

Vitamine

Journal d'information du CH de Dax-Côte d'Argent

Avril-Mai 2015
N° 81



SPÉCIAL
CERTIFICATION

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

V2014



Visite de certification V2014 par les Experts Visiteurs
de la Haute Autorité de Santé du 1er au 5 juin 2015

SOMMAIRE

Edito	p. 2-3
■ Lettre du Directeur	
■ Lettre du Président de la CME	
■ La parole des usagers : mot de Mme ROHFRISTCH	
■ Lettre du Coordonnateur des Risques associés aux soins	
■ Lettre de La Direction des Soins	
Quelques repères sur la démarche certification V2014	p. 4
Fiche générale : Management de la Qualité et de la Gestion des Risques	p. 5
Fiche 1 : Dossier patient	p. 6
Fiche 2 : Droit des patients	p. 7
Fiche 3 : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	p. 8
Fiche 4 : Gestion du Système d'Information	p. 9
Fiche 5 : Prise en charge de la douleur	p. 10
Fiche 6 : Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	p. 11
Fiche 7 : Parcours du patient en MCO, SSR, SLD, SM et HAD	p. 12-13
Fiche 8 : Qualité de vie au travail et gestion des ressources humaines	p. 14
Fiche 9 : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Endoscopies	p. 15
Fiche 10 : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Imagerie interventionnelle	p. 16
Fiche 11 : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Radiothérapie	p. 17
Fiche 12 : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Salle de naissance	p. 18
Fiche 13 : Organisation des secteurs d'activité à risque majeur : Bloc opératoire	p. 19
Fiche 14 : Gestion du risque infectieux	p. 20
Fiche 15 : Prise en charge des urgences et des soins non programmés	p. 21
Fiche 16 : Prise en charge de la fin de vie	p. 22
Fiche 17 : Le patient traceur	p. 23
■ Objectifs de cette méthode	
■ Atouts / démarche qualité continue	
■ Stratégie de déploiement au CH : liste des parcours patients et médecin référent	
■ Formation	



Le Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent s'est engagé dans la préparation de la certification V2014.

Cette nouvelle campagne vise à évaluer la démarche globale mise en place par l'Établissement pour organiser

collectivement et mettre en œuvre la gestion de la qualité et des risques.

L'objectif d'efficacité est devenu le maître mot de l'action collective, en particulier avec la loi du 4 mars 2002 qui a renforcé les droits de l'utilisateur.

Cette recherche permanente du progrès passe par le regard attentif porté à la situation de chacun des patients, en proposant des réponses qui satisfont aux exigences de bonnes pratiques professionnelles.

La certification V2014 apporte une nouveauté dans la mesure où elle est principalement centrée sur le parcours du patient - concept du "patient traceur" - et l'analyse des processus qui permettent de concourir à la mise en œuvre de la politique de l'Établissement au service de ses Usagers.

Avec ce numéro spécial de *Vitamine*, nous avons souhaité soutenir la dynamique collective qui a prévalu pour préparer l'échéance de la venue des Experts Visiteurs de la Haute Autorité de Santé, par une information adaptée à la démarche d'ensemble.

Je sais pouvoir compter sur chacun et vous remercie pour votre implication personnelle et collective dans cette action qui bénéficie à la qualité du service rendu à tous ceux qui accordent leur confiance au Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent.

Le Directeur

Jean-Pierre CAZENAVE



Nous sommes à la veille de notre 4^e certification, dénommée V2014. La plus innovante mais peut-être aussi la plus difficile.

Innovante car centrée sur un nouvel exercice. 12 patients traceurs seront examinés à la loupe. Le parcours de ces 12 patients devra être détaillé par les équipes soignantes concernées. Ils seront interrogés par nos experts visiteurs pour qui l'exercice est également nouveau.

Difficile car le contexte et les contraintes qui nous sont imposés rendent cette tâche ardue.

Mais ne nous trompons pas d'objectif. Cette certification n'est pas une option, elle n'est pas facultative, c'est la vie même de nos services qui est en jeu. C'est dans les épreuves et les défis que l'on trouve les moyens nouveaux pour les relever.

Nous n'avons jamais eu de pétrole mais on n'a jamais manqué d'idée. Nous avons besoin de tous et de chacun pour réussir cette nouvelle certification pour conforter encore nos activités et nous permettre de réaliser tous les projets à venir.

Le Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME)

Dr Pascal HÉRICOTTE



Mon Rôle : être l'interlocutrice entre les usagers et les instances dans lesquelles, en tant que mandataire de l'UDAF (Union départementale des associations familiales) dont je suis la représentante, à cet effet :

- Participation aux délibérations de la CRUCQ en tant que Co-Présidente ;
- Participation au Conseil de surveillance en qualité de représentante des familles des usagers des services de Soins de Longue Durée ;
- Et, de ce fait, j'ai la possibilité, avant que les décisions ne soient adoptées, en respectant la réglementation du Centre Hospitalier, de faire part de mes observations.

Mes engagements vis-à-vis des usagers :

- Les informer des décisions prises par les instances dans lesquelles je suis nommée ;
- Les accompagner lors des démarches à accomplir pour faire valoir leurs droits ;
- Les aider à formuler et à répondre à leurs attentes.

Mes engagements vis-à-vis des professionnels :

- Participer à une meilleure prise en charge des malades ;
- Développer et suivre le bon déroulement des projets qui sont mis en place.

Pour accomplir ce mandat, j'ai dû :

- Intégrer une équipe ;
- Suivre des formations : Collectif interassociatif sur la santé (CISS) + Entreprise médicale formation ;
- Organiser ma vie de famille pour être disponible et, répondre aux objectifs fixés afin que les usagers, puissent bénéficier des diverses améliorations qu'ils sont en droit d'attendre, des structures dans lesquelles j'exerce mon mandat.

Claudine ROHFRISTCH

Représentante des Usagers au Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent



Dans quelques jours nous aurons la visite des experts de la HAS. Certes l'exercice n'est pas nouveau. Depuis 14 ans nous avons connu plusieurs versions de mise en œuvre de la certification dont notamment la V2010, mais la V2014 est un dispositif nouveau bien différent.

Nous avons consolidé nos acquis au cours de ces dernières années sur les différents thèmes qui font levier sur la qualité et la sécurité des soins et plus particulièrement sur les EPP. Nous avons su maintenir l'impulsion nécessaire sur de nombreux thèmes : dossier patient, prise en charge de la douleur ... Nous avons su nous mobiliser afin de permettre une progression dans la gestion des risques.

Ce travail important je le mesure et je le salue.

Les nouvelles méthodes de visite-audit de processus, patient traceur nous ont impliqué différemment et vont mettre l'accent sur l'approche équipe entre autres.

Quand bien même ces caractéristiques nous sont peu familières encore, je compte sur chacun d'entre nous pour valoriser tous nos projets d'amélioration ainsi que la qualité de nos pratiques.

Il nous reste encore quelques jours pour se préparer en équipe à cette visite qui doit se vivre comme une période où toute notre attention est requise avec un minimum de tension.

La Directrice des Soins - Coordinatrice générale des Soins

Éliane FRÉCON



Depuis toujours en tant que soignant, vous vous impliquez dans la gestion des risques et la qualité des soins.

Dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux, votre engagement se mesure d'année en année par la diminution du

taux des infections nosocomiales et votre participation aux audits de pratiques.

De même, l'évolution positive des scores des indicateurs nationaux (tableau de bord des infections nosocomiales et IPAQSS) illustre cette dynamique.

Vous adhérez à la politique d'amélioration continue de la qualité proposée par l'établissement en participant activement à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables contribuant ainsi à la gestion des risques a posteriori.

Lors de la préparation de la certification V2014 vous vous êtes à nouveau investis dans la culture de la gestion des risques en travaillant à l'élaboration des cartographies des risques et des parcours patients, illustrations de la gestion des risques a priori.

La visite de certification que nous allons passer début juin s'appuiera sur les 13 thématiques du compte qualité déclinées dans ce numéro spécial de *Vitamine*.

Cependant, nous ne devons pas oublier les autres critères analysés lors de l'autoévaluation de la V2010 qui contribuent également à la bonne prise en charge de nos patients (ex : fonction logistique, linge, déchets, restauration, entretien des locaux, transport des patients, transfusion, identitovigilance ...).

Sans nul doute, votre professionnalisme permettra à notre établissement de continuer à avancer dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins lors de la visite des experts de la HAS.

Dr Claire VINCENT

Praticien Hospitalier en Hygiène

Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

QUELQUES REPÈRES SUR LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION V2014

Les enjeux de la certification V2014 engagent avant tout l'établissement dans une démarche de management de la qualité et de la gestion des risques.

La définition de la HAS permet de retenir que la V2014 a pour objectif « d'évaluer, d'une part, l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité et d'autre part la maturité des démarches qualité et gestion des risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients ».

L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est donc une priorité d'action. Le Centre Hospitalier de Dax se doit de démontrer que son système de management de la qualité et des risques est suffisamment mature – c'est-à-dire formalisé, déployé sur le terrain et amélioré en continu – pour maîtriser ses risques.

La visite de certification se déroulera du 1^{er} au 5 juin et sera conduite par une équipe composée de 5 professionnels :

- Simone NEROME, *coordonnateur, Praticien Hospitalier*
- Annick BOURBOUSSON, *soignant*
- Martine LASSERRE, *soignant*
- Jean Marc DAUBOS, *gestionnaire*
- Jeannine BIRRIEN, *autre (qualité)*

La démarche V2014 repose sur 3 outils : le compte qualité, l'audit des processus et le "patient-traceur".

Le Compte qualité

Outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et gestion des risques des établissements.

Le compte qualité est exploité différemment selon le moment de la procédure :

- Dans le cas du compte qualité initial, la HAS mobilise le compte qualité pour définir le programme de visite de l'établissement.
- Dans le cas du compte qualité intermédiaire, la HAS mesure la mobilisation de l'établissement dans la réduction des écarts identifiés lors de la précédente visite et/ou peut décider l'organisation d'une visite intermédiaire.
- Dans le cas du compte qualité de suivi, la HAS mesure la mobilisation de l'établissement dans la réduction des écarts identifiés lors de la précédente visite. Elle peut décider de ne pas engager de visite de suivi et de lever les décisions sur le seul fondement des actions décrites.

Le cycle de certification est maintenu tous les 4 ans, avec révision du compte qualité tous les 2 ans.

L'audit des processus

La préparation de la certification a bénéficié de la participation directe d'environ 120 professionnels médicaux et non médicaux qui ont procédé à l'analyse de chacun des processus du Compte Qualité. Cette préparation a conduit à identifier les risques pour chacun des processus et d'en définir le niveau de maîtrise, pour enfin proposer un plan d'actions correctives destiné à éviter que ces risques ne se réalisent. Cette approche fondée sur l'analyse des risques a priori ou a posteriori a donc permis de hiérarchiser les risques, de valoriser les dispositifs de maîtrise en place et de définir les plans d'action.

- Étape 1 : identification des risques
- Étape 2 : évaluation du niveau de risque (criticité) et du niveau de maîtrise du risque
- Étape 3 : hiérarchisation des risques, caractérisation des risques et une identification des priorités d'action de l'établissement



risque élevé ou très élevé (dont la maîtrise n'est pas assurée)



risque devant faire l'objet de la poursuite d'actions et de mesures d'évaluation



risque maîtrisé

- Étape 4 : définition des plans d'action incluant les objectifs d'amélioration, la désignation d'un pilote, les échéances de mise en œuvre et de définition des modalités de suivi
- Étape 5 : le suivi des plans d'action.

Les 16 thématiques auditées et présentées sous forme de fiche dans ce numéro de *Vitamine*

1- **Thématiques obligatoires** : Management de la qualité et des risques, Droits des patients, Parcours du patient, Dossier patient, Prise en charge et droits des patients en fin de vie, Identification du patient, Prise en charge médicamenteuse du patient, Gestion du système d'information, Qualité de vie au travail.

2- **Thématiques à analyser en fonction de l'activité de l'établissement de santé** : Urgences et soins non programmés, Organisation des 5 secteurs à risque majeur (Endoscopies, Imagerie interventionnelle, Radiothérapie, Salle de naissance, Bloc opératoire).

3- **Autre thématique investiguée** : Gestion des Ressources Humaines.



Fiche générale - MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA GESTION DES RISQUES



Cette thématique constitue la colonne vertébrale qui relie l'ensemble des axes de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Pour cette raison, elle prend effet en tout premier lieu par l'engagement du Centre Hospitalier de Dax dans la démarche de certification conduite par la Haute Autorité de Santé et intègre également par ailleurs l'évaluation externe à laquelle se sont soumis les établissements médico-sociaux en 2014 (EHPAD, CAMSP, MAS L'Arcolan) et qui est placée sous l'égide de l'ANESM.

LE GROUPE D'AUDIT DU PROCESSUS EST COMPOSÉ DE :

Jean COURET, Directeur des Affaires Générales, de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers, Pilote

Dr Pascal HÉRICOTTE, Président de la C.M.E.

Éliane FRÉCON, Directrice des Soins

Dr Claire VINCENT, Praticien hygiéniste, Coordonnateur des Risques associés aux Soins

Martine LAFFITTE, Cadre assistant du pôle Prestataire et à l'EOHH

Jean-Yves GASSIÉ, Cadre de santé EOHH

Claudine ROHFRIETSCH, Représentante des usagers à la C.R.U.

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Aude PAMPHILE, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Rachel SALLABERRY, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- Nombre de réclamations 2014 : **76**
- Nombre de remerciements 2014 : **256**
- Nombre de professionnels médicaux et non médicaux formés à la démarche qualité et gestion des risques en 2014 : **121**
- Nombre de démarches d'amélioration des pratiques professionnelles (EPP, RMM, CREX, Patients-Traceurs) : **51**
- Nombre d'Évènements Indésirables signalés et cotés en 2014 : **680**



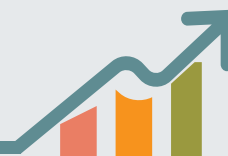
LES POINTS FORTS

- Implication forte des professionnels et des services dans l'optimisation des connaissances en matière d'amélioration
- Antériorité de la démarche qualité et équipe dédiée

LES POINTS À AMÉLIORER

- Poursuite de la définition d'une politique de métrologie et de mesure de la performance incluant tous les indicateurs QGR

Les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Renforcer le suivi du Plan d'Actions Qualité et Sécurité (P.A.Q.S.)	Amélioration du dispositif de suivi du P.A.Q.S. (désignation systématique d'un référent du secteur concerné, fiche action, et tableau de bord)	Direction Qualité et Gestion des Risques (DQGR)	1 ^{er} quadri. 2015
	Systématisation des indicateurs de suivi et de performance	Groupe Management Qualité et Gestion des Risques	
Développer la culture d'évaluation des risques	Poursuite de la formalisation des cartographies des risques associés aux soins (hors secteurs à risque)	Coordonnateur des risques associés aux soins + référent médical du secteur concerné	Juillet 2015
	Réalisation d'un exercice "plan blanc" (afflux massif de patients)	Responsable du service des urgences	Déc. 2015
Améliorer le retour d'information dans les services sur les actions correctives/préventives suite à un E.I. ou une plainte	Redéfinition du processus d'analyse et du rôle de "l'expert" désigné	Cellule E.I.	1 ^{er} quadri. 2015
	Formation des "experts" à l'utilisation du logiciel de déclaration des évènements indésirables et à l'analyse		2 ^e semestre 2015
Pérenniser la démarche engagée dans le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles	Réalisation de mesures d'impact sur les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) engagées et communication	Sous-commission EPP DPC	Juin 2015
	Valorisation et mise en œuvre des revues morbidité mortalité (RMM) et des EPP	Sous-commission EPP DPC + responsables R.M.M. des secteurs concernés	Déc. 2015
Améliorer l'accès aux documents	Amélioration du plan de classement de la Gestion Électronique des Documents (GED)	Comité de pilotage GED	Déc. 2015

Fiche 1 - DOSSIER PATIENT

Cette thématique permet à l'établissement de démontrer la mise en place d'une démarche de gestion du dossier patient et la définition d'une organisation afin de permettre la communication du dossier au patient ou aux personnes autorisées.

COMPOSITION DU GROUPE

- Éliane FRÉCON, Directrice des Soins - Coordinatrice générale des Soins - Pilote du groupe
- Nathalie SIBÉ, Cadre supérieur de santé, pôle Femme Mère Enfant - Copilote du groupe
- Jean-Yves PANIGAI, Responsable informatique des applications médicales et paramédicales
- Jocelyne REY-TRICHOT-CAPPA, Ingénieur de Santé Publique au Département d'Informations Médicales
- Anne-Laure DUGERT, Chargée des Assurances et du Contentieux
- Thierry SANCHEZ, Cadre socio-éducatif à l'hôpital de jour des enfants et adolescents
- Cathy DUGRAND, Cadre de santé en neurologie
- Danièle CARRÈRE, Coordinatrice des secrétaires médicales
- Cathy CRIADO, Secrétaire médicale
- Maïté FARRUGIA, Cadre de santé NB1
- Aude PAMPHILE, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principaux risques identifiés sont :

- Perte de temps dans la recherche d'information du fait de la non harmonisation du classement des dossiers dans les unités
- Risque de non-conformité du dossier Hospitalisation à Domicile pédopsychiatrique
- Difficulté de localisation des dossiers en temps réel
- Risque de non exhaustivité des éléments nécessaires à une prise en charge de qualité (SSR MCO SM)
- Risque de réclamation lorsque le dossier demandé est adressé au-delà des délais réglementaires

Les principales données relatives aux évaluations sont :

		Valeur Ets 2011	Valeur Ets 2014	Valeur Région 2014	Valeur nationale 2014	CIBLE
MCO	Tenue du dossier du patient	78 [74-81]	74 [70-78]	83	79	80
SSR		74 [73-76]	81 [79-83]	87	85	
Santé mentale		51 [49-54]	76 [73-79]	83	79	

LES POINTS FORTS

- Suivi régulier : mise en place d'un audit de veille
- Maintien de la vigilance des acteurs
- Achat logiciel d'archivage "Gesmedic"
- Actualisation du guide d'utilisation du dossier patient
- Réalisation d'un guide "gestion du dossier patient HAD"

LES POINTS À AMÉLIORER

- Difficulté de localisation des dossiers en temps réel
- Perte de temps dans la recherche d'information du fait de non harmonisation du classement des dossiers dans les unités
- Risque de non exhaustivité des éléments nécessaires à une prise en charge de qualité
- Risque de réclamation lorsque le dossier demandé est adressé au-delà des délais réglementaires
- Risque de non-conformité du dossier HAD

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment

OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Formaliser et porter à la connaissance des utilisateurs les règles de bonnes pratiques	Révision du guide d'utilisation	N. SIBÉ	Mars 2015 (réalisé)
	Révision du plan de classement sur Gestion Electronique des Documents (GED) "gestion administrative du patient"		
	Mise à disposition des services du "Formulaire directive anticipée" sous la GED		
Harmoniser le classement du dossier sur le MCO	État des lieux du classement des dossiers dans les différents services MCO	D. CARRÈRE	2 ^e trim. 2015
	Analyse puis harmonisation du classement		
Mettre en conformité le dossier du patient en Hospitalisation à Domicile (HAD) pédopsychiatrique	Réalisation audit des dossiers HAD	N. SIBÉ	Déc. 2014 (réalisé)
	Définition des actions d'amélioration (notamment suppression des impressions papier, formalisation guide d'utilisation, formalisation des fiches identification patient, intervenants et synthèse)		
	Restitution résultat à l'équipe HAD		
	Identification des améliorations à demander à l'éditeur		



Fiche 2 - DROIT DES PATIENTS



Cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale pour garantir le respect des droits des patients en prenant en compte les termes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les principaux risques identifiés sont :



● Non respect du droit de l'utilisateur sur la connaissance de son état de santé



● Risque de non information du patient en cas de dommage lié aux soins

● Risque d'erreur dans la communication des éléments du dossier de soins

● Risque de non respect des bonnes pratiques en matière de contention



● Risque de non traçabilité de l'information sur la désignation de la personne de confiance

COMPOSITION DU GROUPE

Jean COURET, Directeur des Affaires Générales, de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers - Pilote du groupe

Dr Bertrand LHEZ, Urgentiste, Médecin médiateur de la CRUQPC - Copilote du groupe

Claudine ROHFRIETSCH, Représentante des usagers à la CRUQPC

Anne-Laure DUGERT, Chargée des Assurances et du Contentieux

Dr Patrice DESBORDES, Neurologue, Chef de service de neurologie

Dr Jacques NARTOWSKI, Psychiatre, Chef de service à l'Unité de Psychiatrie Générale

Emmanuelle DUMAS, Attachée d'administration hospitalière du Centre de gériatrie

Patrick DIDOT / Nicolas TERRADE, Responsables sécurité, architecture du système d'information

Dr Bernard POCH, Président du Comité d'Éthique, Président d'Alma Landes

Christiane LOLIVA, Cadre supérieur de santé pôle de gériatrie

Sandrine VRAINE, Cadre supérieur de santé pôle de psychiatrie

Aude PAMPHILE, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

■ V2010 Recommandation MCO : Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté

■ V2010 Recommandation MCO, SSR, SLD, SM, HAD : Information du patient en cas de dommage lié aux soins

■ Nombre de personnel ayant suivi la formation "droit du patient" en 2014 : **53**

(54 en 2013)



LES POINTS FORTS

■ Formation institutionnelle sur le droit des patients reconduite chaque année

■ Mise en place d'une procédure "information du patient en cas de dommage lié aux soins" avec communication dans les instances, article dans le journal interne *Vitamine*, distribution de flyers

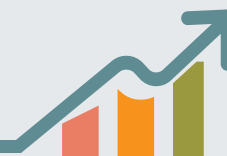
■ Comité d'Éthique opérationnel

LES POINTS À AMÉLIORER

■ Pratiques améliorables sur le MCO en matière de contention

■ Améliorer la connaissance de la procédure "information du patient en cas de dommage lié aux soins"

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Renforcer la communication des éléments du dossier médical	Information / formation des assistants médico-administratifs sur les éléments du dossier médical qui sont communicables	D. CARRÈRE	Déc. 2014 (réalisé)
Améliorer l'application du respect des droits des patients	Renouvellement de l'information sur la personne de confiance ciblé sur les services concernés	Cadre des services concernés	2 ^e trim. 2015
	Réflexion sur généralisation document "consentement éclairé"	Dr P. HÉRICOTTE	Déc. 2015
Renforcer la promotion de la bien traitance	Réunion de service abordant cette thématique permettant une réflexion et résolution des situations à l'échelon intra-service	Cadre/ médecin de chaque service	Janvier 2016
	Poursuite des consultations auprès du Comité d'Éthique		
	Poursuite des actions de formation	N. SIBÉ	Déc. 2014 (réalisé)
	Mise à disposition des services du "formulaire directive anticipée" sous la GED		

Fiche 3 - MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT



Cette thématique évalue la prise en charge médicamenteuse dans notre établissement et notamment d'assurer au bon patient l'apport du bon médicament, à la bonne posologie, selon la bonne voie et au bon moment.

À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :

COMPOSITION DU GROUPE

Élisabeth LEROUX, *Pharmacien, Chef de service - Pilote du groupe*

Fabienne LACAUD, *Pharmacien*

Fabrice VIDAL, *Pharmacien, Responsable du management de la prise en charge médicamenteuse du patient*

Dr Sandrine PAPON, *Praticien Hospitalier, Présidente du COMEDIMS*

Dr Claire VINCENT, *Praticien Hospitalier, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,*

Martine LAFITTE, *Cadre Supérieur de Santé Pôle Prestataire de services*

Gilles COUDROY, *Cadre de santé, Pharmacie*

Rachel SALLABERRY, *Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR*



- Informatisation incomplète du circuit du médicament
- Non prescription des modalités de dilution des médicaments injectables (nature et volume du véhicule)



- Non identification au nom du patient du pilulier pour l'administration
- Lors de l'admission du patient, absence de prise en compte du traitement personnel par le médecin
- Absence d'explications au patient et/ou à la famille sur les éventuelles modifications de ce traitement (arrêt ou substitution)
- Non identification du médicament jusqu'à l'administration



- Absence de zones distinctes (armoire, tiroir séparés ...) selon la voie d'administration pour le rangement des médicaments
- Absence de vérification du patient avant une administration de médicament

Les principales données relatives aux évaluations sont :

	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation	Rédaction d'un traitement de sortie
MCO	58 %	25 %
SSR	100 %	79 %
PSY	68 %	0 %

■ Dossier Anesthésie :

- mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement : **100 %**

- trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post anesthésique : **98 %**



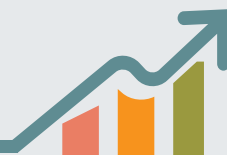
LES POINTS FORTS

- Audit Interdiag sur le circuit du médicament et réalisation de la cartographie des risques
- Respect de la réglementation et harmonisation des pratiques professionnelles par l'implication de la COMEDIMS
- Travail engagé sur la Sécurisation des différentes étapes du circuit du médicament : prescription, préparation et administration, dispensation

LES POINTS À AMÉLIORER

- Informatisation Incomplète du circuit du médicament
- Développement de l'analyse pharmaceutique à favoriser
- Gestion du traitement personnel du patient

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Informatisation complète du circuit du médicament	Déployer le logiciel PLUS de prescription et administration	Direction	2016
	Gérer le traitement personnel du patient dans le logiciel de prescription	DSI	2015
Améliorer les conditions de prescriptions	Recenser les modalités d'administration (dilution) des injectables de l'établissement	COMEDIMS	2016
	Réviser les protocoles médicamenteux par spécialité	COMEDIMS	2015
Clarifier les règles de gestion des médicaments entre la PUI et les Unités de Soins	Mettre en place des contrats décrivant les règles de gestion, approvisionnement et règles d'utilisation des US en plein vide	Pharmacie	2015

Fiche 4 - GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

Cette thématique permet à l'établissement de montrer que les orientations stratégiques sont mises en oeuvre via le développement de l'informatisation notamment dans les domaines de la communication, de la relation avec l'environnement, de la sécurité ou de la qualité des soins

À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :

COMPOSITION DU GROUPE

François de BOYSSON, Directeur de l'Ingénierie et du Système d'Information - Pilote du groupe

Gilbert MARTIN, Responsable du Système d'Information

Patrick DIDOT / Nicolas TERRADE, Responsables sécurité, architecture du Système d'Information

Dr Pascal HÉRICOTTE, Praticien Hospitalier - Responsable du Département d'Informations Médicales

Jean COURET, Directeur des Affaires Générales, de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Relations avec les Usagers et de la Communication

Aude PAMPHILE, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

- Risque d'intrusion lié au contrôle insuffisant de l'accès au réseau WIFI (défaut d'authentification du matériel) et à l'absence d'audit d'intrusion sur le réseau WIFI
- Risque de faille logicielle avec indisponibilité des terminaux concernés lié à migration de Windows XP vers Windows 7 et au vieillissement du parc PC
- Altération d'usage/ régression d'application du Système d'Information liée à l'absence de procédure de gestion de mise en production et des changements (pas de check-list unique et partagée avant installation de nouveau logiciel ou de mise à jour)
- Risque d'indisponibilité du Système d'Information lié à organisation et formalisation insuffisante de la fonction Maintien en condition opérationnelle

- Risque de panne lié au renouvellement non systématique des équipements les plus anciens du parc bureautique
- Risque de coupure réseau de l'Établissement vis à vis de ses sites annexes et de l'extérieur lié à absence de véritable salle informatique de secours vers l'extérieur/ Absence de redondance du lien de fibre optique.

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- Audit du Système d'Information : Infrastructure globalement saine
- Cartographie des risques du Système d'Information : 21 risques identifiés
- Indicateurs Hôpital Numérique

LES POINTS FORTS

- Bon niveau général de l'infrastructure
- Bonne maîtrise du parc d'imprimantes
- Existence d'une charte qui formalise les règles d'accès et d'usage du SI
- La fonction Maintien en condition opérationnelle est globalement assurée

LES POINTS À AMÉLIORER

- Formaliser la chaîne de décision dans le domaine du SI par une gouvernance à plusieurs niveaux
- Formaliser l'organisation du maintien en condition opérationnelle
- Sécuriser le réseau WiFi

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment

OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Formaliser l'organisation du Maintien en Condition Opérationnelle	Revoir la liste des compétences et connaissances des outils existants au Système, assurer leur redondance	G. MARTIN Équipe production	Fin 2015
Sécuriser le réseau WiFi	Sécuriser le réseau WiFi par une infrastructure de gestion de clés et auditer le réseau	Équipe production	Fin 2015
Mettre à niveau le parc des serveurs et terminaux	Finir la migration du parc de PC sous Windows XP vers Windows 7	Équipe production	Juin 2015
Renforcer la gouvernance stratégique	Remettre en place une instance stratégique pour fixer les orientations SI à une fréquence bi-annuelle	F. de BOYSSON	4 ^e trim 2015



Fiche 5 - PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR



Cette thématique permet à l'établissement de démontrer qu'il met en oeuvre une politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins, des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002 qui reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.



Les principaux risques identifiés sont :



- Non repérage de l'état d'anxiété / dépression
- Non promotion de l'éducation thérapeutique
- Mauvaise information du patient sur la prise en charge de la douleur



- Mauvaise appropriation / méconnaissance des nouveaux protocoles ou techniques



- Défaut d'évaluation initiale du patient non algique
- Défaut de traçabilité des mesures de suivi du patient algique

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Monique LATARE, Chef de service douleur, présidente du CLUD - Pilote du groupe

Régine LASSERRE, IADE de l'équipe douleur - Copilote du groupe

Maud THIBAUT, IDE dédiée au dispositif d'annonce

Les membres du CLUD pour proposition / validation

Aude PAMPHILE, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

IPAQSS		2011	2014	CIBLE
MCO	Pourcentage de séjours pour lesquels il existe : au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique OU au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique	68 %	89 %	80 %
SSR		49 %	61 %	



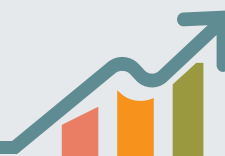
LES POINTS FORTS

- Bon fonctionnement du CLUD
- Poursuite des formations par l'équipe douleur
- Accent sur les composantes psychologiques de la douleur

LES POINTS À AMÉLIORER

- Non repérage de l'état d'anxiété / dépression
- Mauvaise appropriation / méconnaissance des nouveaux protocoles ou techniques par les soignants
- Non promotion de l'éducation thérapeutique pour les patients

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Améliorer l'accès aux différents documents mis sous la Gestion Électronique des Documents	Modification de l'intitulé des documents en respectant les préconisations / Révision des protocoles	R. LASSERRE	Mars 2015
	Modification du classement des documents en respectant le plan de classement		
	Diffusion des informations aux cadres afin qu'ils les diffusent à leurs équipes		
Formaliser l'éducation thérapeutique	Création d'outils : support pour le patient, support de réévaluation à distance	M. THIBAUT	Déc. 2015
	Description de la trame d'un atelier		Mars 2016

Fiche 6 - IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE



Cette thématique évalue l'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreurs de résultats de laboratoire, ...).

COMPOSITION DU GROUPE

Serge ROULET, Directeur des Affaires Financières et Identitovigilant
 Dr Éric CAPDEQUY, Médecin DIM, Identitovigilant
 Dr Fabrice LEFÈVRE, Biologiste
 Éliane FRÉCON, Directrice des Soins
 Christine DEHEZ, Cadre Supérieur de Santé - pôle RUBIS
 Patricia TONDEUR, Cadre de Santé Hôpital de jour, Cadre de l'Hémovigilance
 Véronique DEBIAS, Cadre Sage femme
 Véronique DOURTHE, Cadre de santé Médecine Interne à orientation immunohématologie,
 Cécile DICHARRY, Cadre de santé SMUR
 Danièle CARRÈRE, Responsable des AMA
 Sandrine MORA, Adjoint des cadres aux Admissions
 Nathalie MARQUILLIER, Responsable des applications administratives et logistiques DSIO
 Dr Claire VINCENT, Praticien Hospitalier, Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins,
 Rachel SALLABERRY, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :



● Usurpation d'identité dès l'admission



● Risque d'erreur dans le recueil de l'identité dès l'admission
 ● Risque de discordance d'identité entre patient/dossier

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- Taux d'anomalies dans le cadre de l'Hémovigilance
- Suivi des Évènements Indésirables : **71** EI signalés en 2014 (104 en 2013)
- Suivi et correction des doublons : **801** corrections en 2014
- Audit sur le port du bracelet d'identification : acceptation du port du bracelet soignant (**84 %**)/ patient (**99 %**)
- Mise en place d'un CREX spécifique Identitovigilance opérationnel : **6 AAC**



LES POINTS FORTS

- La culture sur l'identification du patient est ancienne
- Sensibilisation importante des acteurs de terrain par formation institutionnelle depuis 3 ans : effort porté sur le MCO
- Mise à jour et création de documents sur gestion de l'Identité du patient
- Participation Semaine Sécurité Patients 2014 : patient mystère, quizz et chambre des erreurs
- Réalisation de la Cartographie des risques

LES POINTS À AMÉLIORER

- Des difficultés persistent : erreur d'étiquetage, droits de création d'identité ouverts à tous, interfaçages de logiciels
- Formation et sensibilisation insuffisante sur les secteurs de gériatrie

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Diminuer le nombre de discordance et erreur d'identité entre patient et son dossier	Poursuite de formation institutionnelle reconductible chaque année	C. DEHEZ P. TONDEUR	2016
	Généralisation du port du bracelet sur le MCO	CIV	1 ^{er} trim. 2015
Utiliser une identification à code barre unique des patients	Création de code barre sur les étiquettes patients à partir du logiciel PLUS pour éviter une re-saisie des identités pour le laboratoire	CIV	2 ^e trim. 2015
Développer la culture Identitovigilance	Axer les efforts sur les unités de gériatrie	CIV	2015



Fiche 7 - PARCOURS DU PATIENT EN MCO, SSR, SLD, SM ET HAD

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

SSR : Soins de Suite et de Rééducation

SLD : Soins de Longue Durée

SM

COMPOSITION DU GROUPE MCO

- Simon BEAUDRAP, *Directeur des Affaires Médicales*
- Dr Thierry MAYET, *Médecin Réanimateur, chef de pôle RUBIS*
- Dr Jean CHEVREL, *Médecin Pédiatre, chef de pôle FME*
- Sandrine MONCHIET, *Cadre de santé Pédiatrie*
- Patricia LALANNE, *Cadre supérieur de santé pôle Médecine*
- Patrick SANGUINET, *Cadre de santé Médecine à orientation cardiologique*
- Dr Benjamin BLANC, *Chirurgien viscéral*
- Dr Bruno ZIPOLI, *Chirurgien orthopédique*
- Dr Julien OGOUCHI, *Chirurgien viscéral*
- Aurélien SAVART, *IDE consultation chirurgie bariatrique*
- Dr Bernard MATHARAN, *Géronte, coordonnateur ViaTrajectoire*
- Dr Emmanuelle BOURRINET, *Diabétologue*
- Sophie LABARTHE, *Cadre de santé Chirurgie orthopédique*
- Alain HERVET, *Cadre socio-éducatif des Assistants sociaux*
- Dr Laurent HALLARD, *Géronte viscéral*

COMPOSITION DU GROUPE SSR / THERMAL

- Dr Charles COWAN, *Médecin thermal*
- Dominique LABARTHE, *Cadre de santé hôpital Thermal*
- Marie-Christine BALAX, *IDE*
- 1 représentant kiné

- Non détection d'un patient suicidaire
- Risque d'aggravation de l'état de santé (pouvant allonger l'hospitalisation et générer une insatisfaction) lié à une prise en charge non adaptée pour les patients hébergés

- Incapacité pour les curistes d'alerter en cas de problème
- Manque de confidentialité lors des soins quand un patient est sous surveillance (ou aérosol) en salle de soins

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- IPAQSS MCO "dépistage troubles nutritionnels – niveau 1" : **86 %**
- IPAQSS MCO "délai envoi courrier fin d'hospitalisation" : **66 %**
- Enquête de satisfaction I-SATIS : **76, 32 %** (2013 : + 2,33%)

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- IPAQSS SSR "dépistage troubles nutritionnels" : **89 %**
- IPAQSS SSR "délai envoi courrier fin d'hospitalisation" : **94 %**



LES POINTS FORTS

- Le dispositif d'accueil est structuré, organisé

LES POINTS À AMÉLIORER

- Améliorations attendues sur la prise en charge des patients hébergés



LES POINTS FORTS

- Formalisation du parcours patient

LES POINTS À AMÉLIORER

- Traçabilité de la tenue du dossier patient améliorable

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Améliorer la détection des patients suicidaires	Mise en place d'actions de sensibilisation / information – formation des personnels sur les éléments de repérage du risque suicidaire	S. VRAINE	2015
Améliorer la PEC des patients hébergés	Rédaction d'une procédure interne pour uniformiser les pratiques et organiser la PEC médicale des patients hébergés (heures de visite du médecin, priorisation du retour dans service de rattachement)	Président CME	2015

OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Pouvoir alerter en cas de problème sur le plateau technique			
Installation de sonnettes complémentaires			

Cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient. Les professionnels des secteurs d'activité grâce à un travail en équipe pluri professionnelle interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue centrée sur le patient.



COMPOSITION DU GROUPE SSR / SLD

- Dr Francine CLÉMENTI, *Géiatre*
- Monique EGEA, *Assistante sociale*
- Dr Bernard MATHARAN, *Géiatre, coordonnateur Via Trajectoire*
- Sophie PEYSAN, *Cadre de santé MLX1/ MSM1*
- Elisabeth CANDAU, *Cadre de santé Junod 1, consultations avancées SSR, HDJ Psychogériatrie, HDJ Évaluation Gérontologique*
- Sandra LABORDERIE, *Diététicienne*
- Maité FARRUGIA, *Cadre de santé MLX2/ MSM2*
- Dr Sandrine PAPON, *Géiatre*
- Dr Gaëlle BAILLEUL, *Géiatre*
- Dr Jordan AIVAZIDIS, *Géiatre*

COMPOSITION DU GROUPE SANTÉ MENTALE / HAD

- Dr Dominique MALLET PINSOLLE, *Psychiatre chef de pôle Psychiatrie*
- Marie-Catherine DOURTHOUS, *Directrice des Achats, Directrice du pôle Psychiatrie*
- Dr Jacques NARTOWSKI, *Psychiatre*
- Sandrine VRAINE, *Cadre supérieur de santé pôle Psychiatrie*
- Yanec MELNITCHENKO, *Cadre de santé UPG*
- Dr Véronique DESSON, *Médecin Pédopsychiatre*
- Thierry SANCHEZ, *Cadre socio-éducatif HDJ infantojuvénile*

- Discontinuité du traitement médicamenteux par manque d'information initiale en SSR
- Risque de retard de prise en charge médicale par absence de présence médicale 24h/24h sur site et distance entre les sites du MCO et SSR/ SLD
- Absence de révision du projet de vie annuelle en SLD

- Prise En Charge des enfants relevant d'un accueil en psychiatrie
- Projet de soins non réalisé pour un patient en HAD Pédopsychiatrie
- Sortie prématurée par rapport à l'état de santé du patient en psychiatrie adulte

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- IPAQSS SSR "dépistage troubles nutritionnels": **89 %**
- IPAQSS SSR "délai envoi courrier fin d'hospitalisation": **94 %**
- Validation PATHOS par l'ARS : PMP **550**

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- IPAQSS PSY "dépistage troubles nutritionnels" niveau 1 : **89 %**
- IPAQSS PSY "délai envoi courrier fin d'hospitalisation" : **86 %**
- Nombre d'ADT : **35 mesures** en 2013
- Nombre de journées en chambre isolement : **66**

LES POINTS FORTS

- SSR Personnes Agées Poly pathologiques : une UCC labélisée
- SLD de Psychogériatrie a obtenu la labellisation UHR

LES POINTS À AMÉLIORER

- Formation en soins palliatifs pour le personnel : axe à prioriser
- Problématique d'accueil des patients de - de 75 ans

LES POINTS FORTS

- Accueil psychiatrique conventionné dans le cadre du projet de psychiatrie publique landais

LES POINTS À AMÉLIORER

- Accueil et orientation des adolescents sur le territoire
- Accueil et orientation des adultes de +75 ans

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment

OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Dépister tous les patients dénutris	Formation escarre dénutrition	DSI	Fév. 2015
	Réaliser enquête de prévalence de la dénutrition	CLAN	Oct. 2014
Diffuser la procédure d'accueil en SLD révisée aux structures d'amont	Révision et présentation de la procédure d'accueil en SLD	Pôle PAGE	2015

OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Promouvoir les partenariats avec les structures d'aval en pédopsychiatrie	Intensification du partenariat avec les différentes structures (IME, CFA, ...) pour favoriser la continuité de PEC des enfants et adolescents en pédopsychiatrie	T. SANCHEZ	2015
Connaître et promouvoir le service de Pédopsychiatrie	Création d'un livret d'accueil pour le service de pédopsychiatrie	T. SANCHEZ	2015



Fiche 8 - QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES



Cette thématique vise à évaluer la continuité des missions de l'organisation en termes d'emplois et de compétences, l'intégration des nouveaux arrivants, la santé et la sécurité au travail, le dialogue social et la qualité de vie au travail.



Les principaux risques identifiés sont :



- Risques psycho-sociaux
- Ergonomie au poste de travail / bruit
- Utilisation des produits chimiques

COMPOSITION DU GROUPE

Chantal CASAUX, Directrice des Ressources Humaines et de la Formation - Pilote du groupe

Éliane FRÉCON, Directrice des Soins

Dr Maria BENEGAS HADDAD, Médecin du Travail

Christine SIMON, Cadre assistant du pôle Chirurgie

Anne-Marie VARNIER, Attachée d'Administration Hospitalière à la D.A.M.

Marie-Claude DABADIE, Adjoint des cadres à la DRH

Dominique MARCHAND, Secrétaire du CHSCT

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

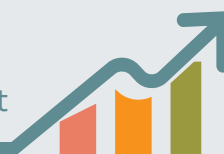
- Nombre de réunions de concertation avec les organisations syndicales en dehors des réunions réglementaires et institutionnelles en 2013 : **25**
- Taux de risques identifiés dans le Document Unique faisant l'objet d'un plan d'action ou de prévention en 2013 : **13.48 %**
- Réalisation d'une étude de satisfaction (CLARTÉ) en 2013



LES POINTS FORTS

- La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement
- Définition, suivi et évaluation des plans d'actions, d'améliorations et de préventions
 - Définition et évaluation d'une politique de gestion des emplois et des compétences
 - Dynamique d'intégration des nouveaux arrivants
 - Mise en oeuvre du projet social (2011-2016) : reconstruction des restaurants du personnel. Signature de la convention FIPHFP pour l'aménagement de postes de travail
 - Démarche ORSOSA pour la prévention des Risques Psycho Sociaux (RPS) et Troubles Musculo Squelettiques (TMS)
 - Poursuite du programme de prévention et de lutte contre l'absentéisme pour motifs médicaux

Suite à l'identification des risques, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Poursuivre l'étude des Risques Psycho-Sociaux (RPS)	Expérimentation de l'étude RPS dans 3 services	DRH	2015
Réduire les risques professionnels liés au bruit	Analyse des mesures du bruit réalisées par la CARSAT Définition du plan d'actions de prévention	CHSCT	2015
Réduire les risques professionnels liés à l'utilisation de produits chimiques	Poursuite de l'évaluation du risque chimique (dont les produits identifiés Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques (CMR))	Co. Pil Risques chimiques	2015
	Définition et mise en oeuvre du plan d'actions de prévention	Co. Pil Risques chimiques	2015
Optimiser l'intégration des nouveaux arrivants	Finalisation et validation des nouveaux outils pour l'intégration des nouveaux soignants	Direction des Soins	2015



Fiche 9 - ORGANISATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉ À RISQUE MAJEUR : ENDOSCOPIES



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 en endoscopies.

Les principaux risques identifiés sont :



- Antibiotrophylaxie non conforme ou non réalisée (suivant antécédents et acte endoscopique)
- Non remplissage de la check list



- Préparation de l'examen non conforme et/ou non réalisée
- Risque ATNC



- Ignorance ou sous estimation d'un risque lié au patient lors de la prise du rdv
- Risque de complications liées à l'acte endoscopique

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Didier DELVERT, *Gastro-entérologue, Pilote du groupe*

Patricia TONDEUR, *Cadre de santé à l'hôpital de jour médico chirurgical et aux endoscopies*

Véronique PAWLAK, *Cadre de santé en médecine gastroentérologie hépatologie*

Delphine CAUSARD, *IDE endoscopies*

Anne-Marie NOVEMBRE, *IDE endoscopies*

Sylvie LANNEBERE, *IDE endoscopies*

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, *Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR*

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- Nombre d'actes endoscopiques en 2013 : **3190**
- Taux de conformité des prélèvements bactériologiques pour les laveurs désinfecteurs d'endoscopes et les endoscopes en 2014 : **93 %** (67% de conformité en 2013)



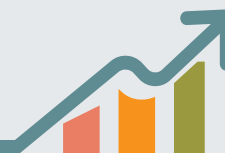
LES POINTS FORTS

- Identification, analyse et hiérarchisation des risques encourus par les patients
- Diffusion des consignes de prise en charge des patients aux services (préparation, et consignes post-examen)
- Dispositif de formation
- Désinfection et traitement des endoscopes

LES POINTS À AMÉLIORER

- Utilisation non optimale du Système d'information pour les patients externes
- Problème pour la programmation des rendez-vous dans *PlusEcho* et *PlusBloc*

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Améliorer le suivi des consignes pour la préparation du patient avant l'examen et pour la surveillance post-examen	Étape 1 : Diffusion des consignes pour la préparation du patient avant l'examen et pour la surveillance post-examen aux services de soins (ref MED/FIC/0089)	P. TONDEUR	Novembre 2014
	Étape 2 : Evaluation du respect des consignes de prise en charge des patients pour les examens réalisés sous endoscopie	P. TONDEUR	Fin 2 ^e trim. 2015
Améliorer l'intégration du système d'information au système d'information du Centre Hospitalier	Assurance de l'exhaustivité de la traçabilité des informations pour les patients externes (dématérialisation des documents "papiers" pour insertion dans <i>PlusLit</i>)		



Fiche 10 - ORGANISATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉ À RISQUE MAJEUR : IMAGERIE INTERVENTIONNELLE



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 en imagerie interventionnelle.



Les principaux risques identifiés sont :



- Demande d'examen non pertinente ou non indiquée (risque identifié pour acte radiologie interventionnelle dans le service de radiologie)
- Utilisation de rayonnements ionisants non optimale lors d'un acte chirurgical ou endoscopique (risque identifié pour acte radiologie interventionnelle au bloc opératoire)



- Défaut de surveillance du patient post-examen (risque identifié pour acte radiologie interventionnelle dans le service de radiologie)
- Choc hémorragique (risque identifié pour acte radiologie interventionnelle dans le service de radiologie)
- Défaut de préparation du patient (risque identifié pour acte radiologie interventionnelle dans le service de radiologie)

COMPOSITION DU GROUPE

Dr David HIGUE, *Radiologue, Pilote du groupe (pour le secteur radiologie)*

Claude DUGENE, *Cadre de santé en Imagerie Médicale (pour le secteur radiologie)*

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, *Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR*

La principale donnée relative aux évaluations sont :

■ Nombre de biopsies sous échographie en 2013 : 40



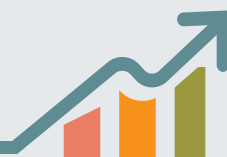
LES POINTS FORTS

- Réalisation de la cartographie des risques
- Formalisation des parcours patients en imagerie interventionnelle en radiologie

LES POINTS À AMÉLIORER

- Préparation et surveillance des patients à améliorer

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Assurer la préparation et la surveillance post-examen dans le respect des recommandations de bonnes pratiques (en radiologie)	Diffusion du formulaire « ponction hépatique » (ref RAD/FIC/0055) et « ponction thoracique » (ref RAD/FIC/0061) : préparation et surveillance	C. DUGENE	Janv. 2015
Réduire les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants au bloc opératoire	Mise en place du dispositif d'optimisation des doses par les radiophysiciens médicaux	MONHOVEN	Juin 2016
	Poursuite de la formation institutionnelle à la radioprotection des patients	S. BEAUDRAP C. DÉTREZ	Déc. 2015
	Définition des modalités de formation et d'accompagnement des utilisateurs des amplificateurs de brillance	Dr B. CAZEAUX CABOT C. DUGENE	



Fiche 11 - ORGANISATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉ À RISQUE MAJEUR : RADIOTHÉRAPIE



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 en radiothérapie.

Les principaux risques identifiés sont :



- Atteinte majeure à l'intégrité du patient (erreur de traitement) / erreur sur les données de traitement lors de saisie manuelle à l'étape de dosimétrie



- Atteinte majeure à l'intégrité du patient (erreur de traitement) / erreur de calcul de la distribution de dose et des unités moniteur à l'étape de dosimétrie
- Risque de sous-dosage du volume cible / absence de prise en compte de tous les volumes à traiter à l'étape contourage

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Philippe REMUZON, *Radiothérapeute, Responsable du Système de Management Qualité*
Pilote du groupe

Laurent DUPONT, *Cadre de santé en oncologie*

Virginie DURRUTY, *Technicienne Qualité de la Radiothérapie*

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, *Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR*

Les principales données relatives aux évaluations sont :

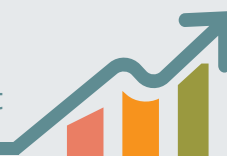
- Nombre de Comités de Retour d'Expérience (CREX) en radiothérapie en 2013 : **11**
- Taux de dossiers comportant la validation de la dosimétrie par le radiothérapeute en 2014 : **100 %**
- Lors du traitement : taux de conformité de la vérification du positionnement en 2014 : **80 %**
- Taux de conformité du remplissage de la fiche de suivi du traitement en 2014 : **63 %**



LES POINTS FORTS

- Désignation d'un responsable du système de management de la qualité en radiothérapie
- Démarche qualité documentée et actualisée
- Cartographie des risques suivie
- CREX radiothérapie opérationnel
- Dispositif de suivi du plan d'actions d'amélioration et correctives, dont le suivi d'indicateurs

Suite à l'identification des risques, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Poursuivre l'évaluation des risques a priori	Intégration des nouveaux risques liés aux nouveaux logiciels et au nouvel accélérateur de particules dans la cartographie des risques	Cellule Qualité de radiothérapie	1 ^{er} sem 2015
Poursuivre la rédaction de documents qualité	Poursuite de la rédaction des protocoles médicaux de traitement (prenant en compte les nouvelles techniques de traitement avec le nouvel accélérateur)	Cellule Qualité de radiothérapie	Juin 2015
	Mise à jour des documents qualité et insertion dans l'application de Gestion Électronique des Documents (GED) de la Physique Médicale	Physique Médicale	Mars 2015
S'assurer de la formation et de l'habilitation des professionnels intervenant dans le traitement des patients	Formalisation des responsabilités, des autorités et des délégations	Cellule Qualité de radiothérapie	Mars 2015
	Formalisation des formations, des compagnonnages et des habilitations	Cellule Qualité de radiothérapie	Mars 2015



Fiche 12 - ORGANISATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉ À RISQUE MAJEUR : SALLE DE NAISSANCE



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 en secteur de naissance.

À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :



- Prise en charge en urgence d'une parturiente non suivie par le Personnel Maternité
- Retard de dépistage d'une complication du nouveau-né
- Défaut de surveillance post natal



- Pas de personnel soignant ou médecin (infirmière, sage-femme, médecin) disponible pour une situation urgente
- Enlèvement d'un nouveau-né

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Éric ROUSSEAU, Médecin chef de service Gynécologie-Obstétrique

Véronique DEBIAS, Cadre sage-femme

Rachel SALLABERRY, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

HÉMORRAGIE DU POST PARTUM - IPAQSS

■ Délivrance niveau 1 : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la mention d'une injection prophylactique d'ocytocine et la trace d'une conclusion de l'examen du placenta : **95 %**

■ Délivrance niveau 2 : Délivrance niveau 2 : Proportion de dossiers d'accouchement comportant la modalité de la délivrance, la trace d'une injection prophylactique d'ocytocine complète et la trace d'une conclusion de l'examen du placenta : **32 %**

■ Surveillance minimale en salle de naissance: **47 %**

■ Proportion de dossiers d'HPP comportant la trace de l'heure du diagnostic d'HPP et la quantification du saignement exprimée en millilitre : **40 %**

■ Proportion de dossiers d'HPP comportant la trace d'un geste endo-utérin réalisé au décours du diagnostic d'HPP en cas d'accouchement par voie basse et dont l'hémorragie n'est pas exclusivement d'origine cervico-vaginale : **76 %**



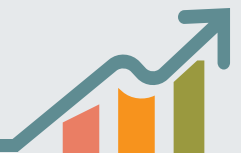
LES POINTS FORTS

- Réalisation de la cartographie des risques sur accouchement par voie basse
- EPP Pertinence d'une césarienne programmée et 2 autres EPP
- Formalisation du parcours de l'accouchement par voie basse
- Formation de l'ensemble des sages-femmes aux soins de réanimation des nouveau-nés

LES POINTS À AMÉLIORER

- Accouchement par césarienne à re-formaliser
- Traçabilité dans le dossier patient des données dans le cadre de la délivrance du post-partum

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Assurer une meilleure traçabilité des actes	Amélioration de la traçabilité lors d'une Hémorragie de la délivrance/post partum (injection prophylactique d'ocytocine complète et trace d'une conclusion de l'examen du placenta)	Sage Femme	2015
Améliorer la connaissance du parcours en obstétrique	Redéfinition du parcours de la césarienne avec définition des acteurs et mission	É. ROUSSEAU	2015



Fiche 13 - ORGANISATION DES SECTEURS D'ACTIVITÉ À RISQUE MAJEUR : BLOC OPÉRATOIRE



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.

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Éric ROUSSEAU, Médecin Coordonateur du bloc opératoire
 Dr Xavier FENETGARDE, Anesthésiste
 Christine SIMON, Cadre supérieur de santé pôle Chirurgie
 Edwige DROUART, Cadre de santé bloc opératoire
 Pascal BRAULT, Cadre de santé anesthésie
 2 IADE
 Sophie LABARTHE, Cadre de santé Chirurgie traumatologie
 Laetitia BOURLON, Cadre de santé Chirurgie vasculaire et viscérale
 Fabien LARRIEU, Technicien Supérieur Hospitalier, DSIO
 Rachel SALLABERRY, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

● À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :



- Dossier patient manquant ou incomplet
- Erreur de coté/ site opératoire
- Compression sur table d'opération



- Mauvaise préparation cutanée du patient
- Hémorragie

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- ICALISO : Taux d'infection du site opératoire / spécialité (publication déc. 14)
- Suivi quotidien du taux d'urgence sur le programmé < 25 %
- Conformité de la Tenue du dossier d'anesthésie : 89 %



LES POINTS FORTS

- Réalisation de la cartographie des risques a priori ...
- Mise en place d'un CREX Bloc Opératoire
- Mise en œuvre des RMM en service d'anesthésie
- Mise en place du logiciel PLUSBLOC et du logiciel DIANE

LES POINTS À AMÉLIORER

- L'ensemble des circuits sont à re-formaliser afin d'optimiser les différents modes de prise en charge des patients (Hospitalisation programmée, ambulatoire, ...)
- Améliorer la culture sécurité en dynamisant le CREX et la RMM

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Améliorer la sécurité de la prise en charge au bloc opératoire	Mise en œuvre du protocole de marquage du site chirurgical	Conseil de bloc	2015
Améliorer la culture sécurité	Poursuite de la dynamique RMM en anesthésie	X. FENETGARDE G. RYCKMAN	2014
Améliorer la prise en charge de l'opéré	Réactualisation de l'ensemble des circuits au bloc opératoire pour lisser les différents modes de pris en charge (ambulatoire, hospitalisation complète, ...)	E. DROUART P. BRAULT	2015



Fiche 14 - GESTION DU RISQUE INFECTIEUX



Cette thématique prend en compte la mise en place d'une démarche globale visant à garantir la maîtrise du risque infectieux notamment au niveau de la diffusion des Bactéries Multi résistantes (BMR), du risque épidémique, de l'environnement, des gestes invasifs, des secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie, ...), et du bon usage des antibiotiques.

- À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :



- Maîtrise du risque infectieux lié aux gestes invasifs (voie veineuse centrale et CIP)
- Prise en charge des Dispositifs Médicaux en stérilisation face au risque ATNC (Agent Transmissible Non Conventionnel)



- Transmission croisée par manutention dans les activités transversales (brancardage, plateau technique, ...)
- Non respect de l'asepsie progressive au bloc opératoire
- Non-conformité des prescriptions en antibiothérapie



- Connaissance et/ou respect des Précautions Complémentaires dans les services de soins
- Contamination des patients par l'eau thermale
- Réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48 - 72 h

COMPOSITION DU GROUPE

Les membres du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Présidente Élisabeth LEROUX

Les membres de la COMITÉ des Anti-Infectieux (COMAI), Président Dr Yann GÉRARD

Rachel SALLABERRY, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR

Les principales données relatives aux évaluations sont :

5 INDICATEURS NATIONAUX :

- ICALIN (Indicateur Composite de Lutte contre les Infections nosocomiales) : **77/100 – Classe B**
- ICSHA (Indicateur de Consommation en solution Hydro-Alcoolique) : **120,2 % - Classe A**
- ICA-LISO (Indicateur Composite d'Activité de Lutte contre les Infections du Site Opératoire) : **80/100 – Classe B**
- ICA-BMR (Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-résistantes) : **100/100 – Classe A**
- IC-ATB (Indicateur Composite de Bon Usage des Antibiotiques) : **68/100 – Classe C**

30 INDICATEURS INTERNES



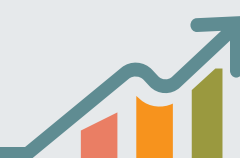
LES POINTS FORTS

- Implication de l'établissement dans la maîtrise du risque infectieux par l'intermédiaire de l'EOHH valorisé dans l'indicateur ICALIN par un score de 48/50 au niveau des actions

LES POINTS À AMÉLIORER

- Moyens affectés à la prévention du risque infectieux : mise en évidence dans l'indicateur ICALIN de 10/40 au niveau des moyens
- Implication des acteurs pour le développement des indicateurs
- Participation du personnel à la formation continue

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Maîtrise du risque infectieux lié aux gestes invasifs (voie veineuse centrale et CIP)	Organisation de la surveillance épidémiologique et mise en place de check list	EOHH	Déc. 2015
Maîtriser le risque infectieux chez le patient opéré : risque ATNC	Révision du protocole de stérilisation permettant la mise en place de la révision du protocole d'identification du risque et de traitement des DM	Stérilisation	2015
Améliorer la prescription d'antibiotiques en première intention	Mise en place d'une formation sur la prescription des antibiotiques	COMAI	2016



Fiche 15 - PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS



Cette thématique permet d'évaluer l'organisation et la qualité de la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

À partir de la cartographie des risques a priori, les principaux risques identifiés sont :

COMPOSITION DU GROUPE

- Dr Jean FABRE, Responsable du Service des Urgences - Pilote du groupe
- Dr Bertrand LHEZ, Urgentiste
- Dr Maïté GARNIER, Urgentiste
- Dr Francisco OSORIO-PEREZ, Médecin, Responsable de la Commission des Admissions Non Programmées
- Christine DEHEZ, Cadre assistant du pôle R.U.B.I.S.
- Nathalie SPOTTI, Cadre de santé du Service des Urgences
- Cécile DICHARRY, Cadre de santé du S.M.U.R. et de l'U.S.C.
- Séverine DE BOEVER-BAUDOT, Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR



- Risque de sortie prématurée
- Non évaluation par un Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) et/ou Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) (pour les entrées de nuit)



- Erreur d'interprétation (examen, dosage)
- Erreur d'évaluation et/ou d'orientation
- Chute
- Suicide
- Mauvaise orientation vers service aval



- Sortie à l'insu du service
- Absence de surveillance post-transfusionnelle

Les principales données relatives aux évaluations sont :

- Taux de satisfaction globale des patients du service des urgences (2012-2013) : **92.90 %**
- E.P.P. « Prise en charge de la douleur au service des urgences » (2014) : **78.26 %** patients bénéficiant d'une évaluation initiale de la douleur (résultats en progression par rapport à la 1^{ère} étude réalisée en 2009)
- Nombre de R.M.M. organisées sur le secteur urgences-réanimation (2014) : **3** (dont une réunion de bilan des actions issues des RMM 2014 organisée en mars 2015)
- Taux de patient dont le délai d'attente est < 2 heures (2013) : **36.64 %**
- Durée moyenne de passage (2013) : **211 minutes**



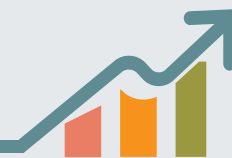
LES POINTS FORTS

- Participation du service des urgences à la définition des besoins et des moyens du territoire
- Missions et fonctionnement du service des urgences connus en interne
- Formation du personnel à l'accueil et à la prise en charge des patients au service des urgences
- Binôme Infirmier Organisateur de l'accueil (IOA) et Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO)
- Participation au projet ANAP "gestion des lits"

LES POINTS À AMÉLIORER

- Fonctionnement de la Commission des Admissions Non Programmées

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Développer une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins	Mise en œuvre des actions d'amélioration définies dans le projet de l'ANAP "gestion des lits"	Dr J. FABRE C. DEHEZ	4 ^e trim. 2015
	Poursuite du travail de la Commission des Admissions Non Programmées (CANP) et formaliser un plan d'actions	Dr F. OSORIO-PEREZ	Déc. 2015
Améliorer le circuit d'aval	Poursuite du développement des filières spécifiques (dermatologie, personnes âgées, embolisation, ...)	Dr J. FABRE	4 ^e trim. 2015
Améliorer la maîtrise du risque relatif aux erreurs d'interprétation des examens en externe	Mesure des erreurs d'interprétation des examens en externe	Dr M. GARNIER	Déc. 2015



Fiche 16 - PRISE EN CHARGE DE LA FIN DE VIE



Cette thématique vise à évaluer l'organisation et la prise en charge des patients en fin de vie.

Les principaux risques identifiés sont :



- Erreur de prescription ou prescription non pertinente / Bonnes Pratiques Professionnelles (B.P.P.) en soins palliatifs
- Non repérage des besoins et souhaits du patient / famille
- Perte d'informations sur l'accompagnement de fin de vie pouvant conduire à une mauvaise coordination



- Non recueil des directives anticipées
- Non respect du droit à l'accès aux soins palliatifs



- Non information sur la désignation de la personne de confiance

COMPOSITION DU GROUPE

Dr Soazic DREANO-HARTZ, *Chef de service EMSP, Pilote du groupe*

Dr Claude PUYOBRAU, *Médecin Soins Palliatifs*

Julien DEBETS, *Psychologue EMSP*

Damdam OSORIO KADDY, *IDE EMSP*

Anne-Laure CERAN, *IDE EMSP*

Stéphanie DURAN, *IDE MSM1*

Amélie BARREAU, *IDE service des Urgences, membre du Comité d'Éthique*

Séverine DE BOEVER-BAUDOT, *Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR*

Les principales données relatives aux évaluations sont :

■ Nombre de patients pris en charge par l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) en 2013 : **385**

(+ 2.39 % par rapport à 2012)

■ Nombre d'interventions de l'EMSP auprès des équipes soignantes (conseil, soutien, ...) en 2013 : **3224** (- 3.18 % par rapport à 2012)

■ Nombre de participants formés par l'EMSP à la démarche palliative et à la réflexion éthique en 2013 : **403**



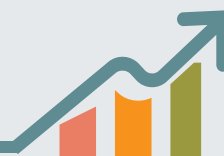
LES POINTS FORTS

- Organisation d'évaluation et de prise en charge des besoins des patients en fin de vie opérationnelle (E.M.S.P. et unité de soins avec des lits dédiés aux soins palliatifs)
- Formation et soutien des équipes (dont établissements extérieurs)

LES POINTS À AMÉLIORER

- Propositions de désignation de personne de confiance + recueils des directives anticipées non systématiques
- Missions et organisation de l'E.M.S.P. partiellement connues des unités de soins

Suite à l'identification des risques et aux points à améliorer, les axes d'amélioration définis sont notamment



OBJECTIF(S)	ACTION(S) D'AMÉLIORATION	PILOTE(S)	ÉCHÉANCE PRÉVUE
Systématiser le droit à l'accès aux soins palliatifs	Évaluation des attentes des services par rapport au fonctionnement et aux interventions de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (E.M.S.P.)	Dr S. DREANO-HARTZ	Avril 2015
Améliorer l'application du respect des droits des patients	Systématisation de la proposition de désignation d'une personne de confiance	N. SIBÉ	2015
	Mise à disposition des services des formulaires de recueil des Directives Anticipées (ref GED : DSS/FOR/0015, DSS/FOR/0016, DSS/FOR/0017)		
Améliorer l'accompagnement de fin de vie	Poursuite de la formation « démarche palliative »	Dr S. DREANO-HARTZ	Plan de formation annuel
	Poursuite des informations sur « la fin de vie » par le Comité Éthique	Dr B. POCH	2015



“La méthode du patient-traceur permet d’analyser de manière rétrospective le parcours d’un patient de l’amont de son hospitalisation jusqu’à l’aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.”

(définition extraite du guide méthodologique HAS « Le patient-traceur en établissement de santé » du 26 novembre 2014)

- Intégrer le patient et son expérience ainsi que celle de ses proches dans l’évaluation de la prise en charge
- Évaluer le parcours du patient, de l’amont de son hospitalisation jusqu’à l’aval
- Contribuer au diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, en identifiant les points positifs et les points à améliorer
- Travailler en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle à partir de la prise en charge d’un patient

1^{re} liste des patients traceurs qui vont être déployés au Centre Hospitalier de Dax-Côte d’Argent courant 2^e et 3^e trimestre 2015 :

PARCOURS PATIENT	SECTEURS CONCERNÉS	MÉDECIN « RÉFÉRENT »
Parcours du patient psychiatrique	Psychiatrie adulte / CSM / CH Mont de Marsan	Dr D. MALET-PINSOLLE
Patient adulte atteint de pyélonéphrite	Urgences / médecine infectieuse	Dr K. ANDRÉ
Patient présentant une cardiopathie ischémique	Cardiologie / URCET / Urgences / CH Mont de Marsan	Dr J-L. ROYNARD
PEC de l’AVC	Neurologie/ UNV / Urgences / SSR	Dr P. DESBORDES
Sevrage d’alcool	Médecine Hépatogastroentérologie / Addictologie	Dr C. DESBORDES
Tumeur du sein	Chirurgie / radiothérapie / chimiothérapie / gynécologie / Soins palliatifs	Dr É. ROUSSEAU
Césarienne programmée	Obstétrique	Dr F. DESFARGES
Polyarthrite (hôpital de jour)	Médecine interne E	Dr É. SHIPLEY et Dr J. FORET
Syndrome du canal carpien	Chirurgie orthopédique et traumatologique / HDJ chirurgical	Dr B. ZIPOLI
PEC du patient obèse	Chirurgie digestive et vasculaire	Dr OGOUCHI
Fracture per trochantérienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique / SSR / Urgence	Dr D. RIBEYRE
PEC des patients Alzheimer	Filière “consultation mémoire” + UCC	Dr G. SOULIÉ
Asthme	Pédiatrie	Dr L. GERONY-LAFFITTE
Intoxication volontaire	Réanimation / USC	Dr J-M. MAZOU
Patient diabétique	Diabétologie	Dr E. BOURRINET
Cholécystectomie programmée	Chirurgie viscérale	Dr B. BLANC
Chirurgie de la paroi Cancer du colon	Consultations externes / Chirurgie viscérale	Dr B. BLANC

Accompagnement des équipes pour la mise en œuvre de la méthode :

■ Organisation d’une formation sur la méthode du patient-traceur :

Public concerné :

- Direction
- Président CME
- Trinômes de pôle
- Chefs de service + cadres de santé
- Médecins référents des parcours de patient
- Représentants des usagers (siégeant dans les instances)
- Direction des Soins
- Groupe de Management de la Qualité et Gestion des Risques
- Direction Qualité et Gestion des Risques

Durée : 1 jour (5 groupes planifiés sur mars – avril – mai 2015)

Modalité : avec un organisme extérieur (le GRIEPS) dont l’intervenant est un PH, coordonnateur des risques liés aux soins.

■ Accompagnement méthodologique pour le déploiement par les membres de la DQGR.



L'équipe de la Qualité, de la Gestion des Risques, des Relations avec les Usagers et de la Communication se tient à votre disposition ...



Jean COURET,
Directeur des Affaires Générales, de la Qualité,
de la Gestion des Risques, des Relations avec les
Usagers et de la Communication



Aude PAMPHILE,
Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR
poste 66 47



Séverine DE BOEVER-BAUDOT,
Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR
poste 42 62



Virginie DURRUTY,
Technicienne Supérieure Hospitalière, Radiothérapie



Rachel SALLABERRY,
Technicienne Supérieure Hospitalière, DQGR
poste 30 66



Sandrine ALLARD,
Chargée de la Communication

Pour se familiariser avec les définitions, sigles et acronymes

Audit de processus : Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en oeuvre 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.

Écart : 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.

AMDEC analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité

ANAP agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS agence régionale de santé

ASN agence de sûreté nucléaire

CBUM contrat de bon usage des médicaments et prestations

CCECQA comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine

CCLIN comité de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

CISS comité inter associatif sur la santé

CLIN comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD comité de lutte contre la douleur

COMEDIMS commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

COMPAQH coordination de la mesure de la performance et amélioration de la qualité

CPOM contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CQ compte qualité

CREX comité de retour d'expérience

CRUQPC commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CSTH comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance

DIM département de l'information médicale

DPC développement professionnel continu

EIG événement indésirable grave

EOH équipe opérationnelle d'hygiène

EPP évaluation des pratiques professionnelles

GBEA guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale

GDR gestion des risques

HACCP hazard analysis control critical point (identification des risques pour la maîtrise des points critiques)

HAD hospitalisation à domicile

HAS haute autorité de santé

HCSP haut comité de la santé publique

HPST (loi) hôpital, patients, santé et territoires

ICALIN indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales

ICSHA indice de consommation de solutions hydroalcooliques

ICATB indice composite du bon usage des antibiotiques

IPAQH indicateurs de performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière

IPAQSS indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

IQSS indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux

ISO infection du site opératoire

MAR médecin anesthésiste réanimateur

MCO médecine, chirurgie, obstétrique

NRBC nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique

PDCA planifier, faire, vérifier, réagir et décider

PEP pratique exigible prioritaire

PSL produit sanguin labile

QUALHAS indicateurs qualité HAS

RCP réunion de concertation pluridisciplinaire / responsabilité civile professionnelle

RPS risques psycho sociaux

REMED revue des erreurs médicamenteuses

RMM revue de morbidité-mortalité

SARM staphylococcus aureus résistant à la mécilline

SSR soins de suite et de réadaptation

SSPI soins de suite post-interventionnels

SURVISO surveillance du taux d'infections du site opératoire

TMS troubles musculo squelettiques

USLD unité de soins de longue durée

VIPES volet d'identification et de présentation des établissements de santé