau des 2 services de SSR de Longjumeau, la salle de bains commune notamment, est vétuste et ne permet pas des conditions d'utilisation respectant l'intimité et la dignité du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée dans l'ensemble des services (affichage des chartes des droits du patient en fonction des secteurs), par les livrets d'accueil (établissement ou spécifique, exemple en maternité, en SSR rééducation fonctionnelle), par le site internet. L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée lors de son accueil. Une organisation est mise en place pour assurer au patient une information suffisante et le recueil des directives anticipées exprimées par le patient, le cas échéant. La composition, le rôle et le recours à la CDU et/ou aux représentants des usagers est mentionnée dans le livret d'accueil du patient qui lui est remis lors de son admission, par affichage, sur le site internet. L'intervention des bénévoles est facilité, par exemple les "Blouses roses", les représentants de cultes. Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la politique des droits des patients. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient par les personnels des services. Lors de l'admission de chaque patient, les paramédicaux identifient les patients vulnérables et mettent en place des actions d'accompagnement (recours au service social, psychologue, ...). Les professionnels mettent en place des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations dispensées au patient, dans la mesure des possibilités structurales. Une réflexion est engagée dans les services, par exemple en SSR pour limiter, autant que faire se peut, le recours aux contentions physiques ou chimiques. Les contentions qui restent cependant nécessaires font l'objet d'une prescription médicale écrite et tracée dans le dossier du patient et réévaluées. Un dispositif personnalisé d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place, ce qui a été confirmé lors des patients traceurs. La promotion de la bientraitance est portée par le comité d'éthique. Les professionnels utilisent les fiches de déclaration d'événement indésirable pour signaler les dysfonctionnements relatifs aux droits des patients. Ils sont encouragés à signaler les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes. La traçabilité des actions, le recueil des différents consentements, sont assurés dans le dossier du patient, comme le confirment les patients traceurs réalisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les indicateurs IQSS, procède à l'analyse des questionnaires de sortie et signalement des événements indésirables afférents aux droits des patients, suit les indicateurs Hôpital Numérique liés aux droits des patients. Des quick-audits portant sur des critères des droits des patients sont mis en œuvre sur l'ensemble des services. Un groupe de travail "bienveillance au CH Longjumeau" a permis de dégager des actions d'amélioration dédiées : "Les mots pour le dire, les gestes pour le faire", création d'une charte, mise en œuvre de formations, ... L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis pour en évaluer les délais de réponse et la typologie, que l'on retrouve dans le rapport de la CDU. Certains services ont mis en œuvre des EPP. Par exemple, le pôle Gériatrie du CH d'Orsay suit des EPP. Les représentants des usagers participent à la semaine de la sécurité des patients.

A / AGIR

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

Le service de la patientèle élabore un rapport d'activité annuel pour les 3 sites, portant sur les demandes de dossiers médicaux, les réclamations, les signalements ARS, les médiations, les contentieux, les réquisitions judiciaires. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) établit un rapport d'activité annuel pour les 3 sites. Chaque direction / pôle est en charge de l'alimentation et de la mise à jour de son PAQSS. En ce qui concerne les actions en lien avec les droits des patients, les actions institutionnelles sont alimentées par le directeur en charge de la patientèle et les actions au sein des pôles sont alimentées par le cadre supérieur du pôle. La direction qualité centralise toutes les mises à jour et met à disposition des extractions trimestrielles à l'ensemble des pôles et directions. La communication des résultats est effectuée en interne par les responsables lors des réunions, par le biais du journal interne, de l'intranet et par voie d'affichage. Des conférences sont organisées par l'établissement, par exemple "Physiologie de la douleur" et "Douleur et handicap" en juin 2017. L'établissement réexamine les risques significatifs non éliminés totalement ou les besoins non satisfaits totalement afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction du risque. La politique relative aux droits des usagers est ajustée en fonction des résultats des évaluations et du suivi des plans d'actions. Les projets 2018 portent par exemple sur :

- la finalisation du livret d'accueil commun sur les 3 sites ;
- la poursuite des formations ;
- les actions du comité et des groupes "éthique".

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les ressources matérielles en locaux ne sont pas toujours adaptées pour assurer le respect des droits des patients, tant au niveau de la dignité, de l'intimité du patient que de la confidentialité des informations relatives à sa prise en charge.</p> <p>Aux urgences de Juvisy, les box de soins et les 2 chambres étiquetées UHCD donnent sur un couloir central unique où circulent les professionnels, les patients et l'entourage. Les soins sont parfois dispensés sans préserver l'intimité et la dignité du patient. Les portes extensibles en PVC, même fermées, ne permettent pas d'assurer la confidentialité des échanges entre le patient et les professionnels. De même, à l'UCA de Longjumeau et à l'UMCA d'Orsay, il n'y a pas de local permettant de recevoir individuellement les patients et d'assurer ainsi la confidentialité des informations délivrées sur leurs pathologies ou traitements. D'autre part, au niveau des 2 services de SSR de Longjumeau, la salle de bains commune notamment, est vétuste et ne permet pas des conditions d'utilisation respectant l'intimité et la dignité du patient.</p>	10b

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

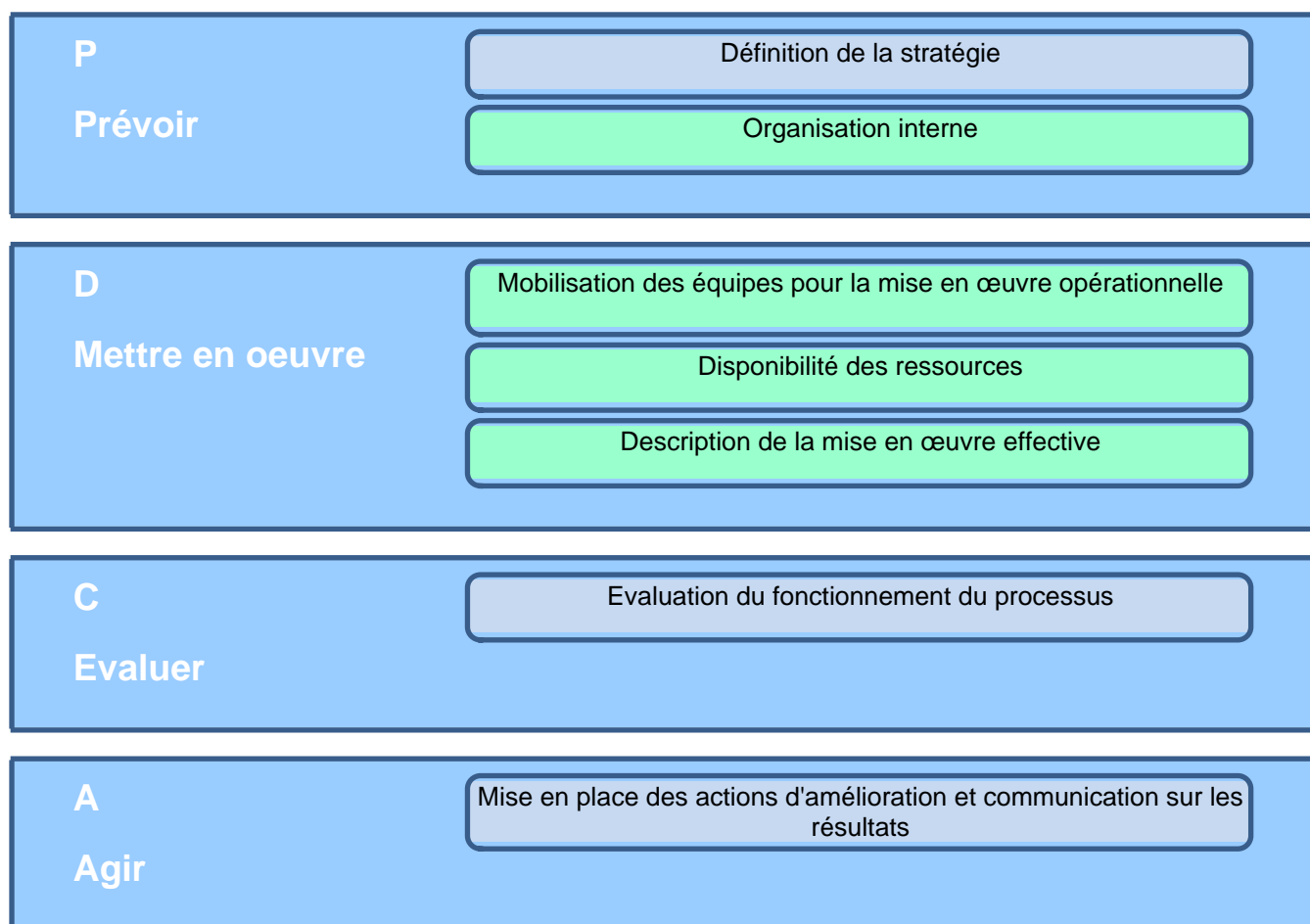
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques sont définies dans le Projet médical Partagé du GHNE validé par les instances. La déclinaison d'une stratégie territoriale s'effectue par filières de soins en cohérence avec le projet médical unique, et a pris en compte la répartition sur les 3 sites des différentes filières MCO, psychiatrie, gériatrie en tenant compte des différents processus de fusion déjà effectués ou en cours. Les filières prioritaires sont les filières gériatriques, gynéco obstétricales et pédiatrie, neurologie, urologie, santé mentale, chirurgie digestive et bariatrique, ortho-traumatologique, oncologie, soins critiques et addictologie. Elles sont développées au sein du GH et en synergie avec les établissements hospitaliers du territoire et les réseaux en place, avec lesquels l'établissement dispose de conventions visant à favoriser l'accès au soin, la réadaptation et la réinsertion. Les axes prioritaires définis dans le Projet de soins concernent la continuité et la coordination de la prise en charge du patient dans les différentes filières. La convention avec la Fondation HAD contribue à la fluidification de la prise en charge en HAD sur le département. La prise en charge des personnes démunies s'appuie sur une PASS pouvant être sollicitée pour tout patient nécessitant des soins sans couverture sociale. Les cartographies des risques ont été établies par service (groupe pluri-professionnel). Lors de l'établissement du CQ du GHNE, une centralisation des cartographies des risques concerné par la thématique a été réalisé avec les pilotes concernés. L'analyse s'est basée sur les évaluations telles que étude des IQSS, quick audits, patients traceurs, analyse des EI. Pour chaque risque identifié, des mesures de traitement et de réduction sont identifiées et intégrées dans le plans d'action, et dans le PAQSS institutionnel. La direction et les instances décisionnaires ont validé le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation commune pour piloter le processus. L'organisation en pôles tri-sites reprend les différentes filières ciblées dans les orientations stratégiques de façon à formaliser l'ensemble des recours et fluidifier les différents parcours. Les fiches de mission des référents qualité existent et sont validées par les instances. Il existe un dispositif d'accueil structuré sur les 3 sites permettant la prise en charge et l'orientation des patients se présentant pour une urgence. La prise en charges des urgences vitales bénéficie d'un dispositif adapté. Par ailleurs, la filière gériatrique regroupe le court-séjour gériatrique, le SSR avec le soutien de l'équipe mobile gériatrique favorisant la coordination avec la ville et les EHPAD, l'hospitalisation directe dans les unités de court séjour, et l'anticipation et l'aide à la sortie. La filière santé mentale regroupe 3 secteurs de psychiatrie adultes et un de pédo psychiatrie. Les consultations assurées au CMP et au CATTTP permettent le suivi des patients en ambulatoire en lien avec l'hôpital. Elle s'appuie sur une équipe mobile psychiatrique par site pour avis spécialisé aux urgences et dans les services. La création d'une équipe mobile de crise et de liaison favorise le lien en santé mentale avec les médecins de ville et les services sociaux. L'établissement a mis en place un parcours pour optimiser la prise en charge d'un patient se présentant aux urgences ou par le SAMU pour une urgence (AVC /infarctus) avec admission directe dans les établissements recours: filière neurovasculaire et cardiologique). Le plan de formation inclue les formations institutionnelles: gestes d'urgence, identité vigilance, risque suicidaire, à l'agressivité et à la gestion du stress, à l'ETP. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés selon l'organisation prévue. La fluidité du parcours dans l'établissement est favorisée par une organisation de gestion des lits d'aval et du brancardage. Les procédures décrivant les processus des différents parcours interdites sont en cours d'élaboration (par exemple l'harmonisation des pratiques en chirurgie orthopédique sur le sites de Longjumeau et Orsay). La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre secteurs d'activité, cliniques, médico-techniques et logistiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est variable selon les sites et les secteurs. La déclinaison opérationnelle de la démarche qualité s'effectue par les cadres des différents pôles qui communiquent au moyen de réunions de services et par affichage. Ils s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles en regard des procédures et protocoles et en adéquation avec les besoins de prise en charge. Des référents qualité médicaux et paramédicaux sont identifiés pour collaborer avec la cellule qualité. Dans plusieurs secteurs, les professionnels ont participé à l'élaboration de la cartographie des risques et connaissent dans certains (chirurgie orthopédique par exemple) les indicateurs qualité et sécurité des soins obligatoires. Ils sont impliqués dans les actions relatives à l'organisation des parcours et à l'élaboration du projet de soins. La déclaration des EI est très variable selon les sites et les secteurs. Les RMM sont en place et il existe une politique EPP dans l'établissement déclinée dans de nombreux pôles. Des réunions qualité pôles sont

organisées trimestriellement avec les référents qualité du pôle (PM et PNM des pôles), l'ingénieur qualité ainsi que le cadre supérieur qui a des missions qualité dans sa fiche de poste. Les encadrant (pôle et services) sont également conviés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les parcours de soins et les formations sont adaptées. Les tableaux de garde et d'astreinte sont disponibles. Des temps de professionnels support est mis à disposition : kinésithérapeute, diététicienne, assistantes sociales.

Les chambres d'isolement en psychiatrie adulte sont disponibles et conformes avec chambres d'hospitalisation en regard.

Les chariots d'urgence opérationnels et conformes sont disponibles dans tous les services et les procédures d'urgence vitale affichées.

Le matériel est adapté à la prise en charge des patients : par exemple matelas anti escarre, équipements spécifiques pour la filière bariatrique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures de prise en charge décrivent les parcours dans les différentes filières et sont effectives. Les éléments du parcours du patient depuis son admission dans l'établissement, jusqu'à sa sortie sont tracés dans le dossier du patient, ce qui a été retrouvé lors des patients traceurs effectués en cardiologie, chirurgie bariatrique, en SSR sur le site de Juvisy. L'accueil prend en compte les spécificités des populations, notamment celles en précarité administrative, financière ou familiale. Les modalités d'information et d'accueil sont adaptées aux différents parcours. Les évaluations initiales sont assurées dans un délai compatible avec les délais de prise en charge, et les évaluations continues tracées. Le volet somatique dans la prise en charge en santé mentale est effectif. Les prescriptions d'examen de laboratoire sont effectuées sur un support papier et les délais de transmission des résultats informatisés sont compatibles avec les délais de prise en charge. Les demandes d'examen d'imagerie s'effectue par un logiciel et les résultats transmis numériquement dans le dossier patient. Les divers consentements sont retrouvés. Des réunions pluridisciplinaires, staffs, RCP sont organisées pour réajuster la prise en charge. Le risque suicidaire est évalué et pris en compte aux urgences et dans les services avec le soutien des professionnels de santé mentale. Le dépistage des escarres est effectué dans tous les services (échelle de Norton) et tracé. Le dépistage des troubles nutritionnels est assuré de façon systématique (traçabilité du poids et de la taille bloquant sur le logiciel) avec recours à une diététicienne en cas de trouble nutritionnel. Toutefois, l'expression des patients n'est pas toujours favorisée pour le choix alimentaire et le respect du régime souhaité. En effet, au cours des analyses des patients traceurs 5, 9 et 10, les patients ont exprimé leur mécontentement quant au respect de leurs aversions, au manque de proposition de suppléance, à la prise en compte des exclusions alimentaires liées aux convictions religieuses. Le projet de soins personnalisé est mis en place dans de nombreux secteurs : pédo psychiatrie, gériatrie et HDJ oncologie par exemple; il est ré-évalué et tracé. L'éducation thérapeutique est effective dans certains services : diabétologie, cardiologie, HDJ médecine, SSR et chirurgie bariatrique. La prise en charge médicale et sociale de la PASS du GHNE permet de faire bénéficier de consultations médicales aux personnes n'ayant pas de prise en charge pour leurs soins. La traçabilité des chariots d'urgence est assurée. La sortie est anticipée, organisée et permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins (PRADO, HAD, liens avec les réseaux). Les patients sortent avec un compte rendu d'hospitalisation et une lettre de sortie, ainsi qu'une fiche de liaison. Un logiciel spécifique permet l'envoi du Compte rendu au médecin traitant en chirurgie viscérale. Le lien ville hôpital est favorisé par la formation des médecins généralistes (en cardiologie par exemple), la prise en charge en HAD (en soins palliatifs notamment).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est en place et l'établissement suit de très nombreux indicateurs sur la thématique parmi lesquels les indicateurs obligatoires :

- transversaux : Tenue du dossier patient, Tenue du dossier d'anesthésie, Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie, Infections associées aux soins
- de spécialité : Prise en charge initiale de l'AVC, Prévention et prise en charge de l'hémorragie post-partum, Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte.
- des patients traceurs ont été réalisés dans tous les services (le passage du patient dans les services d'urgences, réanimation ou le recours aux services médicotechniques sont également analysés)

Des quicks audits mis en place par institution dans tous les pôles et sites évaluent régulièrement la traçabilité dans le dossier de soins de l'identité vigilance, la douleur post opératoire, le risque d'escarre, de dénutrition, la préparation pré-opératoire, l'évaluation de la check list au BO.

Les résultats sont transmis à la qualité. La traçabilité de la vérification journalière du chariot d'urgence est suivie. La gestion des lits est suivie par l'indicateur ANAP. De même, les délais d'envoi du CRH sont analysés dans tous les secteurs de médecine sur les 3 sites. 6 patients traceurs ont été effectués ainsi que des audits sur les secteurs de SSR, du court séjour gériatrique de la réanimation et l'USI/USINV. Des

EPP sont en cours sur la sécurité transfusionnelle, le positionnement du sujet âgé grabataire, le projet d'examen en imagerie en pédiatrie, la gestion des chariots d'urgence. Les questionnaires de satisfaction sont suivis dans les différents sites et les usagers sont associés à la mise en place des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des très nombreuses actions d'amélioration ont été mises en place par filière suite aux différentes évaluations notamment les patients traceurs et concernent, par exemple, la traçabilité des items sur le dossier et les informations données au patient, la création d'une check list des éléments de sortie, et le renforcement de la politique du projet de soins personnalisé. Une organisation de premier recours avec un urgentiste et un médecin généraliste a été créée pour améliorer l'accueil aux urgences. Des actions d'harmonisation des pratiques et d'amélioration de la prise en charge des patients entre les sites ont été élaborées ou sont en cours d'élaboration. L'établissement a pris en compte les différentes étapes du processus de fusion inter sites pour mettre en place dans le projet de soins les axes stratégiques d'amélioration du parcours de façon à favoriser la continuité de la prise en charge des patients au sein et l'extérieur du GHNE dans les différentes filières identifiées et à communiquer auprès du public. Par ailleurs, le projet médical GHNE 2024 élaboré en prévision du lieu d'implantation de l'hôpital sur le plateau de Saclay définit de manière prévisionnelle les recours dans la période intermédiaire au regard de la cible 2024 sur les différentes filières identifiées et à communiquer auprès du public.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'expression des patients n'est pas toujours favorisée pour le choix alimentaire et le respect du régime souhaité. Au cours des analyses des patients traceurs 5, 9 et 10, les patients ont exprimé leur mécontentement quant au respect de leurs aversions, au manque de proposition de suppléance, à la prise en compte des exclusions alimentaires liées aux convictions religieuses.	6c

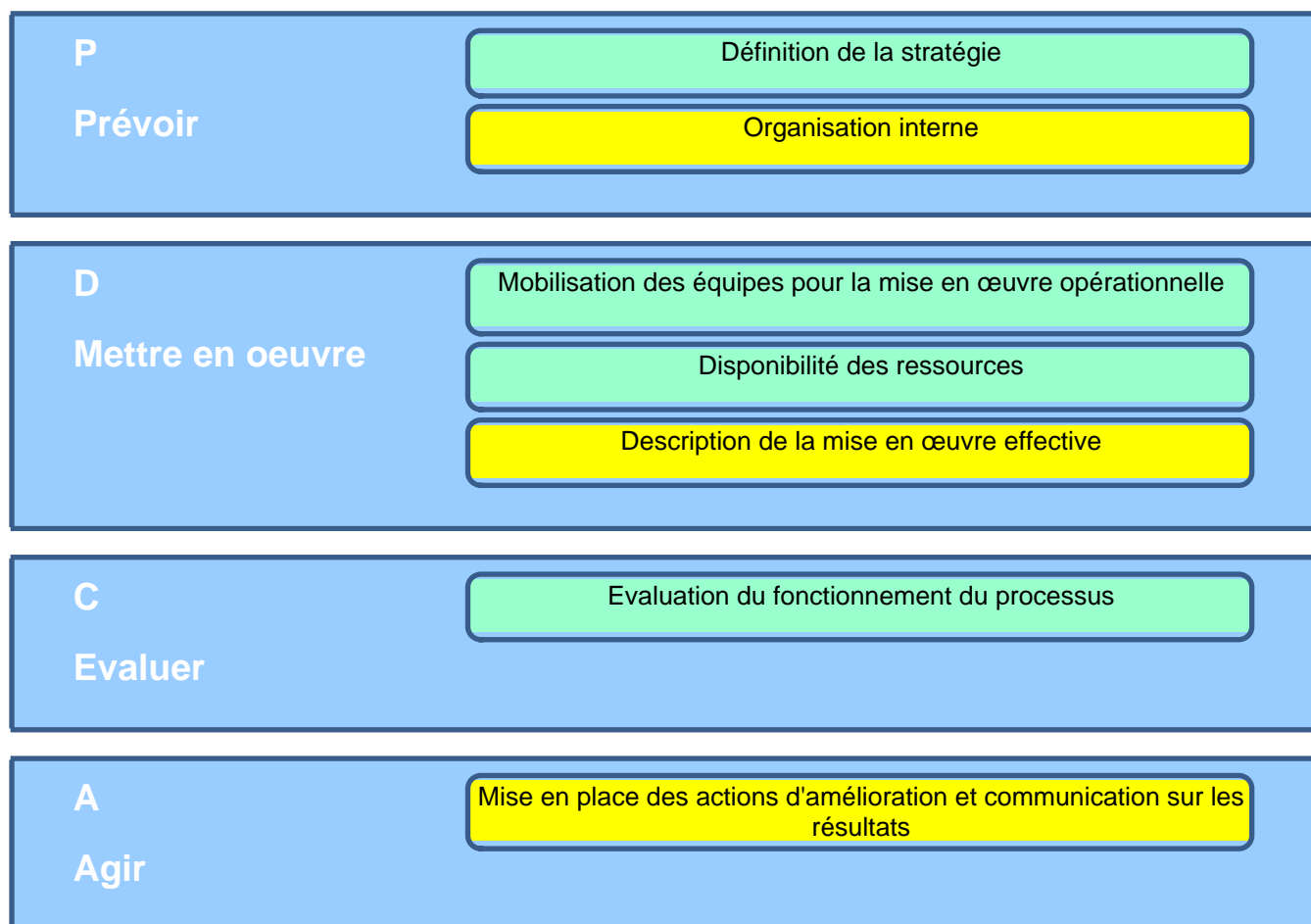
DOSSIER PATIENT

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
<p>On retrouve la stratégie du DPI dans le « schéma directeur du SIH GHT NE septembre 2016 à décembre 2018 ». Elle décrit notamment la gestion du dossier informatisé. Elle en couvre sa gestion, ainsi que la demande, par le patient ou ses ayants droit, d'une extraction papier. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins notamment de la fusion des établissements et des risques identifiés comme stratégiques, par exemple la gestion des archives. Elle fixe des objectifs d'amélioration précis, dont les indicateurs hôpitaux numériques avec leurs taux à atteindre. La mise en œuvre de la politique qualité est déclinée en un programme d'action avec priorisation des actions, et les modalités de suivi que l'on retrouve pour les axes prioritaires dans le CQ.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>Il existe une organisation pour piloter la thématique "dossier patient". Il est retrouvé une fiche de poste commune aux différents processus de l'ES pour les pilotes. Les habilitations donnant accès au DPI sont définies en fonction des profils professionnels. Ils respectent les pôles, permettant de limiter l'accès aux dossiers des patients. Les accès aux autres sites sont disponibles pour les praticiens. Les trois sites passent progressivement sur le même dossier patient informatisé, dont le début de la mise en place remonte à 2014. Les sites de Longjumeau et Orsay ont majoritairement fait leur transition vers l'informatisation incluant le plan de soin, les observations (sauf la maternité d'Orsay), et le circuit du médicament (logiciel spécifique sur le site d'Orsay, en attendant la migration sur le DPI), sauf pour leurs UHCD restés en version papier. Le site de Juvisy est, hormis le circuit du médicament (déjà dans le DPI, urgences-UHCD compris), en dossier papier. Le développement de l'informatisation s'est fait avec la possibilité de tracer l'ensemble des éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient. Il existe des modalités pour le DPI de fonctionnement en mode dégradé, avec accès aux sauvegardes. Le plan de reprise d'activité est également organisé. L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, et avec les correspondants externes, notamment en utilisant des check-lists pour une bonne complétude. On retrouve ce genre de check-list notamment en SSR pour les documents à remettre au patient. Toutefois, les organisations visant à disposer du dossier patient ne sont pas toutes prévues. En effet, en cas d'arrêt informatique long, la procédure décrivant les règles de passage en papier ainsi que les localisations de ces documents vierges ne sont pas disponibles au personnel de l'ES. Celle-ci ayant été rédigé durant la visite n'étant pas validée. Le classement sur le site de Longjumeau ne permet pas, sans informatique, de retrouver un dossier. Le risque est connu, identifié et une modification du système est prévu, mais non mis en place. Il y a donc un risque pour le patient si le dossier n'est pas disponible. Par ailleurs, les règles de tenue du dossier ne sont pas toutes définies. En effet, si les règles de tenues de dossiers sont présentes sur le site de Juvisy, elles n'existent que sous la forme d'un document de travail non validé pour les 2 autres sites. Cela entraîne une information plus difficile à retrouver, surtout en cas d'urgence. Le risque est connu, mais l'informatisation croissante ne l'a pas rendu prioritaire. De plus, il n'a pas été retrouvé de formation ou information sur les règles de tenues du dossier papier, nouvel arrivant compris. Ni pour celles d'accès au dossier en dehors des heures d'ouverture des archives. Le risque est un retard à l'accès au dossier ou un mauvais rangement. Ce risque n'a pas été identifié de façon spécifique. L'ES a identifié et organisé ses locaux d'archivages et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation des dossiers. Les dossiers informatiques sont sécurisés, avec redondances de salles serveur, par site et intersites, en profitant des systèmes préexistant aux fusions, d'autant plus qu'il y a eu un incendie en 2012, sans sécurisation cette année-là. Les ressources humaines dédiées à la gestion des archives sont définies et présente par site. Sur le site de Juvisy, les dossiers sont archivés dans un local dédié pendant 10 ans, puis externalisé. Le système est géré informatiquement avec un rangement par date de naissance, rendant les dossiers accessibles en cas de panne. C'est ce système global qui sera utilisé par la suite sur les autres sites, Orsay classant déjà les dossiers par date de naissance. À Longjumeau, les dossiers sont conservés durant un peu plus de deux ans puis rejoigne le centre externalisé. Pour Orsay, établissement juridiquement encore différencié pour quelques semaines, les dossiers sont conservés 1 an au niveau des secrétariats, puis 1 an au rez-de-chaussée, puis 5 ans sur une archive centralisée sous le bâtiment SSR, et enfin externalisée. Les dossiers de psychiatrie adulte, par contre, sont conservés dans leur propre bâtiment. Toutefois, il n'est pas retrouvé de procédures ou règles définissant l'accès aux archives en dehors de la période de présence des archivistes. En effet, il y a déjà eu des accès ayant nécessité de forcer la porte sur le site de Longjumeau. Les archives sur Orsay sont sur un site distant de celui des urgences. Le risque est de ne pas avoir le dossier papier en temps utiles pour une bonne prise en charge du patient (antécédent, allergie...), d'autant plus que l'informatisation est progressive et non terminée nécessitant l'accès au dossier papier. Le risque est retrouvé dans les EI, il n'y a pas eu d'actions de menées. Enfin, une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, ne sont pas définis selon la réglementation. En effet, lors de la saisie d'identité des noms, le nom de naissance est le nom obligatoire,</p>

le nom d'usage n'étant rempli que s'il existe. Cela a entraîné une modification du progiciel maître de l'identité dans l'établissement. s'en est suivi un impact sur les progiciels métiers spécifiques utilisés par l'établissement. En effet, certains utilisent le nom d'usage comme nom de naissance. Afin de pallier cette problématique, il a été décidé de mettre, pour les patientes, qu'en cas d'absence de nom d'usage, il sera créé égal au nom de naissance. Il y a un risque, par exemple, lors d'un mariage avec un homonyme de collision (un seul dossier médical pour deux dossiers patients). De plus, il n'a pas été retrouvé de procédure auprès des agents, et elle n'est pas connue des agents, de gestion de l'identité précisant toutes les règles, dont les modifications sur les prénoms composés sur les papiers d'identité, ou les règles de création (accent ou pas, apostrophe...). Sur les étiquettes, il est à noter que l'ordre n'est pas celui préconisé, en effet le premier doit être le nom de naissance, seul invariant des noms. Aucun risque n'a été retrouvé sur cette thématique, ni d'action menée de façon clairement identifiée. Le risque peut se présenter en cas d'homonymie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise le déploiement institutionnel de l'informatisation progressive du dossier. Des plans d'action sont existants, contenant les unités, les modules, les aides au démarrage... Il y a une sensibilisation notamment par la charte du DPI, du personnel, incluant les risques de sécurité informatique. Des actions correctives sont menées, d'autant plus qu'il existe une cellule spécifique pour le DPI. Le dossier papier a commencé une modification de son organisation au niveau de l'archivage.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Le personnel des archives est formé, il y a un organigramme avec une personne responsable de l'ensemble des sites. Le personnel de l'ES a été formé sur l'utilisation du progiciel DPI selon son déploiement et les modules choisis. Le dossier de maternité est conservé dans des locaux sécurisés durant le temps de la grossesse, au sein du service, permettant l'accès rapide aux informations nécessaires. Le dossier informatique est unique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe, en cas de demande du dossier par un patient, une procédure spécifiant les modalités de démarches nécessaires. Un service unique gère ces demandes et les transmet avec le dossier physique au service concerné par le séjour du patient. Si l'unité de soin n'existe plus, c'est le médecin du département de l'information médicale qui s'en charge. Pour autant, l'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. En effet, l'accès du patient à son dossier médical, si le séjour date de moins de 5 ans, est en moyenne le double de la durée légale attendu. Il y a eu une légère amélioration avec la création d'un guichet unique responsable, notamment, de relancer les services non répondant. Le risque est identifié, mais il n'y a pas d'action spécifique régulièrement revue. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas assurée en temps utile. En effet, la communication du dossier avec les correspondants externes n'est pas toujours assurée en temps utile. Le taux de présence des courriers de sorties ou de la lettre de liaison du CH Orsay est légèrement inférieur aux seuils attendus avec une légère amélioration entre les campagnes de 2014 et 2016. Cependant, ceux du CH2V sont sous ces seuils lors de la dernière campagne avec une diminution de ces résultats par rapport à ceux de 2014. Il a été retrouvé quelques actions d'amélioration, sans aucune réalisée à ce jour. Une extraction informatique partielle en 2017 semble montrer une légère amélioration. Les courriers de sorties sont faits en temps utiles en SSR. Le dossier d'hémovigilance existe et est bien unique, mais sur chaque site. Le CH d'Orsay n'étant pas encore fusionné avec le CH2V, il n'a pas d'obligation de regrouper son dossier avec celui du CH2V. En revanche, les sites CH Juvisy et Longjumeau doivent avoir un seul dossier papier incluant le dossier d'hémovigilance. Les patients sont régulièrement transférés de Juvisy vers les secteurs chirurgicaux de Longjumeau (cela représente 5% environ de l'activité des urgences). Leurs protocoles transfusionnels éventuels ne sont pas connus lors des actes opératoires. En effet, Longjumeau a un dépôt de délivrance de produit sanguin et Juvisy fait appel à l'EFS. Ces deux dépôts ont leur propre informatique et ne communiquent pas. Il y a donc un risque en cas de taux d'anticorps sous le seuil de détection de transfusion de globules rouges non adaptés et d'hémolyse et de décès. Ce risque n'était pas connu. Par ailleurs, les demandes d'analyse arrivant au laboratoire ne sont pas identifiées, datées et signées. La prescription de biologie médicale se fait sur papier. Le personnel préleveur rempli un bon de prélèvement, recopiant la prescription, et seul ce bon va au laboratoire, qui réalise les examens sans prescription médicale. Il y a un risque d'erreur lors de la retranscription, pouvant aller à l'absence d'un résultat qui pourrait modifier de façon importante une prise en charge. Comme l'ont confirmé les PT.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'ES évalue régulièrement son dossier médical, en utilisant les IQSS pour le dossier papier et des requêtes spécifiques pour la version informatisée notamment lors d'audit. Il utilise également la méthode du PT.

A / AGIR

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

Il n'existe pas de dispositif d'amélioration continue. En effet, les résultats des évaluations ne conduisent pas aux améliorations nécessaires. Les résultats inférieurs aux seuils sont notifiés, on retrouve une information en CDU, mais il n'est pas retrouvé de seuils à obtenir spécifique pour le suivi des actions menées, lorsqu'il y en a. Le risque est l'absence d'amélioration, ce qui a été le cas sur Longjumeau pour les courriers avec un risque de non-information des médicaux ou paramédicaux prenant en charge le patient. L'organisation de la gestion du dossier papier n'est pas ajustée au vu de l'évolution notamment de la fusion progressive des établissements, impactant, par exemple la nécessité d'accès au dossier.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, ne sont pas définis selon la réglementation. Lors de la saisie d'identité des noms, le nom de naissance est le nom obligatoire, le nom d'usage n'étant rempli que s'il existe et qu'il est différent du nom de naissance. Cela a entraîné une modification du progiciel maître de l'identité dans l'établissement. Il n'a pas été retrouvé de procédure auprès des agents, et elle n'est pas connue des agents, de gestion de l'identité précisant toutes les règles, dont les modifications sur les prénoms composés sur les papiers d'identité, ou les règles de création (accent ou pas, apostrophe...). Sur les étiquettes, il est à noter que l'ordre n'est pas celui préconisé, en effet le premier doit être le nom de naissance, seul invariant des noms. Aucun risque n'a été retrouvé sur cette thématique, ni d'action menée de façon clairement identifiée. Le risque peut se présenter en cas d'homonymie.	14a
	PS	Il n'est pas retrouvé de procédures ou règles définissant l'accès aux archives en dehors de la période de présence des archivistes. Il y a déjà eu des accès ayant nécessité de forcer la porte sur le site de Longjumeau. Les archives sur Orsay sont sur un site distant de celui des urgences. Le risque est de ne pas avoir le dossier papier en temps utiles pour une bonne prise en charge du patient (antécédent, allergie...), d'autant plus que l'informatisation est progressive et non terminée nécessitant l'accès au dossier papier. Le risque est retrouvé dans les EI, il n'y a pas eu d'actions de menées.	14a
	PS	Les organisations visant à disposer du dossier patient ne sont pas toutes prévues. En cas d'arrêt informatique long, la procédure décrivant les règles de passage en papier, ainsi que les localisations de ces documents vierges ne sont pas disponibles au personnel de l'ES. Celle-ci ayant été rédigé durant la visite n'étant pas validée. Le classement sur le site de Longjumeau ne permet pas, sans informatique, de retrouver un dossier. Le risque est connu, identifié et une modification du système est prévu, mais non mis en place. Il y a donc un risque pour le patient si le dossier n'est pas disponible.	14a
	NC	Les règles de tenue du dossier ne sont pas toutes définies. Si les règles de tenues de dossiers sont présentes sur le site de Juvisy, elles n'existent que sous la forme d'un document de travail non validé pour les 2 autres sites. Cela entraîne une information plus difficile à retrouver, surtout en cas d'urgence. Le risque est connu, mais l'informatisation croissante ne l'a pas rendu prioritaire. De plus, il n'a pas été retrouvé de formation ou information sur les règles de tenues du dossier papier, nouvel arrivant compris. Ni pour celles d'accès au dossier en dehors des heures d'ouverture des archives. Le risque est un retard à l'accès au dossier ou un mauvais rangement. Ce risque n'a pas été identifié de façon spécifique.	14a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. L'accès du patient à son dossier médical, si le séjour date de moins de 5 ans, est en moyenne le double de la durée légale attendu. Il y a eu une légère amélioration avec la création d'un guichet unique responsable, notamment, de relancer les services non répondant. Le risque est identifié, mais il n'y a pas d'action spécifique régulièrement revue.	14b
	NC	La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas	14a

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
		<p>assurée en temps utile.</p> <p>Le dossier d'hémovigilance existe et est bien unique, mais sur chaque site. Orsay n'étant pas encore fusionné avec le CH2V, il n'a pas légalement d'obligation de regrouper son dossier avec celui du CH2V. Par contre réglementairement Juvisy et Longjumeau doivent avoir un seul dossier papier incluant le dossier d'hémovigilance. Les patients sont régulièrement transférés de Juvisy vers les secteurs chirurgicaux de Longjumeau (cela représente 5% environ de l'activité des urgences). Leurs protocoles transfusionnels éventuels ne sont pas connus lors des actes opératoires. En effet Longjumeau a un dépôt de délivrance de produit sanguin et Juvisy fait appel à l'EFS. Ces deux dépôts ont leur propre informatique et ne communiquent pas. Il y a donc risque en cas de taux d'anticorps sous le seuil de détection de transfusion de globules rouges non adaptés et d'hémolyse et de décès. Ce risque n'était pas connu.</p>	
	NC	<p>La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas assurée en temps utile.</p> <p>La communication du dossier avec les correspondants externes n'est pas toujours assurée en temps utile. Le taux de présence des courriers de sorties ou de la lettre de liaison du CH Orsay est légèrement inférieur aux seuils attendus avec une légère amélioration entre les campagnes de 2014 et 2016. Cependant, ceux du CH2V sont sous ces seuils lors de la dernière campagne avec une diminution de ces résultats par rapport à ceux de 2014. Il a été retrouvé quelques actions d'amélioration, sans aucune réalisée à ce jour. Une extraction informatique partielle en 2017 semble montrer une légère amélioration. Les courriers de sorties sont faits en temps utiles en SSR.</p>	14a
	NC	<p>Les demandes d'analyse arrivant au laboratoires ne sont pas identifiées, datées et signées.</p> <p>La prescription de biologie médicale se fait sur papier. Le personnel préleveur remplit un bon de prélèvement, recopiant la prescription, et seul ce bon va au laboratoire, qui réalise les examens sans prescription médicale. Il y a un risque d'erreur lors de la retranscription, pouvant aller à l'absence d'un résultat qui pourrait modifier de façon importante une prise en charge. Comme l'ont confirmé les PT.</p>	14a
A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	<p>Il n'existe pas de dispositif d'amélioration continue.</p> <p>Les résultats des évaluations ne conduisent pas aux améliorations nécessaires. Les résultats inférieurs aux seuils sont notifiés, on retrouve une information en CDU, mais il n'est pas retrouvé de seuils à obtenir spécifique pour le suivi des actions menées, lorsqu'il y en a. Le risque est l'absence d'amélioration, ce qui a été le cas sur Longjumeau pour les courriers avec un risque de non-information des médicaux ou paramédicaux prenant en charge le patient.</p> <p>L'organisation de la gestion du dossier papier n'est pas ajustée au vu de l'évolution notamment de la fusion progressive des établissements, impactant, par exemple la nécessité d'accès au dossier.</p>	14a

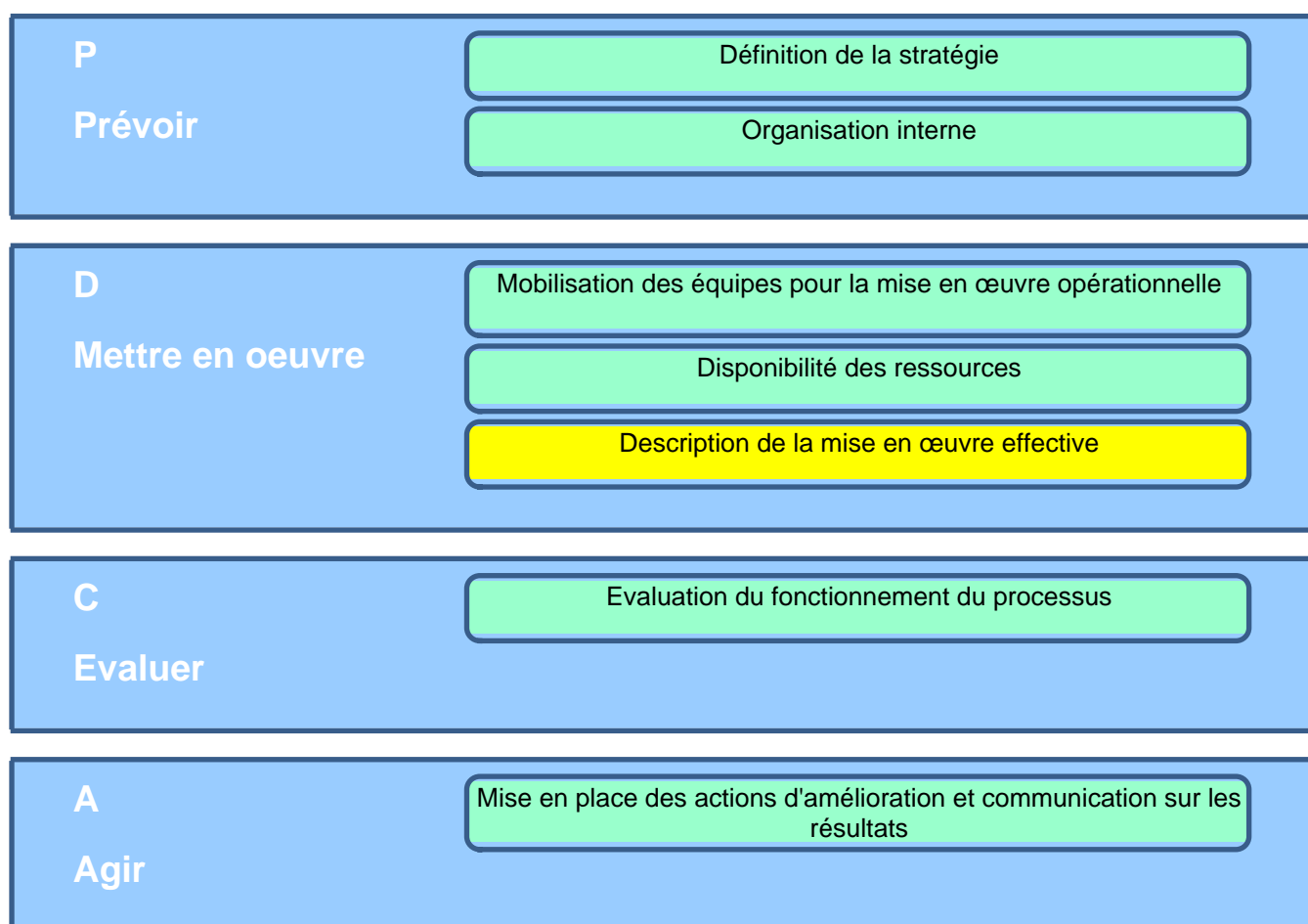
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE) a défini une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins validée en juin 2017.

Un des axes de cette politique est l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse incluant les objectifs suivants :

- Formaliser le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients.
- Elaborer un système documentaire relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse répondant aux besoins des professionnels et aux exigences normatives règlementaires.
- Améliorer le dispositif de gestion des risques relatif à la prise en charge médicamenteuse (gestion des risques a priori par la réalisation d'une cartographie des risques et a posteriori par la mise en œuvre de comité de retour d'expérience (CREX) relatifs à la prise en charge médicamenteuse.
- Améliorer et harmoniser les pratiques professionnelles en lien avec la prise en charge médicamenteuse.
- Généraliser la vérification de la prescription par le pharmacien à l'ensemble de l'hôpital.
- Fixer des objectifs en lien avec la formation/sensibilisation et l'information du patient.
- Développer l'activité de conciliation médicamenteuse.
- Evaluer périodiquement les actions menées.

Les axes stratégiques de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en matière de prise en charge médicamenteuse font partie intégrante du projet médical partagé du Groupement Hospitalier Nord Essonne. Le projet de soins 2017-2021 reprend les axes stratégiques en matière de prise en charge médicamenteuse du projet médical partagé déclinés de façon opérationnelle pour les pôles, par exemple l'objectif du pôle de médecine tri sites est de sécuriser les médicaments incluant l'amélioration des pratiques d'administration et de soins. L'établissement a intégré la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé dans plusieurs procédures notamment sur le centre hospitalier de LONGJUMEAU, la procédure sur la prise en charge de la confusion aiguë chez la personne âgée, la procédure sur l'adaptation de posologie des antibiotiques. Sur le centre hospitalier d'ORSAY, il existe depuis 2014 un guide de prescription sur la personne âgée. Des travaux sur la prescription chez le sujet âgé ont été validés de manière pluri-professionnelles sur le CH d'Orsay en COMEDIMS. Ce compte rendu a été diffusé à l'ensemble des médecins et cadres du CHO et mis à disposition sur un serveur public. Cependant, des données de référence permettant une prescription conforme pour la personne âgée ne sont pas mises à disposition des professionnels. En effet, l'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse du sujet âgé permettant de prendre en compte le risque iatrogénique. L'établissement a identifié et hiérarchisé ses risques à partir d'une analyse de risque spécifique à l'établissement, d'indicateurs, d'audits internes, d'événements indésirables. Dix risques ont été portés au compte qualité du Groupement Hospitalier Nord Essonne. L'ensemble de ces données a permis de réaliser un plan d'actions propre à chacun des trois sites. Un comité de pilotage a travaillé à la mise en commun des plans d'actions permettant ainsi de porter au compte qualité les risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le pilotage du processus et la mise en œuvre de la politique de la prise en charge médicamenteuse. Les pilotes sont le RSMQ du centre hospitalier de LONGJUMEAU, le coordonnateur des risques associés aux soins du centre hospitalier d'ORSAY, et la pharmacienne du centre hospitalier de JUVISY. Le RSMQ a été nommé en 2017 pour le GHNE, elle réalise ses missions en lien étroit avec le comité PEC MED GHNE. Les rôles et responsabilités des professionnels sont définis et formalisés dans des fiches de poste. Un manuel qualité décrit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en vigueur au Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE). Il a été validé en octobre 2017. La politique est portée par la COMEDIMS. Il existe une COMEDIMS pour le Centre Hospitalier des 2 Vallées et une COMEDIMS pour le Centre Hospitalier d'Orsay, la fusion des COMEDIMS est prévue en 2018. Le Groupement Hospitalier Nord Essonne dispose de 3 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), une sur le site de LONGJUMEAU, une sur le site de JUVISY et une sur ORSAY. La fusion entre la PUI du centre hospitalier de LONGJUMEAU et celle du centre hospitalier de JUVISY est effective, la fusion avec centre hospitalier d'ORSAY est prévue en janvier 2018. Le centre hospitalier de LONGJUMEAU dispose d'une Unité de Préparation Centralisée des anticancéreux. Toutes les préparations stériles injectables de médicaments anticancéreux sont centralisées dans cette zone. La préparation des anti cancéreux est réalisée en système clos sous isolateur. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est engagée. Le taux de prescription informatisée au centre hospitalier des deux vallées est supérieur à 90 %, la validation est informatisée. Les services de réanimation et bloc opératoire restent à équiper. Le taux de prescription informatisée du centre hospitalier d'ORSAY est de la moitié des prescriptions, la validation est informatisée. Les services non informatisés sont la chirurgie, le bloc opératoire, la réanimation et les urgences adultes. Le centre hospitalier d'ORSAY dispose du même dossier patient informatisé que l'établissement des deux vallées.

La PUI du centre hospitalier d'ORSAY utilise une application informatique pour la gestion de son circuit du médicament notamment pour la gestion des stocks, la prescription médicamenteuse, la validation pharmaceutique, la délivrance des médicaments et l'administration. La PUI du centre hospitalier des deux vallées, regroupant le centre hospitalier de LONGJUMEAU et le centre hospitalier de JUVISY, utilise une autre application que le centre hospitalier d'ORSAY pour la gestion de son circuit du médicament pour la prescription, l'analyse et la validation pharmaceutique, la gestion du plan de cueillette, la dispensation des médicaments, et l'administration des médicaments. La convergence des applications (le centre hospitalier d'ORSAY utilisera la même application que le centre hospitalier des 2 vallées) est prévue dans quatre semaines. La formation est en cours de déploiement. La permanence pharmaceutique est organisée sur les 3 sites et elle est formalisée. Les horaires d'ouverture de la Pharmacie à Usage Intérieur du Groupement Hospitalier Nord Essonne sont détaillés pour chacun des sites dans le manuel qualité. Nous avons pu constater que les horaires d'ouverture des pharmacies sont affichés sur la porte. Il existe une conduite à tenir pour une demande pharmaceutique urgente en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est effective. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU et de JUVISY, la conciliation médicamenteuse est réalisée par services entre 3 à 4 patients tous les matins. Au centre hospitalier d'ORSAY, la conciliation médicamenteuse est réalisée pour tous les patients qui rentrent en gériatrie et SSR afin d'améliorer la prévention de la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé. Un travail de collaboration avec les gériatres est en place depuis 2017. Une collaboration avec les pharmacies d'officine existe. La rétrocession sur les 3 sites est organisée. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs et font l'objet d'une procédure. La gestion des médicaments dans les unités de soins fait l'objet d'une procédure et concerne l'approvisionnement, la détention et les conditions de stockage sur le GHNE. L'organisation de la collaboration entre l'infectiologue, les référents en infectiologie, le bactériologiste et les pharmaciens au sein du CH2V est en cours de validation, sur le site d'ORSAY est prévue. L'élimination des déchets en contact avec des anticancéreux fait l'objet d'une procédure. La gestion des interfaces et des circuits est organisée entre les professionnels de la pharmacie et les unités de soins. La pharmacie a accès aux résultats biologiques des patients, l'interface avec l'imagerie se fait via le Dossier Patient Informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel du programme est assuré par l'encadrement des services et la pharmacie. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les erreurs médicamenteuses. Des fiches d'événements indésirables sont faites. Les professionnels rencontrés participent à des retours d'expérience et connaissent les résultats d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des erreurs médicamenteuses. Des actions de formation sont en place par exemple les professionnels de la PUI d'ORSAY ont eu une formation à l'actualité en insuffisance cardiaque, les internes du Groupement Hospitalier Nord Essonne sont formés aux règles de bonnes prescriptions. Un cahier d'information est remis aux nouveaux arrivants. Il existe des outils d'aide à destination des professionnels notamment le guide de bon usage des antibiotiques chez l'insuffisant rénal, l'insuffisant hépatique et chez la femme enceinte, le guide des médicaments antithrombotiques qui sont dans le logiciel documentaire informatisé. Les protocoles thérapeutiques sont intégrés dans le logiciel documentaire. Sur le site d'ORSAY, les modalités de reconstitution des traitements injectables pour la réanimation et la pédiatrie sont à disposition des professionnels. Les services de soins sont équipés du matériel nécessaire au respect du circuit du médicament, ils disposent d'armoires de stockage des médicaments, de coffres pour les toxiques, de chariots de médicaments avec ordinateurs portables, de réfrigérateurs.

Les préparateurs et les pharmaciens disposent de matériel adapté à leur activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le manuel qualité du Groupement Hospitalier Nord Essonne décrit le processus prescription. La liste des prescripteurs autorisés est déposée. Toutefois, les règles de prescription ne sont pas mises en œuvre dans tous les services. En effet, lors du patient traceur en chirurgie viscérale au centre hospitalier de LONGJUMEAU et en UHCD au centre hospitalier d'ORSAY, il a été constaté :

- en chirurgie viscérale à LONGJUMEAU, la prescription post opératoire anesthésique des 24 premières heures au format papier est recopiée dans le service de chirurgie dans le dossier informatisé par l'interne de garde avec un risque d'erreur de recopiage, afin de permettre la validation de l'administration du traitement par l'infirmière.
- en UHCD à ORSAY, la prescription du patient est réalisée sur papier, certaines prescriptions ne sont pas conformes, elles comportent le nom du praticien, mais elle n'a ni signature, ni date, ni voie d'abord. Le risque est une erreur de voie, par exemple, pour les médicaments sédatifs, l'injection IV peut être dangereuse pour le patient par rapport à la voie IM.

Ce patient traceur a également permis de constater que lorsque l'interne prescrit sur le dossier

informatisé, il n'est pas identifié.

Il existe différents types de dispensation au niveau du Groupement Hospitalier Nord Essonne :

- Centre hospitalier de LONGJUMEAU : dispensation journalière individuelle nominative par préparation de piluliers pour l'ensemble des services après mise en conditionnement unitaire si nécessaire. La mise en conditionnement unitaire est réalisée par déconditionnement puis reconditionnement dans des locaux dédiés par une conditionneuse. Présence d'armoire à pharmacie dans les services de soins pour les besoins urgents. Un pharmacien est présent du lundi au vendredi, un système de garde et un système d'astreinte sont en place. Il existe également une armoire de nuit fermée à clef sur le site du centre hospitalier de LONGJUMEAU accessible au cadre de nuit.

- Centre hospitalier d'ORSAY : le mode de dispensation est global. Il s'agit d'une dispensation hebdomadaire préparée par les préparateurs avec douchette. Pour les services de SSR et Médecine 3, il s'agit d'une dispensation individuelle hebdomadaire nominative, le chariot est préparé par le préparateur référent. Lors d'un changement de traitement, les infirmières appellent le préparateur référents pour la mise à jour du traitement.

- Centre hospitalier de JUVISY : le mode de dispensation est global. Les préparateurs sont responsables des armoires de service. Il existe un livret de médicament réduit sur ce site avec une seule molécule par classe thérapeutique. Les professionnels font appel à la garde du centre hospitalier de LONGJUMEAU en cas de besoin, la conduite à tenir fait l'objet d'une procédure.

Il existe une armoire d'urgence située en médecine 1 pour la nuit et les week end avec une procédure pour y recourir dans la mallette de garde. La gestion des médicaments personnels dans les services fait l'objet de procédure.

Les règles d'administration des médicaments sont respectées, au centre hospitalier de LONGJUMEAU les médicaments non unitaires sont reconditionnés. Au centre hospitalier d'ORSAY, un sur étiquetage pour dosage non unitaire est réalisé par les préparateurs. Au centre hospitalier de JUVISY, ce sont les infirmières qui préparent les médicaments, elles les distribuent sans les déconditionner. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée, la visite terrain a permis de le constater sur les AVK, les NACO et également pour le traitement de l'insuffisance cardiaque pour les patients hospitalisés. Les médicaments à risque ont été répertoriés dans une liste diffusée par mail à l'encadrement du GHNE. Sur le site de JUVISY, les médicaments à risque sont identifiés par un logo sur les casiers des armoires à pharmacie. Sur deux sites, les règles de rangement ne sont pas respectées dans tous les services. Sur le site de LONGJUMEAU, les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans toutes les pharmacies des unités notamment en cardiologie et oncologie, la liste de ces médicaments n'est pas connue par les cadres de ces services. Sur le site d'ORSAY, les médicaments à risque sont identifiés par des codes couleur, mais en chirurgie viscérale, on retrouve dans les tiroirs des ampoules de chlorure de potassium sans identification distincte à proximité des ampoules de chlorure de sodium. Le risque d'erreur médicamenteuse est important. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.

Les locaux des Pharmacies à Usage Intérieur sont sécurisés.

Les règles de gestion des pharmacies en unités de soins ne sont pas toujours respectées. En effet, les armoires à pharmacie de cardiologie, orthopédie du centre hospitalier de LONGJUMEAU, chirurgie viscérale et Unité Médico Chirurgicale Ambulatoire du centre HOSPITALIER d'ORSAY, ne sont pas fermées, les portes des salles de soins sont ouvertes, il peut y avoir un risque pour des patients ayant des troubles cognitifs. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre un dispositif d'amélioration continue du processus management de la prise en charge médicamenteuse notamment au travers d'évaluation de pratiques professionnelles menées sur les différents sites.

- Sur le site de LONGJUMEAU

Contrôle de casier de médicaments

Conciliation médicamenteuse rétroactive à l'entrée des patients

Évaluation de l'adéquation de l'antibiothérapie aux résultats d'hémocultures prélevées

Sur le site des deux vallées

Évaluation des modalités d'utilisation des dispositifs médicaux de nutrition entérale

Gestion des chariots d'urgence dans les unités de soins.

- Sur le site d'ORSAY

Évaluation trimestrielle de la qualité de la détention des médicaments et des dispositifs médicaux stériles au niveau de l'armoire à pharmacie et du réfrigérateur sur le CHO.

EPP tenue des armoires des services 2016-2017 Tracabilité des dispositifs médicaux implantables dans le dossier médical.

Gestion du traitement personnel

Une réflexion a été menée sur la pertinence de la prescription de l'Augmentin injectable sur les 6 premiers mois de l'année de 2017 avec vérification de l'indication, de la posologie, de la durée.

- Sur les trois sites, des audits sont réalisés sur les piluliers, sur le bracelet d'identification...

Des retours d'expérience sont en place pour analyser les erreurs médicamenteuses (REMEDI et RMM).

A / AGIR

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

Les actions issues des résultats des évaluations menées sur l'établissement et le suivi des indicateurs sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS. Les résultats de ces différentes actions sont communiqués aux professionnels notamment par une information dans la lettre qualité du GHNE. En juin 2017, il est fait mention de l'EPP sur l'évaluation de la douleur aux urgences pédiatriques, sur la gestion du traitement personnel au centre hospitalier d'ORSAY. Les usagers sont informés par affichage des indicateurs.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Définition de la stratégie	PS	Des données de référence permettant une prescription conforme pour la personne âgée ne sont pas mises à disposition des professionnels. L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse du sujet âgé permettant de prendre en compte le risque iatrogénique.	20b
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de gestion des pharmacies en unités de soins ne sont pas respectées. Les armoires à pharmacie de cardiologie, orthopédie du centre hospitalier de LONGJUMEAU, chirurgie viscérale et Unité Médico Chirurgicale Ambulatoire du centre HOSPITALIER d'ORSAY, ne sont pas fermées, les portes des salles de soins sont ouvertes, il peu y avoir un risque pour des patients ayant des troubles cognitifs. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.	20a bis
	NC	Les règles de rangement ne sont pas respectées dans tous les services. Sur le site de LONGJUMEAU, les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans toutes les pharmacies des unités notamment en cardiologie et oncologie, la liste de ces médicaments n'est pas connue par les cadres de ces services. Sur le site d'ORSAY, les médicaments à risque sont identifiés par des codes couleur, mais en chirurgie viscérale, on retrouve dans les tiroirs des ampoules de chlorure de potassium sans identification distincte à proximité des ampoules de chlorure de sodium. Le risque d'erreur médicamenteuse est important. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.	20a bis
	NC	Les règles de prescription ne sont pas mises en œuvre dans tous les services. En effet, lors du patient traceur en chirurgie viscérale au centre hospitalier de LONGJUMEAU et en UHCD au centre hospitalier d'ORSAY, il a été constaté : - en chirurgie viscérale à LONGJUMEAU, la prescription post opératoire anesthésique des 24 premières heures au format papier est recopiée dans le service de chirurgie dans le dossier informatisé par l'interne de garde avec un risque d'erreur de recopiage, afin de permettre la validation de l'administration du traitement par l'infirmière. - en UHCD à ORSAY, la prescription du patient est réalisée sur papier, certaines prescriptions ne sont pas conformes, elles comportent le nom du praticien, mais elle n'a ni signature, ni date, ni voie d'abord. Le risque est une erreur de voie, par exemple, pour les médicaments sédatifs, l'injection IV peut être dangereuse pour le patient par rapport à la voie IM. Ce patient traceur a également permis de être constater que lorsque l'interne prescrit sur le dossier informatisé, il n'est pas identifié.	20a bis

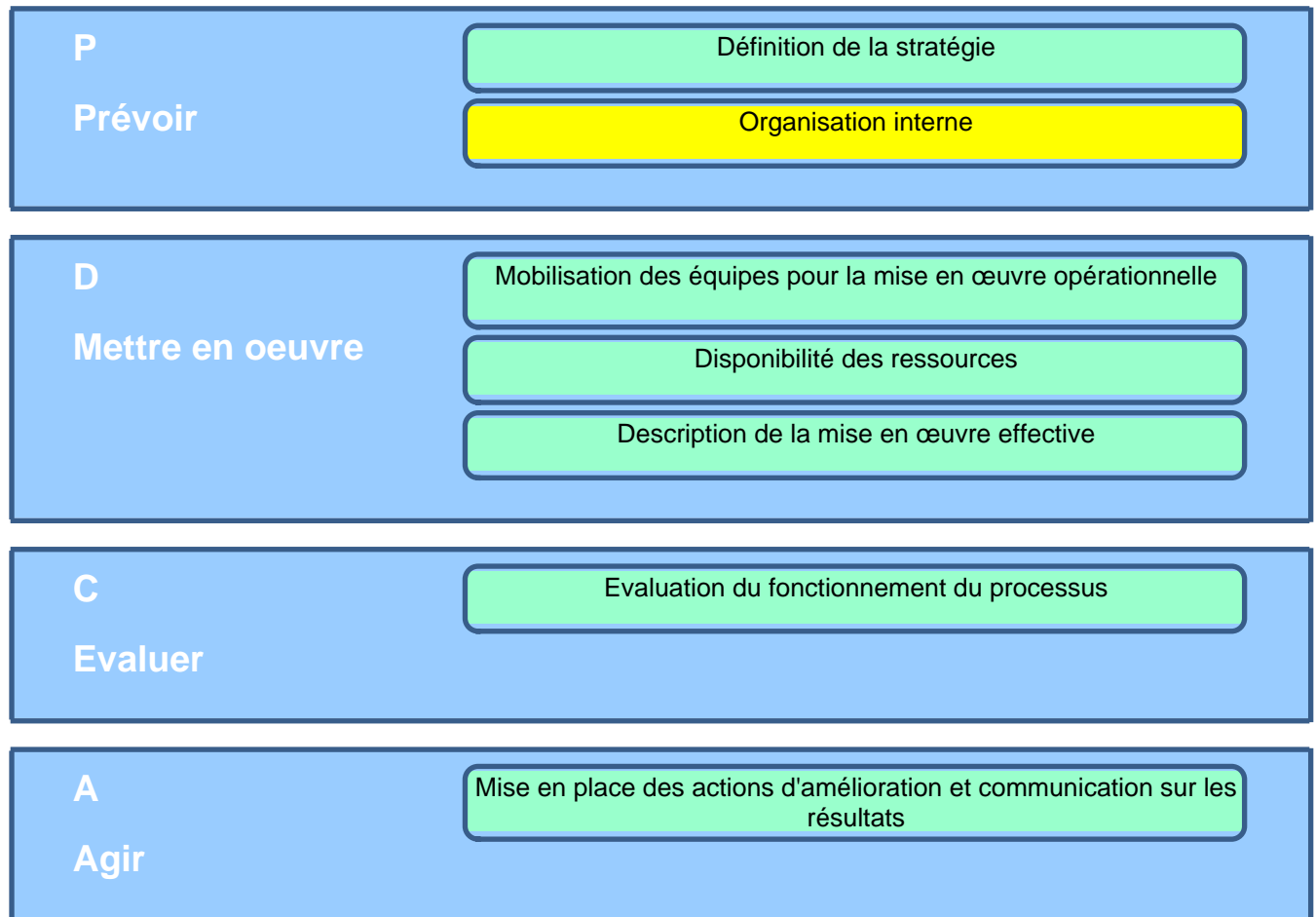
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le GHNE regroupe trois établissements. Il y a un équipage SMUR par site. Le service du CH de Juvisy, sur une surface de 320m² regroupe, en plus la salle d'attente, les couloirs et les bureaux. Le nombre de passages atteint en 2016 est de 28000. Un 3e CCSU va être ouvert à Ste Geneviève des Bois

Il existe une stratégie définie dans le projet médical partagé du GHT. Elle tient compte de l'écologie du secteur d'activité de l'établissement regroupé ainsi que les indicateurs produits. Les CME, dont l'une est présidée par un des praticiens des urgences-SMUR, sont, avec les réunions de pôles et de service, les pivots pour transmettre les indicateurs et tableaux de bord aux professionnels. Cette stratégie de gestion des urgences est définie en lien avec l'analyse des besoins et des risques. La programmation d'un futur regroupement potentiel sur un site à Saclay inclut une baisse prévisionnelle du nombre de passages cumulé des trois sites de 130 000 à 85 000. Mais aussi, afin de garantir un premier recours pour la population, la mise en place de centres de consultations et de soins urgents (CCSU) à Longjumeau et Juvisy. Elle intègre les différentes prises en charge des urgences avec les secteurs par âge ou spécialité, ainsi que les filières notamment AVC avec l'UNV d'Orsay, infarctus du myocarde, avec des conventions externes, l'addictologie, la gériatrie, les soins palliatifs... Les recours aux avis spécialisés sont organisés et connus, avec une mise à jour régulière, et au moins hebdomadaire, des astreintes et gardes accessibles par sites, mais également intersites. Il existe des objectifs d'amélioration précis et mesurables, réajustés lors des réunions de pôles. Le programme d'amélioration est disponible ; il y a eu une priorisation des actions sur les problématiques communes, mais également en tenant compte de l'organisation programmée en vue du possible regroupement des sites sur un seul.

ORGANISATION INTERNE

Il existe un pilotage d'autant plus important que les flux sont tendus dans chaque site et qu'il existe un risque avec la fusion en un seul lieu géographique. Le rôle de chaque responsable est défini, et va au-delà des établissements avec la participation au réseau d'urgentiste départemental. Il existe une fiche de poste générique. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Les ressources documentaires sont disponibles, utilisant le système documentaire général et les classeurs papier. Les coordonnées des personnes à joindre en cas d'urgences vitales sont disponibles dans tous les secteurs d'activités. L'ES a une organisation permettant de tracer les étapes de la prise en charge. Il a été fait le choix de ne pas avoir un outil métier spécifique ce qui permet un accès aux informations des différents sites. Le déploiement est progressive. Les transports intersites ainsi que vers d'autres établissements sont définis. L'organisation ne permet pas la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits en temps réel. En effet, malgré l'informatisation, l'établissement ne dispose pas de la disponibilité des lits en temps réel. En effet, ceci entraîne potentiellement une hausse des temps de présence aux urgences et donc augmente encore le nombre de patients se retrouvant dans des zones communes.

Juvisy est composé d'un service d'urgence polyvalent et accueil toutes les urgences. A Juvisy, l'admission se fait par une secrétaire la journée et une aide-soignante la nuit. Ensuite, elle dirige les patients valides vers la salle d'attente. Si elle estime l'état préoccupant, elle en alerte l'infirmière d'IOA (infirmière organisatrice de l'accueil). La filière debout se poursuit par le passage en box d'IOA puis selon les cas le patient ira en box d'urgence ou retournera en salle d'attente si sa prise en charge n'est pas urgente et qu'il existe une indisponibilité de place. La filière dite couchée des patients amenés par le pompier ou les ambulances passe directement dans la zone de changement de brancard, qui est un coin du couloir des urgences alimentant les différents box. Le premier est utilisé pour les immobilisations, les deux suivants pour l'UHCD, puis suivent les boxes classiques pour se terminer par la SAUV d'une place. Toutefois, l'établissement ne prévoit pas toutes les ressources humaines nécessaires à la sécurisation de la prise en charge. En effet, sur le site de Juvisy, la nuit, il peut arriver qu'il n'y ait qu'un trinôme : deux infirmiers et un aide-soignant. Ils doivent alors réaliser les entrées, orientation et l'accueil, la surveillance de la SAUV, des urgences et de l'UHCD. La multiplicité des tâches peut entraîner un défaut de surveillance sur un des 5 secteurs, notamment sur la SAUV en cas de dégradation brutale d'un patient instable. Par ailleurs, l'organisation des locaux ne permet pas toujours de respecter l'intimité, la confidentialité et la dignité des patients. En effet, l'UHCD n'est pas individualisée par rapport au service des urgences. Elle a été créée par la transformation de box en « chambre » sans sanitaire. Il a deux lits déclarés. Le risque, outre le respect de l'intimité du patient, est celui d'être obligé de garder des patients dans le couloir des urgences, couloirs étroits vus la surface globale, gênant au passage du personnel entre les patients, et limitant la qualité de la surveillance, pouvant entraîné un retard de pris en charge. Le risque est identifié, des FEI existent, la direction est informée régulièrement en cas de surcapacités par le cadre du service sans modification organisationnelle à ce jour.

Longjumeau possède trois points d'entrée. Les urgences adultes à partir de 18 ans avec une équipe

dédiée. Le passage par l'IOA est systématique, après avoir vu l'admissionniste (personne créant le dossier administratif). Puis, selon les critères de tri, les patients sont installés selon la gravité dans les boxes. L'UHCD est contiguë, mais complètement différenciée. Les urgences pédiatriques sont prises en charge par une équipe composée très majoritairement de pédiatres. Il existe une IOA dédiée avec une salle spécifique. La règle est la même. En cas de nécessité, un renfort par les pédiatres de service est possible. L'UHCD de deux lits est réalisé dans le service de pédiatrie sans lit spécifiquement alloué. Les parturientes de plus de 22 semaines passent directement par la maternité où l'accueil se fait par une aide-soignante, la disponibilité de deux sages-femmes d'un interne et d'un gynécologue en permanence limite le risque d'attente et donc celui d'une complication par retard de prise en charge.

Orsay a un système de fonctionnement calquable sur celui de Longjumeau avec une prise en charge adulte à partir de 15 ans et 3 mois, de la pédiatrie et des parturientes à partir de 22 semaines également. L'établissement ne prévoit pas toutes les ressources humaines nécessaires à la sécurisation de la prise en charge. Le fonctionnement de l'accueil des parturientes sur le site d'Orsay se fait la nuit par une aide-soignante dans une salle dédiée, lui permettant de faire l'accueil administratif. La sage-femme qui viendra s'occuper d'elle est celle s'occupant également des salles d'accouchement. Elle est seule la nuit pour une maternité d'environ 1400 accouchements. En cas d'accouchement multiple, elle ne pourra examiner en temps utile la patiente, qui peut très bien venir pour une autre raison qu'un problème gestationnel, par exemple un anévrisme abdominal, avec dans ce cas un retard de prise en charge pouvant lui être délétère.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs impulse une démarche d'amélioration, que ce soit dans le secteur adulte, pédiatrique, ou polyvalent, le secteur maternité étant intégré dans son management par celui des salles d'accouchement. On a retrouvé des plans d'action, extrait des FEI et de la cartographie. Avec une priorisation plus importante pour les problématiques communes aux différents sites. Il y a de nombreuses déclarations, plus de 70 par site, avec une représentation d'environ 10% de celle de l'ES.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles en intra, incluant plusieurs praticiens ayant une formation initiale d'échographie d'urgence, la participation au programme local des urgentistes. L'accès aux spécialistes est facilité, organisé, avec une liste mise à jour chaque semaine, donnant les modalités pour joindre les spécialistes des différentes spécialités. Il y a à disposition un scanner sur chaque site, une IRM la journée à Longjumeau et H24 sur le site d'Orsay. Les documents sont disponibles, la majorité au format papier. Les trois services sont informatisés et tracent l'ensemble des informations sur leurs progiciels, qui est le même que celui du reste de l'établissement. A l'UHCD, la prescription sur Longjumeau et Orsay se fait en version papier, avec une traçabilité régulièrement incomplète. L'ensemble des éléments de la prise en charge est notifié et accessible, incluant la fiche IAO du tri de gravité à l'entrée. Il existe au moins une SAUV par site avec l'ensemble nécessaire pour réaliser une prise en charge d'une urgence vitale. La formation des professionnels à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes de secours n'est pas toujours assurée. Les formations à l'AFGSU sont à jour sur le Site de Juvisy réalisé en interne. Par contre, elles ne sont plus régulièrement réalisées sur les autres sites, ni suivies. On retrouve d'autres formations sur l'ensemble des sites (par exemple IOA, hypnoalgésie). Depuis octobre 2017, des formations AFGSU sont organisées chaque mois en interne et ouvertes à tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge est réalisée après une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins et dans des délais correspondant aux nécessités. Le système de garde et astreinte est opérationnel autant pour les urgences que pour les différents secteurs spécialisés, recours. Il est organisé la prise en charge des cas particuliers, que ce soit âgé avec un secteur pédiatrique, gériatrique avec une unité mobile, il y a en cas de problème social ou de personnes démunies une PASS et la possibilité d'intervention des assistantes sociales de l'ES. La prise en charge des soins psychiatrique est, sur le secteur de Juvisy et Longjumeau, géré par un autre établissement. Il existe une convention, et il y a la présence en permanence d'un psychiatre et d'une infirmière. Pour Orsay, l'établissement couvre son propre secteur de psychiatrie et a également un psychiatre et un IDE dédié en permanence. Les demandes d'examens et d'analyses biologiques sont datées et signées, les arguments pour les examens radiologiques complexes également. Elles sont partielles pour les radiographies simples. L'identité est vérifiée avant les actes, et les patients sont porteurs de bracelets dès leur admission. Le taux d'hospitalisation via les urgences oscille entre 8 et 23 %. Les examens ne sont pas réalisés dans le respect des bonnes pratiques. Les demandes d'examens d'imagerie sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées. Toutefois, les examens ne sont pas réalisés dans le respect des bonnes pratiques. En effet, sur le site d'Orsay, sont demandées par une infirmière, après une information initiale. La mise en place date de plusieurs mois, mais la procédure a été réalisée durant notre passage. Elle concerne l'extrémité des 4 membres. Cette procédure ne rentre pas dans un projet de protocole de

coopération AR, et ces actes ne relèvent pas de l'urgence vitale. La procédure ne respecte pas la réglementation. Il y a donc un risque d'irradiation inutile, notamment chez l'enfant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs précis, commun aux 3 sites, et retrouvé dans les RPU (résumé post urgences) transmises aux tutelles, mais également internes au GHNE. Par exemple le suivi du temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence, avec des actions d'améliorations comme la mise en place de la prescription anticipée paramédicale. Le recueil des EI est réalisé avec un retour des informations au personnel. Les équipes participent à des EPP plusieurs sont engagés, dont 3 communes aux différents sites. La fixation de seuil annuel est inconstante.

A / AGIR

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

La politique est ajustée, quelques fois, en fonction des résultats des indicateurs de l'ES. Le programme d'action est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. La diffusion, en interne des évaluations se fait par les réunions de service essentiellement, et la connaissance des indicateurs sont très irrégulières.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	NC	L'organisation ne permet pas la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits en temps réel. Malgré l'informatisation, l'établissement ne dispose pas de la disponibilité des lits en temps réel. En effet, ceci entraîne potentiellement une hausse des temps de présence aux urgences et donc augmente encore le nombre de patients se retrouvant dans des zones communes.	25a
	NC	L'établissement ne prévoit pas toutes les ressources humaines nécessaires à la sécurisation de la prise en charge. Sur le site de Juvisy, la nuit, il peut arriver qu'il n'y ait qu'un trinôme : deux infirmiers et un aide-soignant. Ils doivent alors réaliser les entrées, orientation et l'accueil, la surveillance de la SAUV, des urgences et de l'UHCD. La multiplicité des tâches peut entraîner un défaut de surveillance sur un des 5 secteurs, notamment sur la SAUV en cas de dégradation brutale d'un patient instable. A Orsay, le fonctionnement de l'accueil des parturientes sur le site d'Orsay se fait la nuit par une aide-soignante dans une salle dédiée, lui permettant de faire l'accueil administratif. La sage-femme qui viendra s'occuper d'elle est celle s'occupant également des salles d'accouchement. Elle est seule la nuit pour une maternité d'environ 1400 accouchements. En cas d'accouchement multiple, elle ne pourra examiner en temps utile la patiente, qui peut très bien venir pour une autre raison qu'un problème gestationnel, par exemple un anévrisme abdominal, avec dans ce cas un retard de prise en charge pouvant lui être délétère.	25a
	NC	L'organisation des locaux ne permet pas toujours de respecter l'intimité, la confidentialité et la dignité des patients. Sur le site de Juvisy, l'UHCD n'est pas individualisée par rapport au service des urgences. Elle a été créée par la transformation de box en « chambre » sans sanitaire. Il a deux lits déclarés. La surface ne permet pas l'accueil des patients dit couché. Dès qu'il y a plus de deux patients dans l'UHCD, les patients supplémentaires sont vus dans le couloir sans confidentialité. Le risque, outre le respect de l'intimité du patient, est celui d'être obligé de garder des patients dans le couloir des urgences, couloirs étroits vus la surface globale, gênant au passage du personnel entre les patients, et limitant la qualité de la surveillance, pouvant entraîné un retard de pris en charge. Le risque est identifié, des FEI existent, la direction est informée régulièrement en cas de surcapacités par le cadre du service sans modification organisationnelle à ce jour. Les murs ont des trous non entièrement réparés, la salle d'urgence vitale a de très nombreux trous entre les dalles du sol, de couleur très sombre, avec une surface irrégulière. L'entretien est réalisé, mais il est impossible, visuellement, d'en être sur. La paillasse de préparation de la SAUV est tachée par les produits désinfectants, là aussi rendant l'examen visuel de propreté difficile. De la SAUV, un patient déshabillé pouvait être vu en contrebas faute de brise-vue qui ont été apposés pendant la visite de certification. Aucune évolution des locaux n'est envisagée en prévision de la fermeture programmée en 2022 au plus tard.	25a
D / Disponibilité des ressources	PS	La formation des professionnels à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes de secours n'est pas toujours assurée. Les formations à l'AFGSU sont à jour sur le Site de Juvisy réalisé en interne. Par contre, elles ne sont plus régulièrement réalisé sur les autres sites, ni suivies. On retrouve d'autres formations sur l'ensemble des sites (par exemple IOA, hypnoalgésie).	18b

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Les examens ne sont pas réalisés dans le respect des bonnes pratiques.</p> <p>Sur le site d'Orsay, ils sont demandés par une infirmière, après une information initiale. La mise en place date de plusieurs mois, mais la procédure a été réalisée durant notre passage. Elle concerne l'extrémité des 4 membres. Cette procédure ne rentre pas dans un projet de protocole de coopération AR, et ces actes ne relèvent pas de l'urgence vitale. La procédure ne respecte pas la réglementation. Il y a donc un risque d'irradiation inutile, notamment chez l'enfant.</p>	22b

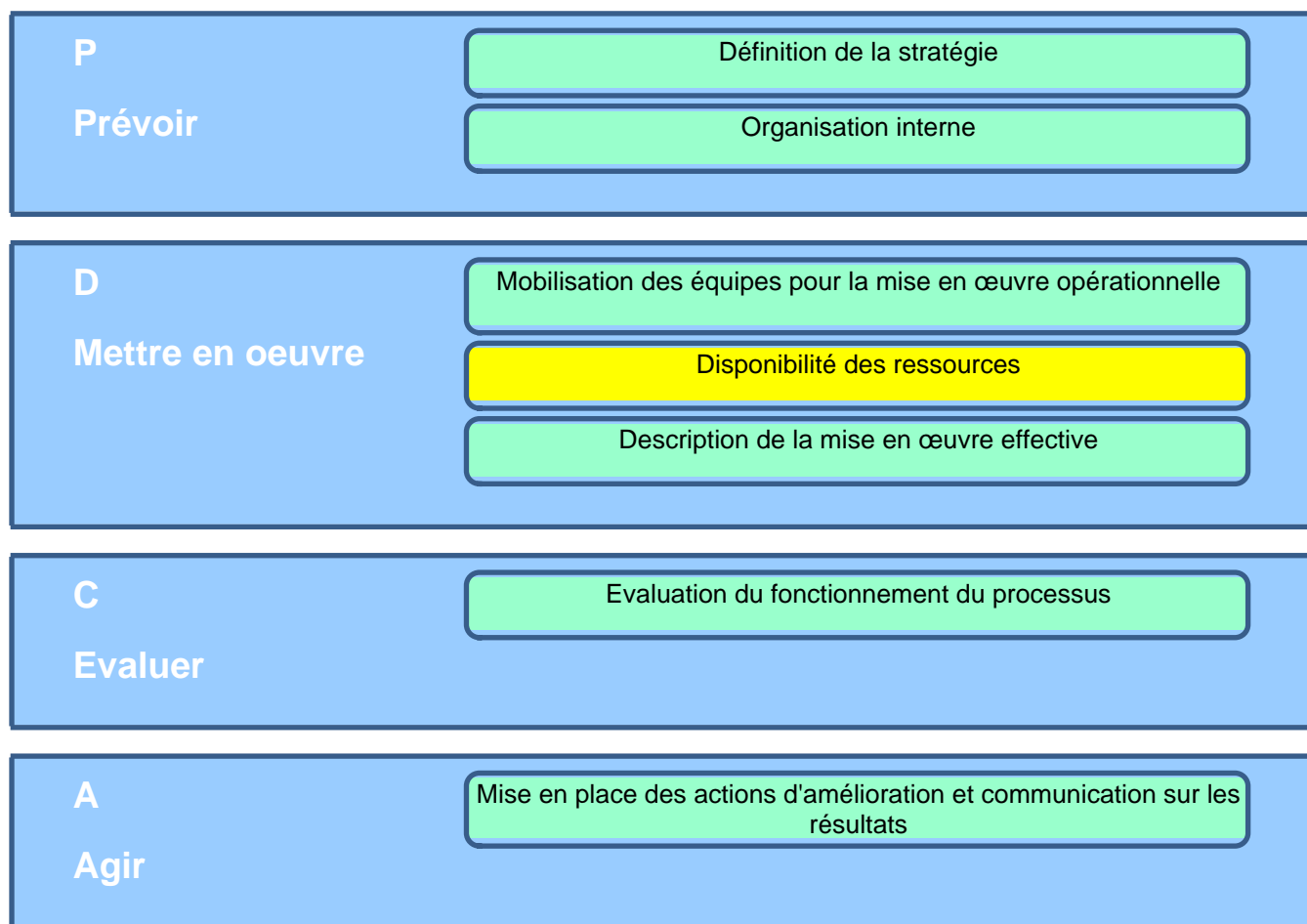
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

L'activité de bloc opératoire du GHNE est réalisée sur deux sites : Longjumeau et Orsay.
Le site de Longjumeau comporte deux plateaux techniques distincts :
- le bloc 1 avec 5 salles et 10 postes de SSPI fonctionnant 24h/24 capable d'accueillir les actes programmés et urgents de toutes les spécialités chirurgicales, ainsi que les césariennes en code rouge (salle dédiée) et les gestes d'endoscopie sous AG.
- le bloc 2 avec 2 salles et 4 postes de SSPI ouvert 4j/5 et fermant en fin de journée.
- 8 places de chirurgie ambulatoire modulables au sein d'une UCA.
Le site d'Orsay comporte :
- 1 bloc de 4 salles et 8 postes de SSPI, recevant tout type de chirurgie, y compris la filière spécifique de chirurgie bariatrique dans une salle dédiée
- une salle code rouge césarienne est réservée 24h/24;
- 5 places de chirurgie ambulatoire sont regroupées au sein de l'unité médico-chirurgicale ambulatoire (UMCA).

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau des blocs opératoires/SSPI et en chirurgie ambulatoire avec les professionnels concernés à partir de sources identifiées. L'analyse des risques, leur hiérarchisation et l'identification des besoins ont été réalisés par site. Des réunions pour établir le CQ GHNE ont été organisées avec les pilotes concernés. La mise en œuvre des politiques d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au BO et en chirurgie ambulatoire est notifiée dans un plan d'action où l'on retrouve les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement n'a pas organisé un pilotage unique des activités opératoires. En effet, chaque site dispose de sa propre organisation, de son propre pilotage, de son propre conseil de bloc, de sa propre charte. Il existe un conseil de bloc par site. Ils se réunissent environ 4 fois par an. Leurs missions sont définies et formalisées par une charte propre à chaque site, mise à jour régulièrement. Un travail est en cours à l'élaboration d'une charte commune aux deux sites. Une cellule de programmation est coordonnée par la cadre de bloc de chaque site, et par un médecin anesthésiste sur Orsay. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les besoins en ressources humaines sont identifiés avec des référents en orthopédie et urologie sur Longjumeau, et des formations spécifiques en chirurgie bariatrique sur Orsay. Les remplacements font appel à des vacataires réguliers. Le recrutement des nouveaux personnels s'accompagne d'une période de 4 à 6 mois avant de figurer sur la liste de garde. Le sous-effectif des personnels médicaux (anesthésique) sur Orsay nécessite le recours à l'intérim. Les procédures sont formalisées et intégrées au dispositif de gestion documentaire. La gestion des matériels et des équipements biomédicaux est organisée de façon commune aux deux sites. L'informatisation du dossier patient est en cours, à l'exception du dossier anesthésique, y compris les prescriptions postopératoires en SSPI. La gestion des interfaces entre le BO/SSPI et les différents secteurs cliniques et médico-techniques est prise en compte; il existe un seul service de stérilisation pour les deux sites, basé sur Longjumeau.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les équipes des BO/SSPI et des unités de chirurgie ambulatoire s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur ; elles participent aux démarches EPP et à la déclaration des EI. Le programme opératoire est accessible aux professionnels; il est lisible et respecte la confidentialité des données.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs et répondent aux spécificités des chirurgies réalisées. La continuité de la prise en charge est assurée sur chaque site, y compris en cas de reprise chirurgicale ou d'urgence, la nuit le weekend et les jours fériés. Il en est de même pour les équipements et matériels qui sont adaptés, opérationnels et entretenus. Le matériel

d'urgence vitale est opérationnel et disponible. Les procédures et autres documents utiles sont disponibles et accessibles sur plusieurs sources (papier et informatique). Les informations concernant le patient sont disponibles en temps utile (un poste informatique par salle et en SSPI). La surface des locaux est adaptée à l'activité. Toutefois, les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la maîtrise du risque infectieux. En effet, la vétusté du bloc 1 du site de Longjumeau, ne permet pas toujours un bio nettoyage adapté. Les experts-visiteurs ont constaté des trous dans le sol de certaines salles de ce bloc 1. Par ailleurs, sur le site d'Orsay, la configuration des locaux conduits à des croisements propres sales notamment concernant les tenues de bloc (vestiaires) et l'élimination des déchets (absence de circulation dédiée).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est assurée avant l'intervention, notamment en chirurgie ambulatoire avec programmation de l'intervention en amont et préparation du matériel adapté. L'appel à J-1 en ambulatoire est réalisé et tracé dans le dossier. L'identité du patient, le type de procédure et le côté à opérer sont vérifiés et tracés via la check-list. Le circuit au bloc opératoire, de l'accueil (zone de transfert) à l'intervention puis à la sortie en SSPI permet d'assurer la continuité des soins, en respectant le principe de la marche en avant. Les conditions de prise en charge en SSPI sont conformes. L'évaluation de la douleur, la surveillance et les prescriptions postopératoires sont tracées dans le dossier au format papier. La sortie de SSPI est validée par le médecin anesthésiste et tracée dans le dossier. La continuité de la prise en charge vers le secteur d'hospitalisation, y compris l'unité d'ambulatoire, est assurée. La sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire est validée par le praticien référent du patient avec remise d'un bulletin de sortie et des documents relatifs à son intervention (consignes et CRO). Le suivi du patient après sa sortie est assuré (appel du lendemain) selon le type d'intervention et tracé dans le dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe à l'échelle du GHNE un suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire à intervalles réguliers (Quick-audits mensuels sur le chariot d'urgence, fiches d'ouverture des salles opératoires, bracelet d'identification, évaluation de la douleur...) et de façon occasionnelle (audit "zéro bijou", patients traceurs en chirurgie viscérale, ORL et en ambulatoire en 2017). Une EPP sur la check list du bloc opératoire a été effectuée sur Longjumeau ; une autre est en cours en UCA sur l'évaluation de la douleur à J1 et J5 en chirurgie viscérale ; enfin des audits croisés entre les deux unités de chirurgie ambulatoire du GHNE ont eu lieu dans le cadre d'une visite virtuelle de préparation à la certification. L'établissement observe un suivi régulier d'indicateurs nationaux sur la thématique (tenue du dossier anesthésique, évaluation de la douleur en SSPI et sa traçabilité, présence du CRO dans le dossier patient).

A / AGIR

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

L'établissement a fait évoluer son plan d'action de la qualité et de la sécurité des soins au BO et en UCA en fonction des résultats des évaluations avec des nouvelles actions d'amélioration retenues (interface concernant la prescription sur dossier papier anesthésique-dossier informatisé en chirurgie sur Longjumeau). La stratégie de communication sur les résultats auprès des personnels est effective dans les unités d'UCA (réunions du matin) et en développement au BO (point qualité au conseil de bloc, affichage, publication institutionnelle "Kali'ne").

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'établissement n'a pas organisé un pilotage unique des activités opératoires. Chaque site dispose de sa propre organisation, de son propre pilotage, de son propre conseil de bloc, de sa propre charte.	26a
D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la maîtrise du risque infectieux. La vétusté du bloc 1 du site de Longjumeau, ne permet pas toujours un bio nettoyage adapté. Les experts-visiteurs ont constaté des trous dans le sol de certaines salles de ce bloc 1. Par ailleurs, sur ce site, il a été constaté, malgré la configuration des locaux, conduits à des croisements propres sales notamment concernant les tenues de bloc (vestiaires) et l'élimination des déchets (absence de circulation dédiée).	26a

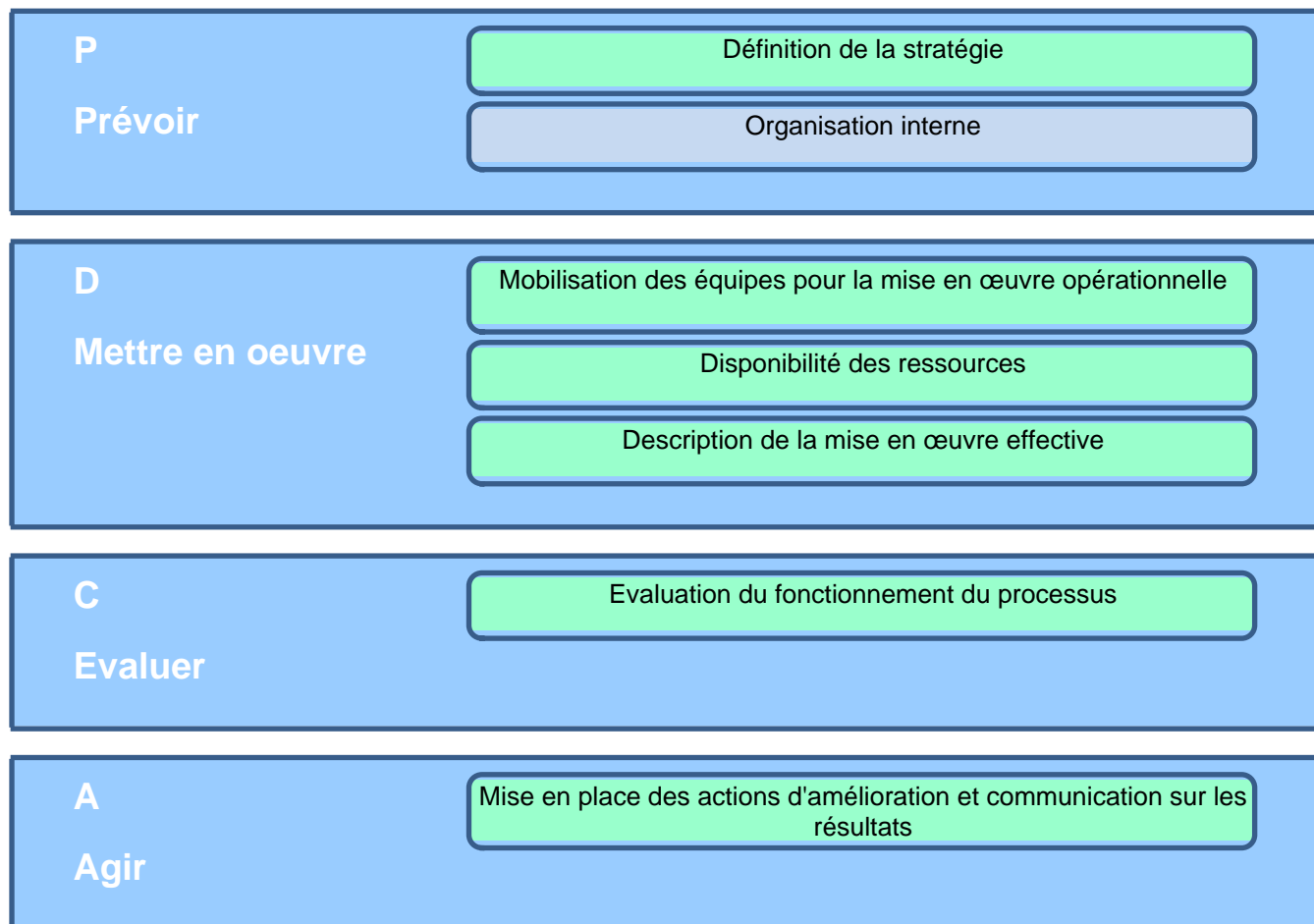
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

Les actes d'imagerie interventionnelle au GHNE regroupent :

- les actes réalisés au bloc opératoire à Longjumeau et Orsay, sous amplificateur de brillance, pour l'anesthésie, la chirurgie viscérale, l'urologie, l'orthopédie.
- les actes réalisés en Imagerie (drainage percutané, biopsie percutané et actes assimilés).

Ces actes sont globalement de niveau 1 et 2 sur le risque hygiène et peu radiogènes. L'établissement ne pratique pas de cardiologie interventionnelle.

Le service d'Imagerie Médicale du GHNE a défini sa politique qualité. Pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés, les 3 sites ont mis en place un système qualité commun, conforme au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale de la HAS et aux exigences des normes et textes législatifs en vigueur. Le manuel de management de la qualité est en cours de finalisation. L'identification des risques a été réalisée à partir d'une cartographie de l'ensemble des processus interventionnels et supports en imagerie interventionnelle. Les risques potentiels en fonction de leur nature, de leur fréquence et de leur gravité, et tout particulièrement le risque radiologique vis-à-vis de la dosimétrie patient et le risque professionnel, ont été hiérarchisés et priorisés. 5 risques ont été retenus dans le Compte Qualité. L'établissement a fait l'objet de visites de l'Agence de Sûreté Nucléaire (ASN) sur les 3 sites. Un plan d'actions d'amélioration est mis en œuvre afin de correspondre notamment aux attendus respectivement formulés lors des inspections.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus relatif à l'imagerie interventionnelle. Les responsables ont été désignés. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche mission. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des services. Une cellule de radioprotection est en place. Les missions des 3 Personnes Compétente en Radioprotection (1 PCR par site) sont déclinées selon le code du travail (évaluation des risques, contrôles, surveillance dosimétrique, formation/communication, déclaration/autorisation, situation anormale). Le Plan d'Organisation de la Radioprotection des Travailleurs du GHNE a été révisé en septembre 2017. Il précise les différents secteurs réalisant des actes de radiologie interventionnelle, les circuits de prise en charge. Il décrit également les moyens humains, les responsabilités, les missions des professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs, ainsi que les postes fonctionnels déterminés pour chaque activité. Le Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM) du GHNE est à jour. Le plan de formation institutionnel reprend les actions de formations des professionnels d'imagerie interventionnelle, notamment relatives à la radioprotection des patients et des professionnels. Des plans de maintenance préventive et curative des équipements et des locaux sont établis. Un registre de sécurité maintenance est tenu à jour. Une gestion documentaire spécifique a été mise en place en Imagerie pour l'accès aux processus, protocoles, procédures et modes opératoires formalisés. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité : cliniques, médico-techniques (Biomédical, EOH, Pharmacie), logistiques (transports, déchets), administratifs (médecine du travail notamment pour les visites médicales renforcées, DRH, DAM). Une fiche de liaison est mise en place dans l'objectif de contractualiser les relations entre le service d'imagerie médicale, les services de soins, les consultants externes. Une Fédération d'Imagerie est signée entre le GHNE et le CH Sainte Anne.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur d'imagerie sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres d'imagerie et de bloc sensibilisent l'ensemble des professionnels concernés, médecins, manipulateurs en électroradiologie médicale, professionnels du bloc opératoire sur les risques identifiés. Le système qualité documenté permettant d'assurer la continuité et la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité/sécurité auprès des professionnels et des usagers. Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus global au niveau des réunions du bureau de pôle, des réunions de pôle et des réunions de service. L'encadrement et les Personnes compétentes en Radioprotection (PCR) veillent à la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, tant au niveau réglementaire, qu'au niveau des guides de bonnes pratiques. Ils s'appuient sur des audits de pratique, les inspections de l'ASN, les résultats des indicateurs et l'analyse des événements indésirables.

Les professionnels sont associés à la mise en oeuvre opérationnelle, sont mobilisés dans des EPP, participent à des groupes de travail, à la gestion des risques a priori. Suite à la déclaration d'un événement indésirable ou sentinelle, une analyse des causes est réalisée en équipe selon la nature de l'événement. Des actions correctives sont mises en place, le cas échéant. L'identitovigilance a fait l'objet d'un travail spécifique en juin 2017.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels bénéficient de formation en radioprotection et d'un suivi médical spécifique. Les nouveaux arrivés sont encadrés. Le maintien des compétences est assuré. Des études de poste des chirurgiens au bloc, décrivant les bonnes pratiques à appliquer ont été réalisées. L'établissement dispose de matériels permettant d'assurer la réalisation des examens demandés dans les meilleures conditions (tant pour le patient que pour les professionnels). Les ressources matérielles pour la radioprotection et pour la réalisation des actes de radiologie interventionnelle sont disponibles en nombre et en qualité au Bloc ainsi qu'en Imagerie (amplificateurs de brillance, tabliers de plomb, cache-thyroïdes, dosimètres passifs et opérationnels, bagues, lunettes plombées). Le zonage est identifié. Une GMAO permet d'assurer le plan de suivi des contrôles et la maintenance. En "Imagerie", les procédures sont actualisées et accessibles sur un serveur commun disponible sur les 3 sites (par exemple, procédure sur la gestion des risques radiologiques, prise en charge de la patiente enceinte ou susceptible de l'être dans un service d'Imagerie, permanence GHNE de la surveillance en radioprotection). Une fiche de déclaration des dysfonctionnements en Imagerie est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement de l'activité d'imagerie interventionnelle. La traçabilité des actions et des activités réalisées est assurée dans le dossier du patient. La check-list "sécurité du patient en radiologie interventionnelle" est en place en Imagerie. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est appliquée au bloc opératoire. Le port des équipements de protection individuelle (EPI) est effectif. La traçabilité des dosimétries de chaque professionnel concerné fait l'objet d'un suivi par les PCR. Le zonage a été réalisé conformément à la réglementation, et toutes les salles sont signalées par le logo ad hoc. La signalisation par voyant lumineux est en cours de réalisation au bloc de Longjumeau. Le bionettoyage des matériels est assuré par les professionnels dédiés. Des documents d'information sont mis à disposition du patient : fiche de liaison portant sur la préparation et sur la surveillance post-acte, fiches informatives (ponction biopsie sous scanner, cytoponction de la thyroïde, ...), recherche et traçabilité du consentement éclairé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du processus sur la base d'outils identifiés. Des tableaux de bord de suivi du processus sont mis en oeuvre, avec des indicateurs de suivi à disposition des pilotes de la thématique de l'imagerie interventionnelle et des PCR. L'établissement recueille les indicateurs IQSS, suit les délais de compte rendu validé. Un auto-diagnostic (ANAP) a été réalisé en 2016.

Des EPP sont menées :

- optimisation de la dose patient,
- identitovigilance,
- conformité de remplissage des prescriptions médicales.
- traçabilité dans le dossier du patient d'une demande de geste d'imagerie interventionnelle suite à RCP,

La gestion des événements significatifs en imagerie médicale permet d'assurer leur déclaration à l'ASN. L'établissement suit et centralise les contrôles qualité réalisés. Des registres de recensement et d'analyse de l'ensemble des événements de radioprotection sont exploités. L'imagerie exploite un questionnaire spécifique de satisfaction des patients. Un bilan annuel de la radiovigilance du GHNE est réalisé, ainsi que le programme de l'année suivante.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité du service d'imagerie médicale. Il prend en compte les remarques formulées lors des contrôles externes, des inspections de l'ASN et des évaluations conduites en interne (ANAP par exemple). Les actions et les évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, lors des réunions d'équipe et de

pôle, dans le journal interne de l'hôpital et à destination des usagers (site internet, affichage).

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

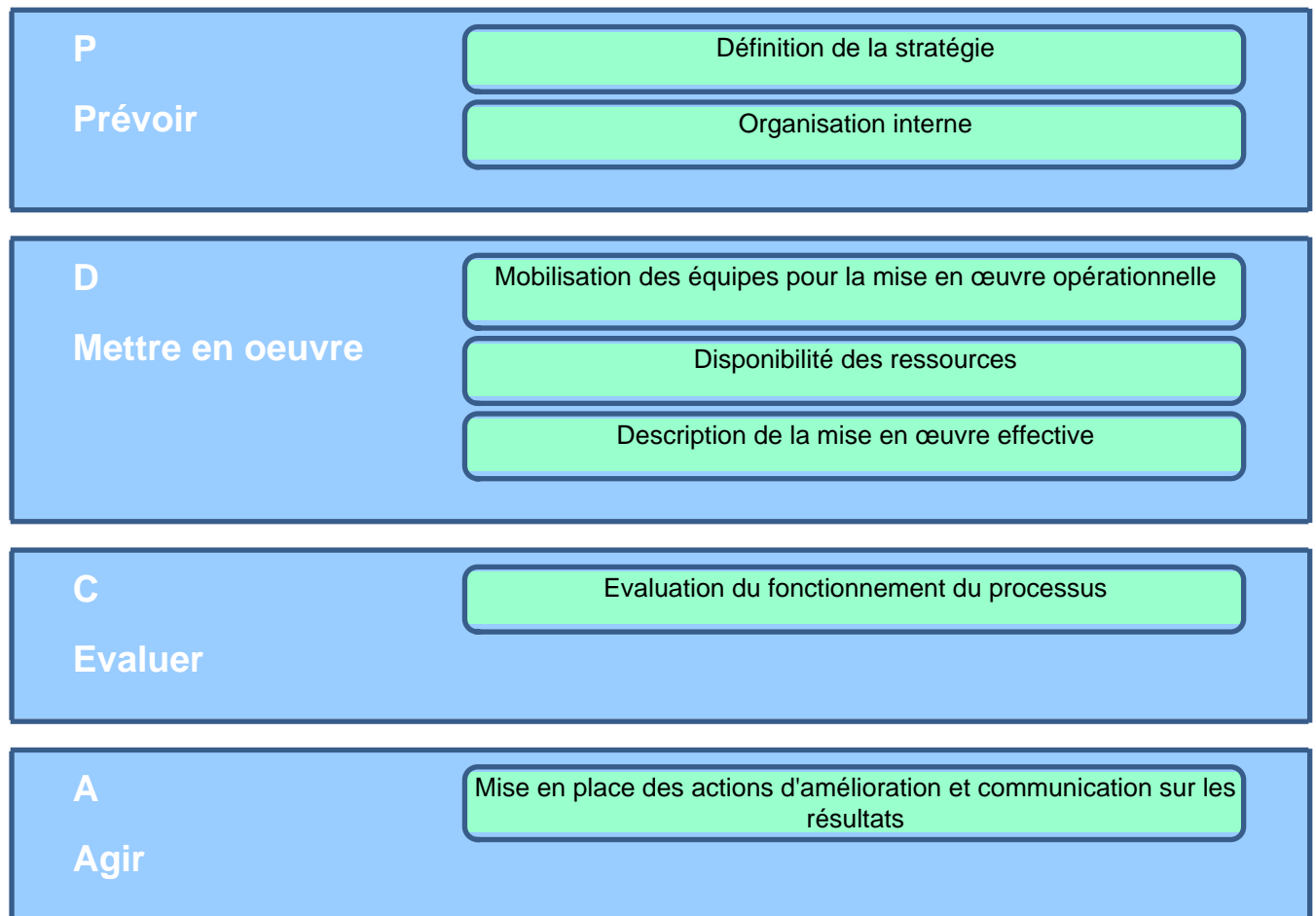
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie est déclinée sur les trois sites :

- sur Longjumeau, au bloc opératoire pour les endoscopies digestives sous anesthésie générale, dans l'unité d'endoscopie située dans le service de consultation pour les endoscopies digestives, urologiques et bronchiques (site unique de traitement des endoscopes) et en réanimation pour les endoscopies bronchiques (endoscopes à usage unique).
- sur Orsay, au bloc opératoire pour les endoscopies sous AG, en consultation pour les endoscopies digestives, ORL et ETO (site de traitement des endoscopes) et en réanimation pour les endoscopies bronchiques (traitement sur place des endoscopes).
- sur Juvisy, dans le secteur d'endoscopie, à proximité de l'unité d'HDJ, site de traitement des endoscopes.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en endoscopie avec les professionnels concernés en distinguant les risques selon les sites, suivant la méthode de la cartographie ; des réunions pluridisciplinaires (gastro-entérologues, anesthésistes, infirmières) ont eu lieu avec analyse des FEI et points qualités aux réunions de pôle ABC. Les risques sont hiérarchisés et permettent de définir des priorités d'amélioration; une stratégie commune est en cours d'élaboration (plan d'action de 2014-2015).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus sur les site d'Orsay et de Longjumeau. Cependant, l'organisation du pilotage est partiellement définie à l'échelle du GHNE. En effet, aucun membre représentant le site d'endoscopie de Juvisy ne siège parmi les pilotes de la thématique. Les ressources humaines sur chaque site permettent d'assurer la prise en charge des patients pour la réalisation de l'acte et le nettoyage et la désinfection des endoscopes. Sur Longjumeau il existe une IDE référente par spécialité réalisée ; sur Orsay, il existe des IBODE formées référentes en endoscopie digestive. Sur le plateau de consultation du CH d'Orsay, il y a également une IDE référente en endoscopie. Les documents concernant les programmes d'endoscopie, les plannings des personnels ou les listes de gardes et astreintes sont diffusés aux professionnels. La formalisation des procédures concernant la prise en charge des patients et la gestion des endoscopes, issus de documents validés et actualisés, a fait l'objet d'un travail pluri professionnel. La Check-List sécurité en endoscopie existe. Le risque ATNC fait l'objet d'une procédure. L'organisation des locaux et des circuits se fait en lien avec l'EOH. Il existe un dispositif d'entretien et de maintenance curative et préventive, ainsi qu'un plan d'investissement en matériel. La gestion des interfaces est organisée, particulièrement avec l'EOH, le service biomédical, le bloc opératoire, le secteur ambulatoire et les autres secteurs d'hospitalisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La communication sur la politique de management de la qualité et de la sécurité en endoscopie, le suivi des plans d'action, l'utilisation de la check-list sécurité et les résultats des taux de prélèvements bactériens est opérationnelle. Cependant, l'implication des équipes dans les actions d'amélioration est partielle ; en effet, les procédures de gestion de l'endoscope (séquestration) en cas de suspicion de contamination par ATNC ne sont pas connues des personnels des sites d'Orsay et Longjumeau.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels en poste dans les différents secteurs d'endoscopie sont en nombre suffisant; ils sont formés à la prise en charge des patients et au nettoyage et à la désinfection des endoscopes. Ils disposent, via le DPI, des informations nécessaires concernant le patient. Ils ont accès aux procédures et autres documents nécessaires. Chaque secteur est équipé de postes informatiques en nombre. L'approvisionnement en matériel (endoscopes, nettoyage-désinfection, consommables, DM...) est assuré et permet de répondre à l'activité programmée et non programmée. Les locaux des différents secteurs concernés (endoscopie digestive, bloc général et réanimation) sont adaptés et opérationnels pour la réalisation des gestes et la maintenance/stockage des endoscopes (ventilation efficace).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble du programme d'endoscopie digestive sous AG est géré en amont lors de la pré admission par le logiciel de programmation du BO. Le circuit des endoscopes est formalisé dans chaque site et respecte la marche en avant ; il respecte la réglementation et les normes en vigueur. Un document de l'EOH (Assurance qualité en Endoscopie) décrit les modalités de traitement des fibroscopes et les

éléments relatifs aux contrôles microbiologiques des endoscopes; ceux-ci sont réguliers (2 fois par an et à chaque retour de maintenance) et conformes. La procédure dégradée de traitement manuel des endoscopes est affichée dans tous les sites de traitement. Le matériel de protection des professionnels est disponible et opérationnel dans tous les sites d'entretien des endoscopes. Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué. La traçabilité des endoscopes est manuelle ou informatisé selon les sites. La continuité de la prise en charge du patient est assurée et tracée à chaque étape (check list sécurité du patient en endoscopie digestive) avec remise du compte-rendu endoscopique au patient lors de sa sortie. En cas d'endoscopie chez un patient hospitalisé, une fiche de liaison avec le service concerné est renseignée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation est assurée, en lien avec l'EOH, par l'analyse régulière d'indicateurs infectieux (taux de prélèvements bactériologiques positifs). L'analyse des IPAQSS concernant le dossier patient anesthésique et ambulatoire est effective. Un audit endoscopie en 2015, des micro-audits mensuels ainsi que des audits croisés entre le CHL et le CHO sont réalisés. Une RMM a eu lieu sur Longjumeau en commun avec le BO suite à un EIG. Il existe un projet d'EPP sur Orsay sur la création d'une feuille de transmission endoscopiste/anesthésiste concernant le risque infectieux et hémorragique avant une endoscopie digestive. Un projet commun d' EPP sur les deux sites pour 2018 sur la présence des documents réglementaires et/ou sécuritaires dans le dossier patient est formalisé.

A / AGIR

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

La politique de l'établissement en matière de prise en charge du patient en endoscopie est ajustée en fonction des résultats des évaluations: rénovation complète du plateau d'endoscopie à Orsay suite aux recommandations de la visite de certification précédente en 2014. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés (points qualité, réunions de service).

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	L'organisation du pilotage est définie partiellement à l'échelle du GHNE. Aucun membre représentant le site d'endoscopie de Juvisy ne siège parmi les pilotes de la thématique.	26b
D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'implication des équipes dans les actions d'amélioration est partielle; Les procédures de gestion de l'endoscope en cas de suspicion de contamination par ATNC ne sont pas connues des personnels des sites d'Orsay et Longjumeau.	26b

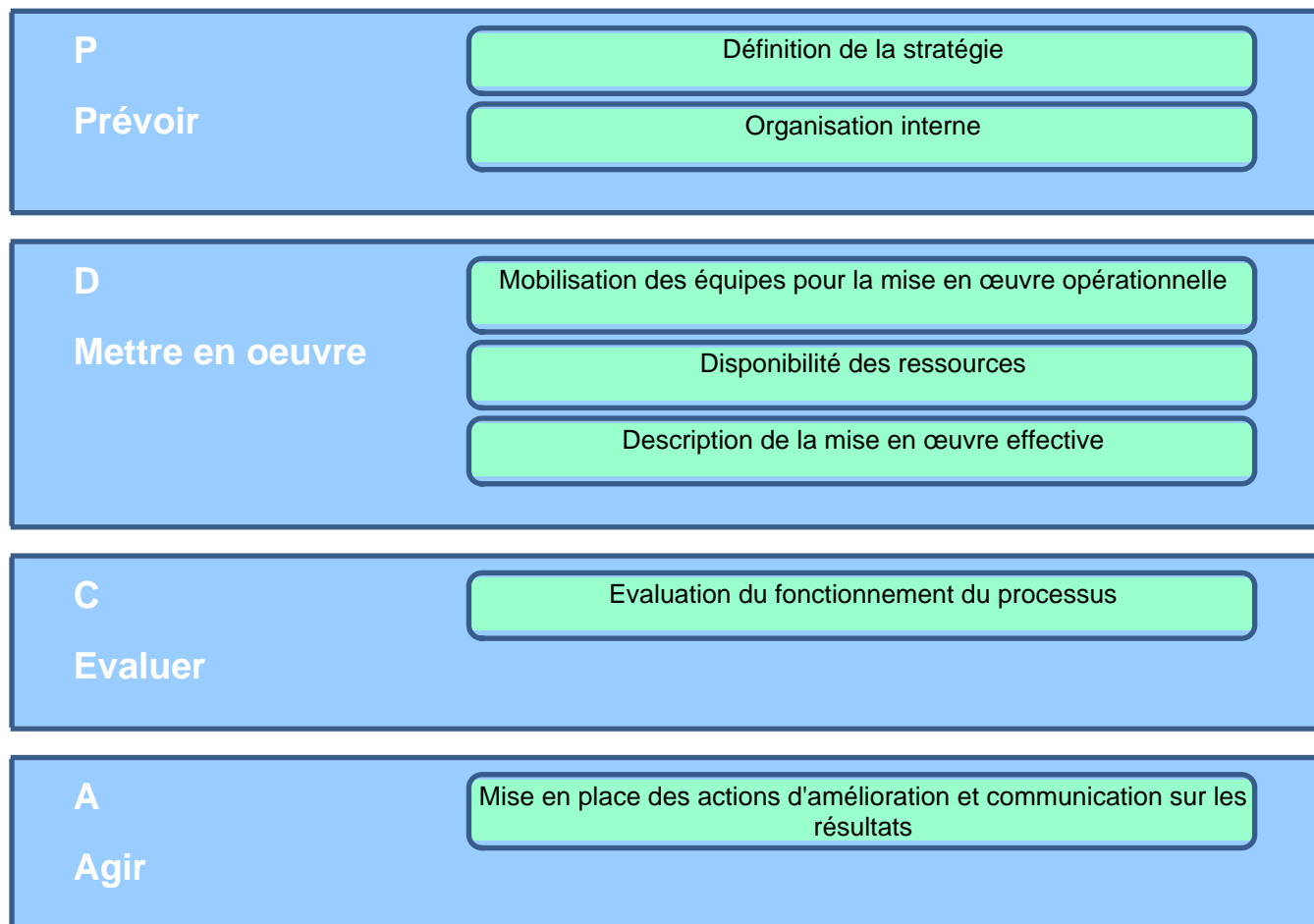
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La salle de naissance du CH2V est située à Longjumeau ; c'est une maternité de niveau 2B avec une activité croissante. Elle est composée de 2 salles de prétravail et de 4 salles d'accouchement, une salle de césarienne située au bloc opératoire et une salle de soins pour les nouveaux nés. La salle de naissance du CHO est située à Orsay; c'est une maternité de niveau 2B avec une activité stable. Elle est composée de 1 salle de prétravail et 3 salles d'accouchement, une salle de césarienne située au bloc opératoire et une salle de soins pour les nouveaux nés.

Les orientations stratégiques sont définies dans le projet médical partagé 2017 validé par les instances. Elles prennent en compte le niveau de risque materno-foetal et le développement coordonné de l'obstétrique entre les 2 sites du fait de la fusion au 1/1/2018 ; les axes stratégiques sont définis dans le projet de soins et concernent les droits, le management, la qualité, la coordination et continuité des soins. L'analyse préliminaire des risques a été élaborée conjointement avec le service Qualité sur la base de l'étude des IQSS, de l'analyse des EI, des diverses évaluations et Patients traceurs, et de l'audit de la Sham (2015 et 2017). Les professionnels y ont participé au cours d'une quinzaine de réunions. Les risques priorités ont permis la mise en place d'actions correctrices regroupées dans le PAQSS et intégrées dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place un management opérationnel constitué par le chef de pôle, la SF coordinatrice de pôle, et le chef de service de la maternité du CHO. Leurs missions sont définies dans des fiches de poste. Les modalités d'accueil et de prise en charge sont définies dans les chartes de fonctionnement de bloc obstétrical et dans les règlements intérieurs de façon à accueillir les patientes 24h/24 sur les 2 sites. Le secrétariat est organisé pour améliorer l'inscription des patientes pour leurs consultations et prises de rendez vous. Le circuit de la césarienne programmée est défini. La réanimation néo-natale et les services de soins intensifs sont organisés pour assurer une prise en charge optimale. Les ressources humaines sont prévues pour assurer le fonctionnement du secteur sur les 2 sites. Le plan de formation prévoit les formations institutionnelles et les formations adaptées au secteur. Les nouveaux arrivants bénéficient de programme de journées d'accueil, ainsi que de documents d'intégration et de fiches de synthèse adaptées à leur poste (SF en maternité, AS/AP en maternité, IDE/Puer en néonatalogie). Les procédures, modes opératoires et protocoles sont prévus sur la base informatique, mais aussi sur des classeurs papiers régulièrement mis à jour. La procédure césarienne code rouge existe sur les 2 sites. Les ressources matérielles sont prévues et adaptées au fonctionnement du niveau 2B : centrale de surveillance de l'ERCF sur le site de Longjumeau, tables de réanimation et couveuses de transfert. La maintenance curative est assurée par l'ingénieur biomédical prévenu par alerte sur le logiciel ou appel téléphonique en cas d'urgence. Les interfaces avec le bloc opératoire, le laboratoire de radiologie sont structurés. La gestion du risque infectieux est organisée avec l'EOH. Le bionettoyage des salles est externalisé sur et les procédures existent. Le circuit du linge et des déchets est organisé. Des dispositions ne sont pas prises pour assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. L'accueil des urgences gynéco-obstétricales est défini dans la charte de bloc obstétrical. Il est assuré par une aide soignante sur le CH de Longjumeau ; celle ci installe la patiente et après avoir posé quelques questions pour identifier le degré d'urgence, va chercher le dossier et doit prévenir la sage femme de garde ou l'interne. Cependant, elle n'a pas reçu de formation adaptée à la reconnaissance des urgences, ce qui peut représenter un risque pour la patiente. Les conventions avec les niveau 3 de Clamart, Bicêtre et le Centre Hospitalier Sud Francilien sont établies, ainsi qu'avec le PRADO et l'HAD. La maternité appartient au réseau de périnatalité Périnatif Sud et à celui de Clamart.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est forte avec déclinaison de la démarche qualité auprès des professionnels par l'encadrement au cours des staffs quotidiens et des réunions de service (1/trimestre). Ils s'assurent de la conformité des bonnes pratiques. Des référents sont identifiés (hygiène identitovigilance). Les professionnels connaissent les indicateurs et ont participé à l'élaboration de la cartographie des risques. Ils connaissent la déclaration des EI et participent aux CREX. Ils ont participé à l'élaboration des plans d'action et à leur réévaluation. Les EPP bénéficient d'une politique de déploiement

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées en nombre et en compétence au fonctionnement du secteur de la

salle de naissance sur les 2 sites, notamment en cas de grossesses à haut risque obstétrical, foetal ou maternel. Les tableaux de garde et d'astreinte des professionnels impliqués sont affichés en salle de naissance. Les numéros de la cellule de transfert, ainsi que celui du service d'embolisation utérine de garde sont accessibles. Un dépôt de sang et de PSL est disponible sur les 2 sites. La gestion documentaire est partiellement sur le logiciel documentaire mis en oeuvre récemment et en cours d'élaboration. Les procédures et protocoles sont disponibles sur des classeurs papiers révisés et mis à jour régulièrement. Les locaux et le matériel mis à disposition sont adaptés au niveau de risque materno-foetal : salle de césarienne contiguë et surveillance en SSPI, centrale de surveillance du RCF, appareil de mesure du ph et des lactates, tables de réanimation équipées. Les chariots d'urgence sont disponibles dans les salles de naissance avec les procédures affichées. Un kit embolie amniotique a été mis en place avec une procédure de prise en charge. Des boites de matériel pour favoriser la prise en charge de l'HPP sont disponibles sur les 2 sites. Les médicaments nécessaires au fonctionnement sont à disposition dans les armoires sécurisées et dans un réfrigérateur situé en salle de réanimation néo-natale. Les informations sur les AES sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patientes se présentant pour un accouchement est assurée à toutes les étapes sur les 2 sites conformément aux bonnes pratiques depuis l'accueil, surveillance du prétravail et de l'accouchement, surveillance du nouveau né et du post partum. Dans le Bloc obstétrical, la marche en avant est respectée. Un staff quotidien permet la bonne transmission des informations sur les dossiers. La surveillance du travail et du post partum immédiat est assurée sur le partogramme. L'intimité des patientes est respectée et l'accueil du père favorisé. Les dossiers de suivi de grossesse permettent l'accès aux informations; ils sont situés dans des locaux sécurisés. La prise en charge des urgences obstétricales est effective : procédure et protocole code rouge, appels d'urgence par un numéro spécifique identifié par le standard, transfert au BO facilité par la proximité immédiate des salles de césarienne sur les 2 sites, surveillance en SSPI. En cas d'urgence hémorragique, la transfusion sanguine et l'embolisation utérine sont assurées. Une boîte contenant le matériel nécessaire est situé dans le couloir de la salle de naissance; la traçabilité de sa surveillance est assurée. Les bonnes pratiques incluent la gestion du risque infectieux et de la prise en charge médicamenteuse, notamment les prescriptions autorisées des sages femmes. Le secteur utilise du matériel à usage unique dont la traçabilité est assurée sur le dossier de la patiente sur la feuille de matériovigilance. Le lien mère-enfant est favorisé et la prise en charge du nouveau-né conforme aux bonnes pratiques. Le dossier nouveau né permet la transmission des informations au service de maternité ou en Unité de soins continus. Le bio nettoyage du bloc obstétrical est externalisé depuis peu et tracé. La traçabilité des ouvertures de salle, de nettoyage de salle après chaque accouchement, de vérification des chariots d'urgence adulte et nouveau né est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur suit de nombreux indicateurs quantitatifs conjointement avec le réseau de périnatalité ainsi que des indicateurs qualitatifs. Des quicks audits permettent l'évaluation régulière de la traçabilité du port du bracelet, de l'évaluation de la douleur, du chariot d'urgence et du dossier patient notamment. La prise en charge médicamenteuse a été évaluée sur le site d'Orsay en néonatalogie. Des EPP/audits sont en cours : l'Anesthésie péridurale, les pertes sanguines au cours de l'accouchement par voie basse, le partogramme et le PH au cordon. Le délai d'extraction de la césarienne code rouge est suivi en continu. 6 patients traceurs ont été effectués sur le pôle en 2016 et 2017. Les EIG sont systématiquement analysés en RMM/CREX/REMEDI. Les plaintes et réclamations sont suivies conjointement avec la CDU (74 en 2016). Un questionnaire de satisfaction est analysé régulièrement conjointement avec le service qualité.

A / AGIR

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

De très nombreux plans d'action sont mis en place suite aux nombreuses évaluations et sont retrouvés dans le PAQSS avec pilote et échéancier. Le contrat de pôle prévoit les actions d'amélioration. Les indications de césarienne sont discutées et analysées quotidiennement en staff médical. La formation continue obligatoire est respectée. La prise en compte du résultat des IQSS sur l'HPP a permis la mise en place d'actions ciblées, telles que la révision du partogramme pour faciliter la traçabilité, la mise en place d'une boîte HPP sur les 2 sites, de la feuille de surveillance d'hémorragie de la délivrance, l'affichage des protocoles en salle de naissance. Les plans d'action ciblent l'harmonisation des pratiques entre les 2 sites dans le cadre de la fusion : dossier informatisé commun, fiches de liaison pour les transferts, procédures communes, uniformisation des pratiques. Le projet médical partagé 2024 inscrit un projet sur la réorganisation des maternités des 2 établissements dans le futur hôpital de Saclay.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
P / Organisation interne	PS	<p>Des dispositions ne sont pas prises pour assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence</p> <p>L'accueil des urgences gynéco-obstétricales est défini dans la charte de bloc obstétrical. Il est assuré par une aide soignante sur le CH de Longjumeau ; celle ci installe la patiente et après avoir posé quelques questions pour identifier le degré d'urgence, va chercher le dossier et doit prévenir la sage femme de garde ou l'interne. Cependant, elle n'a pas reçu de formation adaptée à la reconnaissance des urgences, ce qui peut représenter un risque pour la patiente.</p>	26b

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Qualité de vie au travail	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement ne réalise pas régulièrement la satisfaction des professionnels. La dernière enquête date de 2015 sur le site d'Orsay uniquement ; une autre est prévue en mai 2018 sur les trois sites.	3d
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	La coordination et la cohérence entre les composantes qualité et gestion des risques n'existent pas toujours. Sur plusieurs thématiques, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé la cohérence entre objectifs politiques, PAQSS, IQSS et compte-qualité ; c'est ainsi que certains IQSS dont les résultats sont à améliorer ne se retrouvent pas dans le PAQSS et que certaines actions jugées prioritaires dans le PAQSS ne se retrouvent pas dans le compte-qualité.	1e
	P / Organisation interne	PS	La gestion documentaire n'est pas organisée. L'établissement a entrepris l'informatisation de sa gestion documentaire. Au moment de la visite, il existe des classeurs qualité/risques dans les services, non uniformes, certains ne contenant que des documents non encore mis en version électronique, d'autres non, certains documents sont anciens sans certitude sur l'actualité de la version des dits document, même si les cadres de proximité sont attentifs à l'utilisation de ces documents papier. L'établissement n'a pas identifié les risques liés à cette période intermédiaire entre la version papier et la version informatisée.	5c
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	NC	La déclinaison de la politique qualité/gestion des risques et ces objectifs ne se retrouvent pas toujours dans les services. Si l'établissement est organisé en pôles d'activité, certains pôles sont les relais de la politique institutionnelle et développent des actions spécifiques ; d'autres pôles sont moins actifs et ne constituent pas le relai de diffusion de la politique et de la stratégie institutionnelles. De fait, la connaissance, par les équipes, de la politique et des actions mis en œuvre, est partielle. Il a été constaté, lors des rencontres avec les professionnels, que leur appropriation des enjeux, de la politique, des actions qualité/gestion des risques (de l'établissement, ou leur site, ou de leur service) et des IQSS était très inégale d'un service à l'autre et d'un pôle à l'autre.	1e
Gestion du risque infectieux	D / Disponibilité des ressources	PS	Les structuration des locaux ne permet pas toujours d'assurer l'hygiène de ceux-ci. Les experts-visiteurs ont constaté des locaux à déchets non fermés et des armoires à linge non fermées.	7d

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	<p>Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'équipe multi site d'hygiène.</p> <p>Au centre hospitalier de LONGJUMEAU et JUVISY, le partage d'information pour la communication des résultats de bactériologie est l'utilisation de la boîte mail commune entre le laboratoire, les services de soins et l'EMH. Toute suspicion ou résultat confirmé de BHRé nécessitant des mesures particulières renforcées dans les services est directement téléphonée au médecin hygiéniste ou à un membre de l'EMH en son absence. Ces informations ne sont pas toujours communiquées en temps utiles. Ce manque d'alerte immédiate ne permet pas de prendre en charge (isolation et mise en place des précautions complémentaires) dans un délai rapide ; la maîtrise du risque infectieux sur ces patients et pour les autres n'est pas assurée en temps réel. Ce risque n'est pas identifié par l'établissement, cependant une réflexion de la responsable du laboratoire est en cours avec une prévision de changement de logiciel. Au centre hospitalier de LONGJUMEAU (service d'orthopédie etUSIC) et au centre hospitalier d'ORSAY (service de pneumologie), le nettoyage des bassins des patients n'est pas conforme. En effet, le nettoyage des bassins des patients est manuel ; le nettoyage se fait dans la salle de bain des patients au moyen d'une douchette. Ce dysfonctionnement est dû au manque de couvercles pour les bassins au CH de LONGJUMEAU et à la panne du lave-bassin au CH d'ORSAY. L'utilisation des douchettes pour le nettoyage des bassins augmente le risque infectieux pour le patient ; le risque de transmission croisée des germes est accrue par la dissémination du pathogène dans l'environnement et sur le professionnel par éclaboussures. Un recensement des moyens en équipement dont les couvercles de bassin a été réalisé en septembre 2016 par le cadre hygiéniste .Le retour de cette évaluation n'a pas été réalisé, les actions d'amélioration n'ont pas pu être mises en place. La procédure de gestion des excréta est formalisée, validée par le médecin hygiéniste en octobre 2016, elle précise l'interdiction de l'utilisation de la douchette dans les chambres des patients ; cette procédure est diffusée, accessible, mais elle n'est pas connue de tous les professionnels (cadre d'orthopédie, de chirurgie ambulatoire).</p>	8g
		NC	<p>La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure n'est pas systématiquement tracée.</p> <p>Cela concerne le centre hospitalier de 2 vallées et centre hospitalier d'ORSAY. Ce dysfonctionnement est en lien avec les effectifs médicaux et les fonctionnalités du Dossier Patient Informatisé qui ne permettent pas un suivi optimal des réévaluations à 72h de l'ensemble des prescriptions antibiotiques. Seule la réévaluation des antibiotiques à prescription restreinte est réalisable. L'établissement a identifié ce risque, une réflexion institutionnelle est en cours. La procédure sur les modalités de prescriptions et de suivi des antibiotiques au sein du Centre Hospitalier des 2 Vallées est en cours de révision pour intégration du Groupement Hospitalier Nord Essonne.</p>	8g

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Droits des patients	D / Disponibilité des ressources	NC	<p>Les ressources matérielles en locaux ne sont pas toujours adaptées pour assurer le respect des droits des patients, tant au niveau de la dignité, de l'intimité du patient que de la confidentialité des informations relatives à sa prise en charge.</p> <p>Aux urgences de Juvisy, les box de soins et les 2 chambres étiquetées UHCD donnent sur un couloir central unique où circulent les professionnels, les patients et l'entourage. Les soins sont parfois dispensés sans préserver l'intimité et la dignité du patient. Les portes extensibles en PVC, même fermées, ne permettent pas d'assurer la confidentialité des échanges entre le patient et les professionnels. De même, à l'UCA de Longjumeau et à l'UMCA d'Orsay, il n'y a pas de local permettant de recevoir individuellement les patients et d'assurer ainsi la confidentialité des informations délivrées sur leurs pathologies ou traitements. D'autre part, au niveau des 2 services de SSR de Longjumeau, la salle de bains commune notamment, est vétuste et ne permet pas des conditions d'utilisation respectant l'intimité et la dignité du patient.</p>	10b
Parcours du patient	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>L'expression des patients n'est pas toujours favorisée pour le choix alimentaire et le respect du régime souhaité.</p> <p>Au cours des analyses des patients traceurs 5, 9 et 10, les patients ont exprimé leur mécontentement quant au respect de leurs aversions, au manque de proposition de suppléance, à la prise en compte des exclusions alimentaires liées aux convictions religieuses.</p>	6c
Dossier patient	P / Organisation interne	NC	<p>Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, ne sont pas définis selon la réglementation.</p> <p>Lors de la saisie d'identité des noms, le nom de naissance est le nom obligatoire, le nom d'usage n'étant rempli que s'il existe et qu'il est différent du nom de naissance. Cela a entraîné une modification du progiciel maître de l'identité dans l'établissement. Il n'a pas été retrouvé de procédure auprès des agents, et elle n'est pas connue des agents, de gestion de l'identité précisant toutes les règles, dont les modifications sur les prénoms composés sur les papiers d'identité, ou les règles de création (accent ou pas, apostrophe...). Sur les étiquettes, il est à noter que l'ordre n'est pas celui préconisé, en effet le premier doit être le nom de naissance, seul invariant des noms. Aucun risque n'a été retrouvé sur cette thématique, ni d'action menée de façon clairement identifiée. Le risque peut se présenter en cas d'homonymie.</p>	14a
		PS	<p>Il n'est pas retrouvé de procédures ou règles définissant l'accès aux archives en dehors de la période de présence des archivistes.</p> <p>Il y a déjà eu des accès ayant nécessité de forcer la porte sur le site de Longjumeau. Les archives sur Orsay sont sur un site distant de celui des urgences. Le risque est de ne pas avoir le dossier papier en temps utiles pour une bonne prise en charge du patient (antécédent, allergie...), d'autant plus que l'informatisation est progressive et non terminée nécessitant l'accès au dossier papier. Le risque est retrouvé dans les EI, il n'y a pas eu d'actions de</p>	14a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			menées.	
		PS	Les organisations visant à disposer du dossier patient ne sont pas toutes prévues. En cas d'arrêt informatique long, la procédure décrivant les règles de passage en papier, ainsi que les localisations de ces documents vierges ne sont pas disponibles au personnel de l'ES. Celle-ci ayant été rédigé durant la visite n'étant pas validée. Le classement sur le site de Longjumeau ne permet pas, sans informatique, de retrouver un dossier. Le risque est connu, identifié et une modification du système est prévu, mais non mis en place. Il y a donc un risque pour le patient si le dossier n'est pas disponible.	14a
		NC	Les règles de tenue du dossier ne sont pas toutes définies. Si les règles de tenues de dossiers sont présentes sur le site de Juvisy, elles n'existent que sous la forme d'un document de travail non validé pour les 2 autres sites. Cela entraîne une information plus difficile à retrouver, surtout en cas d'urgence. Le risque est connu, mais l'informatisation croissante ne l'a pas rendu prioritaire. De plus, il n'a pas été retrouvé de formation ou information sur les règles de tenues du dossier papier, nouvel arrivant compris. Ni pour celles d'accès au dossier en dehors des heures d'ouverture des archives. Le risque est un retard à l'accès au dossier ou un mauvais rangement. Ce risque n'a pas été identifié de façon spécifique.	14a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'accès du patient à son dossier n'est pas assuré dans les délais définis par la réglementation. L'accès du patient à son dossier médical, si le séjour date de moins de 5 ans, est en moyenne le double de la durée légale attendu. Il y a eu une légère amélioration avec la création d'un guichet unique responsable, notamment, de relancer les services non répondant. Le risque est identifié, mais il n'y a pas d'action spécifique régulièrement revue.	14b
NC		La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas assurée en temps utile. Le dossier d'hémovigilance existe et est bien unique, mais sur chaque site. Orsay n'étant pas encore fusionné avec le CH2V, il n'a pas légalement d'obligation de regrouper son dossier avec celui du CH2V. Par contre réglementairement Juvisy et Longjumeau doivent avoir un seul dossier papier incluant le dossier d'hémovigilance. Les patients sont régulièrement transférés de Juvisy vers les secteurs chirurgicaux de Longjumeau (cela représente 5% environ de l'activité des urgences). Leurs protocoles transfusionnels éventuels ne sont pas connus lors des actes opératoires. En effet Longjumeau a un dépôt de délivrance de produit sanguin et Juvisy fait appel à l'EFS. Ces deux dépôts ont leur propre informatique et ne communiquent pas. Il y a donc risque en cas de taux d'anticorps sous le seuil de détection de transfusion de globules rouges non adaptés et d'hémolyse et de décès. Ce risque n'était pas connu.	14a	
NC		La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge n'est pas assurée en temps utile.	14a	

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			La communication du dossier avec les correspondants externes n'est pas toujours assurée en temps utile. Le taux de présence des courriers de sorties ou de la lettre de liaison du CH Orsay est légèrement inférieur aux seuils attendus avec une légère amélioration entre les campagnes de 2014 et 2016. Cependant, ceux du CH2V sont sous ces seuils lors de la dernière campagne avec une diminution de ces résultats par rapport à ceux de 2014. Il a été retrouvé quelques actions d'amélioration, sans aucune réalisée à ce jour. Une extraction informatique partielle en 2017 semble montrer une légère amélioration. Les courriers de sorties sont faits en temps utiles en SSR.	
		NC	Les demandes d'analyse arrivant au laboratoires ne sont pas identifiées, datées et signées. La prescription de biologie médicale se fait sur papier. Le personnel préleveur remplit un bon de prélèvement, recopiant la prescription, et seul ce bon va au laboratoire, qui réalise les examens sans prescription médicale. Il y a un risque d'erreur lors de la retranscription, pouvant aller à l'absence d'un résultat qui pourrait modifier de façon importante une prise en charge. Comme l'ont confirmé les PT.	14a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Il n'existe pas de dispositif d'amélioration continue. Les résultats des évaluations ne conduisent pas aux améliorations nécessaires. Les résultats inférieurs aux seuils sont notifiés, on retrouve une information en CDU, mais il n'est pas retrouvé de seuils à obtenir spécifique pour le suivi des actions menées, lorsqu'il y en a. Le risque est l'absence d'amélioration, ce qui a été le cas sur Longjumeau pour les courriers avec un risque de non-information des médicaux ou paramédicaux prenant en charge le patient. L'organisation de la gestion du dossier papier n'est pas ajustée au vu de l'évolution notamment de la fusion progressive des établissements, impactant, par exemple la nécessité d'accès au dossier.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	P / Définition de la stratégie	PS	Des données de référence permettant une prescription conforme pour la personne âgée ne sont pas mises à disposition des professionnels. L'établissement ne dispose pas d'une politique formalisée de juste prescription médicamenteuse du sujet âgé permettant de prendre en compte le risque iatrogénique.	20b
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les règles de gestion des pharmacies en unités de soins ne sont pas respectées. Les armoires à pharmacie de cardiologie, orthopédie du centre hospitalier de LONGJUMEAU, chirurgie viscérale et Unité Médico Chirurgicale Ambulatoire du centre HOSPITALIER d'ORSAY, ne sont pas fermées, les portes des salles de soins sont ouvertes, il peut y avoir un risque pour des patients ayant des troubles cognitifs. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.	20a bis
		NC	Les règles de rangement ne sont pas respectées dans tous les services. Sur le site de LONGJUMEAU, les médicaments à risque ne sont pas identifiés dans toutes les pharmacies des unités notamment en cardiologie et oncologie, la liste de ces médicaments n'est pas connue par les cadres de ces services. Sur le site d'ORSAY, les médicaments à risque sont identifiés par des codes couleur, mais en chirurgie viscérale, on retrouve dans les tiroirs	20a bis

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			des ampoules de chlorure de potassium sans identification distincte à proximité des ampoules de chlorure de sodium. Le risque d'erreur médicamenteuse est important. Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.	
		NC	<p>Les règles de prescription ne sont pas mises en œuvre dans tous les services. En effet, lors du patient traceur en chirurgie viscérale au centre hospitalier de LONGJUMEAU et en UHCD au centre hospitalier d'ORSAY, il a été constaté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en chirurgie viscérale à LONGJUMEAU, la prescription post opératoire anesthésique des 24 premières heures au format papier est recopiée dans le service de chirurgie dans le dossier informatisé par l'interne de garde avec un risque d'erreur de recopiage, afin de permettre la validation de l'administration du traitement par l'infirmière. - en UHCD à ORSAY, la prescription du patient est réalisée sur papier, certaines prescriptions ne sont pas conformes, elles comportent le nom du praticien, mais elle n'a ni signature, ni date, ni voie d'abord. Le risque est une erreur de voie, par exemple, pour les médicaments sédatifs, l'injection IV peut être dangereuse pour le patient par rapport à la voie IM. <p>Ce patient traceur a également permis de être constater que lorsque l'interne prescrit sur le dossier informatisé, il n'est pas identifié.</p>	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	P / Organisation interne	NC	<p>L'organisation ne permet pas la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits en temps réel.</p> <p>Malgré l'informatisation, l'établissement ne dispose pas de la disponibilité des lits en temps réel. En effet, ceci entraîne potentiellement une hausse des temps de présence aux urgences et donc augmente encore le nombre de patients se retrouvant dans des zones communes.</p>	25a
		NC	<p>L'établissement ne prévoit pas toutes les ressources humaines nécessaires à la sécurisation de la prise en charge.</p> <p>Sur le site de Juvisy, la nuit, il peut arriver qu'il n'y ait qu'un trinôme : deux infirmiers et un aide-soignant. Ils doivent alors réaliser les entrées, orientation et l'accueil, la surveillance de la SAUV, des urgences et de l'UHCD. La multiplicité des tâches peut entraîner un défaut de surveillance sur un des 5 secteurs, notamment sur la SAUV en cas de dégradation brutale d'un patient instable. A Orsay, le fonctionnement de l'accueil des parturientes sur le site d'Orsay se fait la nuit par une aide-soignante dans une salle dédiée, lui permettant de faire l'accueil administratif. La sage-femme qui viendra s'occuper d'elle est celle s'occupant également des salles d'accouchement. Elle est seule la nuit pour une maternité d'environ 1400 accouchements. En cas d'accouchement multiple, elle ne pourra examiner en temps utile la patiente, qui peut très bien venir pour une autre raison qu'un problème gestationnel, par exemple un anévrisme abdominal, avec dans ce cas un retard de prise en charge pouvant lui être délétère.</p>	25a
		NC	<p>L'organisation des locaux ne permet pas toujours de respecter l'intimité, la confidentialité et la dignité des patients.</p> <p>Sur le site de Juvisy, l'UHCD n'est pas individualisée par rapport au service des urgences. Elle a été créée par la transformation de box en « chambre »</p>	25a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			sans sanitaire. Il a deux lits déclarés. La surface ne permet pas l'accueil des patients dit couché. Dès qu'il y a plus de deux patients dans l'UHCD, les patients supplémentaires sont vus dans le couloir sans confidentialité. Le risque, outre le respect de l'intimité du patient, est celui d'être obligé de garder des patients dans le couloir des urgences, couloirs étroits vus la surface globale, gênant au passage du personnel entre les patients, et limitant la qualité de la surveillance, pouvant entraîner un retard de pris en charge. Le risque est identifié, des FEI existent, la direction est informée régulièrement en cas de surcapacités par le cadre du service sans modification organisationnelle à ce jour. Les murs ont des trous non entièrement réparés, la salle d'urgence vitale a de très nombreux trous entre les dalles du sol, de couleur très sombre, avec une surface irrégulière. L'entretien est réalisé, mais il est impossible, visuellement, d'en être sûr. La paillasse de préparation de la SAUV est tachée par les produits désinfectants, là aussi rendant l'examen visuel de propreté difficile. De la SAUV, un patient déshabillé pouvait être vu en contrebas faute de brise-vue qui ont été apposés pendant la visite de certification. Aucune évolution des locaux n'est envisagée en prévision de la fermeture programmée en 2022 au plus tard.	
	D / Disponibilité des ressources	PS	La formation des professionnels à l'utilisation du matériel et aux premiers gestes de secours n'est pas toujours assurée. Les formations à l'AFGSU sont à jour sur le Site de Juvisy réalisé en interne. Par contre, elles ne sont plus régulièrement réalisées sur les autres sites, ni suivies. On retrouve d'autres formations sur l'ensemble des sites (par exemple IOA, hypnoalgésie).	18b
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les examens ne sont pas réalisés dans le respect des bonnes pratiques. Sur le site d'Orsay, ils sont demandés par une infirmière, après une information initiale. La mise en place date de plusieurs mois, mais la procédure a été réalisée durant notre passage. Elle concerne l'extrémité des 4 membres. Cette procédure ne rentre pas dans un projet de protocole de coopération AR, et ces actes ne relèvent pas de l'urgence vitale. La procédure ne respecte pas la réglementation. Il y a donc un risque d'irradiation inutile, notamment chez l'enfant.	22b
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	PS	L'établissement n'a pas organisé un pilotage unique des activités opératoires. Chaque site dispose de sa propre organisation, de son propre pilotage, de son propre conseil de bloc, de sa propre charte.	26a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la maîtrise du risque infectieux. La vétusté du bloc 1 du site de Longjumeau, ne permet pas toujours un bio nettoyage adapté. Les experts-visiteurs ont constaté des trous dans le sol de certaines salles de ce bloc 1. Par ailleurs, sur ce site, il a été constaté, malgré la configuration des locaux, conduits à des croisements propres sales notamment concernant les tenues de bloc (vestiaires) et l'élimination des déchets (absence de circulation dédiée).	26a
Management de la prise en charge du patient en	P / Organisation interne	PS	L'organisation du pilotage est définie partiellement à l'échelle du GHNE. Aucun membre représentant le site d'endoscopie de Juvisy ne siège parmi les	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
endoscopie			pilotes de la thématique.	
	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	L'implication des équipes dans les actions d'amélioration est partielle; Les procédures de gestion de l'endoscope en cas de suspicion de contamination par ATNC ne sont pas connues des personnels des sites d'Orsay et Longjumeau.	26b
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	P / Organisation interne	PS	Des dispositions ne sont pas prises pour assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence L'accueil des urgences gynéco-obstétricales est défini dans la charte de bloc obstétrical. Il est assuré par une aide soignante sur le CH de Longjumeau ; celle ci installe la patiente et après avoir posé quelques questions pour identifier le degré d'urgence, va chercher le dossier et doit prévenir la sage femme de garde ou l'interne. Cependant, elle n'a pas reçu de formation adaptée à la reconnaissance des urgences, ce qui peut représenter un risque pour la patiente.	26b