

ANNEXE

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

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la qualité et des risques	P / Définition de la stratégie	PS	Le PAQSS et le compte qualité ne sont pas totalement finalisés. L'établissement n'a pas défini les modalités de suivi de toutes les actions du PAQSS institutionnel et du compte qualité.	8a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La démarche qualité institutionnelle est partiellement connue des professionnels de terrain. Les professionnels rencontrés ne connaissent pas la structuration de l'organisation et les plans d'actions institutionnels.	1e
		PS	La déclaration des EI n'est pas exhaustive. Les personnels rencontrés reconnaissent ne pas déclarer systématiquement les EI, notamment les erreurs médicamenteuses ou en endoscopie. Au premier semestre 2015, le CH a enregistré 739 déclarations, hormis les déclarations relatives à l'activité de radiothérapie.	8f
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	PS	L'établissement ne dispose pas d'un tableau de bord permettant la visualisation de l'ensemble des évaluations. L'établissement n'a pas mis en place un tableau de bord recensant toutes les évaluations et audits et leur périodicité.	2e
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	NC	Les actions d'amélioration ne sont pas toutes coordonnées. Les actions définies par les services lors d'EPP, RMM ou CREX ne sont pas systématiquement intégrées dans le PAQSS institutionnel global.	8a
Gestion du risque infectieux	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	Les règles de prescription en matière d'isolement pour risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre. Sur 4 dossiers de patients en isolement consultés, aucun ne contenait une prescription d'isolement émanant du praticien du service (référence à l'isolement et aux protocoles d'hygiène validés sur le dossier de soins).	8g
		PS	La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure n'est pas toujours inscrite dans le dossier du patient. L'antibiothérapie n'est pas réévaluée systématiquement après prescription initiale.	8h
Parcours du patient	D / Disponibilité des ressources	PS	Les locaux ne sont pas toujours adaptés aux personnes handicapés. L'ascenseur du secteur 4 en psychiatrie est en panne au moment de la visite, empêchant un patient en fauteuil roulant d'accéder à la cafétéria et à certaines activités.	19a
		PS	Le matériel d'urgence n'est pas toujours complet et sécurisé. Dans quelques services, les chariots d'urgence ne sont pas sécurisés (SLD, neurologie).	18b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La recherche du risque suicidaire n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Dans les services de MCO visités, la recherche du risque suicidaire n'a pas été systématiquement retrouvée dans les dossiers consultés : Elle n'a pas été retrouvée en chirurgie digestive et en cardiologie.	19c
Dossier patient	P / Organisation interne	NC	L'organisation de l'archivage des dossiers patients ne permet pas de garantir systématiquement son accès dans les délais réglementaires. Les demandes concernant l'accès aux informations médicales de moins de 5 ans ne sont pas traitées dans le délai réglementaire. A l'origine de ce dysfonctionnement, des locaux inadaptés au volume des dossiers archivés et des règles d'archivage en voie d'appropriation par le personnel affecté aux archives. Le délai moyen d'acheminement d'un dossier papier par le prestataire est de 5 jours en moyenne.	14b
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La trace du recueil de la personne de confiance n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. En cardiologie, le recueil de la personne de confiance n'a pas été retrouvée dans les dossiers patients examinés lors de la visite. Lors de la rencontre du patient traceur dans le service de gastro-entérologie, la personne de confiance n'est pas renseignée dans le dossier informatisé ni dans le dossier papier. Le document a été distribué et remis à la patiente mais non récupéré malgré un passage au bloc.	14a
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	D / Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle	PS	Les professionnels sont peu sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses et ne les déclarent pas systématiquement. Les IDE rencontrés n'ont pas été sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses (hormis au cours de leurs études) et certains ont demandé à l'EV ce qu'il entendait par erreurs médicamenteuses. Les IDE informent le médecin et le cadre en cas d'erreurs mais affirment ne pas déclarer.	20a
	D / Disponibilité des ressources	NC	La PUI ne dispose pas de locaux suffisamment vastes pour permettre un stockage des médicaments et DM conformément aux bonnes pratiques. A Poissy, l'espace de stockage et de dispensation des médicaments est encombré de cartons et de palettes. Certains locaux sont détériorés et non nettoyés (local de stockage des biberons stériles). La PUI reste ouverte sur un couloir où circulent des patients et consultants tout le temps que les magasiniers et préparateurs réceptionnent les médicaments et DM, c'est-à dire quasiment toute la journée (sur le site de Poissy, sont réceptionnés chaque jour une centaine de colis et une dizaine de palettes).	20a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les prescriptions manuscrites ne sont pas toujours conformes. Les prescriptions ne comportent pas systématiquement le nom et la signature du prescripteur dans la plupart des services rencontrés. Elles ne sont pas toutes signées (chirurgie orthopédique).	20a
		NC	Les administrations de médicaments ne sont pas toutes sécurisées. L'identité des patients n'est pas mentionnée pour toutes les préparations injectables. En réanimation, les pousse-seringues ne sont pas étiquetés avec le nom du patient. En neurologie et en chirurgie orthopédique, les HBPM sont identifiées uniquement par le numéro de chambre.	20a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			La préparation des médicaments injectables et non injectables n'est pas effectuée au fur et à mesure de la chronologie de l'administration. En réanimation, tous les médicaments injectables et non injectables pour 4 patients sont sortis de l'armoire à pharmacie et centralisés dans une boîte commune pour 24h. En réanimation, l'IDE modifie les doses d'adrénaline ou de noradrénaline injectées en pousses seringues selon l'évolution des constantes sans validation médicale et en l'absence de tout protocole. Néanmoins, l'établissement a créé et présenté un document de travail le 24 novembre 2015 procédurant la sécurisation de l'administration des catécholamines.	
		PS	Les pharmaciens ne valident pas toutes les prescriptions. Les pharmaciens ne valident pas les prescriptions effectuées sur support papier, hormis ceux à dispensation contrôlée.	20a
		PS	Le transport des stupéfiants n'est pas totalement sécurisé. Il n'existe pas de système de transport sécurisé des stupéfiants.	20a
	A / Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats	PS	L'établissement ne diffuse pas systématiquement les actions d'amélioration et les résultats issus des CREX et RMM. Les actions d'amélioration issues de CREX ou RMM ne sont pas communiquées à l'ensemble des professionnels de l'établissement et ne sont pas intégrées dans le PAQSS global.	20a bis
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	D / Disponibilité des ressources	PS	Les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité du patient. En fonction du flux croissant des urgences et des normes d'aujourd'hui, les locaux, construits en 1974, font que les allers et venues des patients se croisent, les attentes secondaires sont effectives dans les couloirs, les portes des boîtes restent ouvertes pour certains.	25a
	D / Description de la mise en œuvre effective	NC	Les examens ne sont pas toujours réalisés dans le respect des bonnes pratiques. L'interprétation des radiologies standards n'est pas réalisée pour la plupart. Ce point reste d'actualité malgré le fait que l'établissement a ciblé un risque de priorité 1 sur ce point.	25a
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	P / Organisation interne	PS	La charte de fonctionnement des blocs opératoires est en attente de validation par les chirurgiens et les instances. L'organisation des blocs opératoires est formalisée dans la charte de fonctionnement. Le document a été réactualisé en novembre 2015, ce dernier est en attente, au moment de la visite, de validation par les chirurgiens et les instances.	26a
	D / Disponibilité des ressources	NC	Certains locaux de bloc opératoire et de SSPI ne permettent pas de garantir le respect des règles de l'hygiène hospitalière. Dans des secteurs anciens du bloc de Poissy, le sol est revêtu d'un pavage de petits carreaux aux joints en mauvais état. Dans la SSPI du bloc de Poissy un trou dans le sol plastifié est réparé sommairement par des bandes adhésives salles. Le vestiaire du bloc de Poissy est exigu, vétuste et encombré. Ceci ne permet pas le nettoyage optimal des sols et le respect strict des règles d'hygiène.	26a

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	L'informatisation du bloc opératoire n'est pas intégrée au SIH de l'établissement. L'outil de programmation opératoire est un outil interne qui ne permet pas l'informatisation du dossier d'anesthésie, de la check-list et de la traçabilité des DMI...	26a
		NC	Les règles de mise en œuvre de la check-list au bloc opératoire ne sont pas respectées dans certains secteurs. Lors de la visite du site de Saint Germain, une chirurgie au bloc central comportait la mise en œuvre d'une check-list non renseignée en temps réel (le post opératoire était prérempli dès le début de l'intervention).	26a
Management de la prise en charge du patient en endoscopie	P / Définition de la stratégie	PS	Il n'existe pas de stratégie formalisée commune au CHIPS sur les deux sites et décrivant des objectifs et orientations précises et mesurables en endoscopie. Le secteur d'endoscopie digestive et l'endoscopie bronchique fixent des objectifs spécifiques chacun dans leurs pôles de rattachement. Il n'existe pas d'objectifs ni de projets communs aux secteurs d'endoscopie.	26b
	P / Organisation interne	NC	L'établissement n'a pas formalisé l'organisation des actes d'endoscopie réalisés dans les autres services de l'établissement (urologie, réanimation, cardiologie). Aucun document n'intègre les actes d'endoscopie réalisés dans les autres services de l'établissement (urologie, réanimation, cardiologie).	26b
	D / Disponibilité des ressources	PS	Il n'existe pas de base documentaire unique et partagée sur l'endoscopie. Chaque secteur d'endoscopie dispose d'une gestion des ressources documentaires qui lui est propre ; le service d'hygiène hospitalière a mis en place des procédures de traitement des endoscopes pour l'établissement.	26b
		PS	Les professionnels du secteur d'endoscopie ne sont pas tous formés à l'activité. Dans le secteur d'endoscopie digestive, en l'absence de professionnels anesthésistes ou d'IADE dédiés à l'activité, l'antalgie est pratiquée sous MEOPA par l'IDE du secteur. Toutefois, l'utilisation de cette technique nécessite une formation préalable du personnel ; celle-ci n'est pas en place.	26b
		NC	Les locaux de stockage des endoscopes de gastroentérologie du site de Poissy ainsi que les locaux de désinfection des endoscopes ne sont pas conformes. Le local de stockage des endoscopes propres sur le site de Poissy est une salle d'examen où se pratique une activité de proctologie. Le local de désinfection des endoscopes du bloc central de Poissy est situé dans le couloir de circulation des DASRI dans un secteur non cloisonné quoique bien ventilé.	26b
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La déclaration des EI en endoscopie n'est pas exhaustive. Les personnels rencontrés reconnaissent ne pas déclarer systématiquement les EI.	26b
	C / Evaluation du fonctionnement du processus	NC	Il n'existe pas de dispositif d'évaluation commun à tous les secteurs d'endoscopie de l'établissement. Il n'a pas été réalisé de tableau de bord commun permettant de mutualiser	26b

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
			les retours expériences et les actions d'évaluation. La réponse à l'audit national 2015, non réalisé au moment de la visite mais en projet et sera un élément contributif.	
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance	D / Disponibilité des ressources	PS	Les locaux de l'établissement ne dispose que d'une salle de pré-travail. Les locaux ne permettent pas d'en créer d'autres. Il peut y avoir plusieurs femmes en pré travail et en même temps.	26b