



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES

**13 rond point André Malraux
92100 BOULOGNE BILLANCOURT**

SEPTEMBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	41
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	45

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES	
Adresse	13 rond point andre malraux 92100 Boulogne Billancourt
Département / région	HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	920000759	SAS CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES	13 ROND POINT ANDRE MALRAUX 92100 Boulogne-Billancourt
Etablissement de santé	920300183	CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES	13 rond point andre malraux 92100 Boulogne Billancourt

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	15	28
MCO	Chirurgie esthétique	7	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Hôpital Ambroise Paré Boulogne : réanimation, chirurgie digestive, cardiologie, imagerie. Hôpital Georges Pompidou Paris 16ème: réanimation, urgences. Centre Hospitalier des quatre villes (Saint-Cloud): endoscopie digestive. Clinique Rémusat : Chirurgie orthopédique - endoscopie digestive. Centre clinique de la porte de Saint Cloud(Boulogne) : oncologie, chirurgie.
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé. Une visite de la Commission de sécurité incendie a eu lieu le 21 octobre 2014. Elle a émis un avis défavorable à la poursuite de l'exploitation de l'établissement, suite à la constatation de 14 anomalies. L'établissement a procédé à la levée en partie des anomalies. Cependant, le directeur a sollicité quelques dérogations à trois anomalies (N° 4, N° 5, N° 14). Un procès-verbal en date du 4 juin 2015 a émis un nouvel avis défavorable à cette demande de dérogation, et aussi lever partiellement les prescriptions N° 1, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13 et 14. Il reste les prescriptions N° 2, N° 6, N° 7 et N° 11 (éléments de preuve). Par ailleurs, le non arrêt de l'ascenseur du 3ème étage en cas d'incendie, a fait l'objet d'un devis, qui à ce jour n'a pas été validé par le directeur. L'établissement a sollicité le 19 février 2016, une nouvelle visite de la Commission sécurité, spécifiant que les anomalies constatées lors de leur dernier passage ont été levées. Le programme de mise en conformité a débuté. Les mesures mises en place sont : - Mise à disposition des attestations de contrôles réglementaires et des levées de réserve sous forme papier - Mise en conformité du stockage du Chlore - Réglage de ferme-portes - Mise à disposition des attestations de formations - Mise à disposition de protocoles sous format papier.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	HC	Chirurgie plastique reconstructrice esthétique	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	HDJ	Chirurgie de la cataracte	Programmé	simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

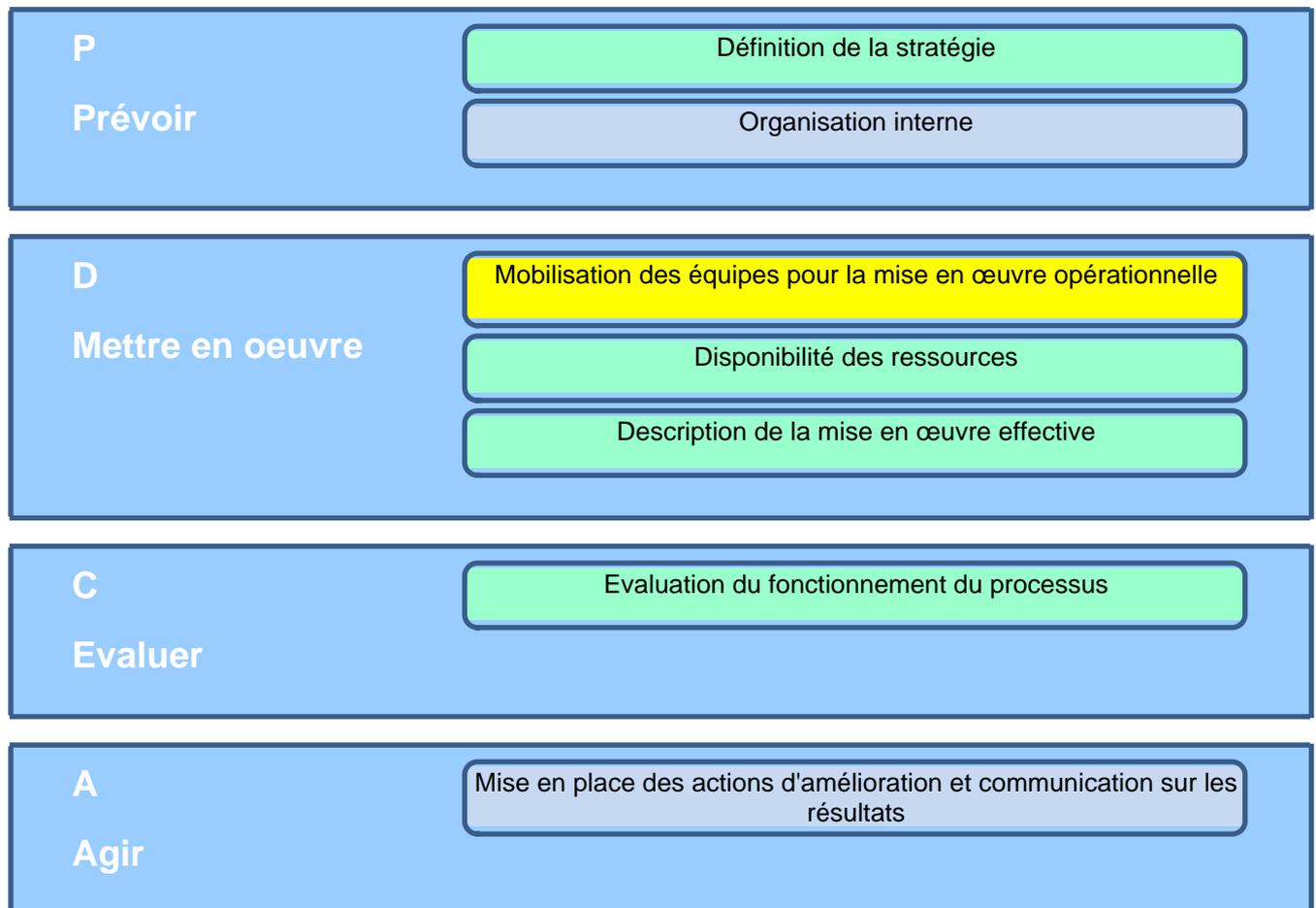
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré un projet d'établissement 2016-2020 pour répondre aux besoins de prise en charge, au regard des orientations régionales et nationales.

A la suite de la dernière certification V 2010 sans recommandation, l'établissement, par l'intermédiaire du médecin DIM, a poursuivi l'élaboration des cartographies des risques pour chaque thématique. Ce médecin s'est appuyé sur les données émanant des dysfonctionnements, des enquêtes, des audits, des événements indésirables, de la réglementation et des analyses de processus.

La hiérarchisation des risques, établie selon une méthodologie, a été validée par le Comité de Pilotage Qualité et Gestion Des Risques et Vigilances (COPIL QGDRV).

Des orientations stratégiques ont été fixées, dont la redéfinition de la politique qualité, la gestion de crise, le développement des EPP et d'indicateurs de suivi du Plan d'Amélioration Qualité et Gestion Des Risques et Vigilances (PAQGDRV). Celui-ci est institutionnel et unique, avec des objectifs, des responsables, des échéances et des modalités de suivi. Il a été soumis à la CME, la CRU, avec un engagement de la direction.

A partir de la hiérarchisation des risques selon la matrice (criticité/fréquence/niveau de maîtrise) constituant le compte qualité, le PAQGDRV a été révisé, dont la dernière mise à jour date de janvier 2016.

Le médecin DIM, coordonnateur des risques et de la certification, assure la veille réglementaire, et fait alors l'objet d'actions nouvelles dans le PAQGDRV, après avoir été soumis au COPIL.

Le PAQGDRV validé est intégré à l'application informatique, regroupant l'ensemble de la gestion documentaire (procédures, protocoles, événements indésirables, compte-rendu). Sa saisie date de 2015 et est en cours (631 protocoles/2000).

Cependant, les professionnels de terrain n'ont pas été associés à l'analyse des risques avec leurs hiérarchisations, dans le cadre du compte qualité ; seuls les pilotes du COPIL QGDRV y ont participé accompagnés du médecin DIM et de la nouvelle RAQ. Ce constat s'applique sur l'ensemble des processus investigués, hormis le secteur d'endoscopie.

Lors des rencontres des pilotes institutionnels et opérationnels de tous les processus investigués hormis le secteur d'endoscopie, ceux-ci nous l'ont confirmé, ainsi que les professionnels de terrain.

ORGANISATION INTERNE

Le COPILQGDRV est la structure de référence qui assure le pilotage de la démarche, comme la validation du compte qualité et le PAQGDRV, dont la dernière mise à jour date de janvier 2016.

Ce comité de pilotage regroupe hormis les responsables de secteurs et la cellule qualité et gestion des risques et des vigilances, les pilotes des thématiques. Ceux-ci ont été proposés en COPILQGDRV, en fonction de leur expertise respective et leur disponibilité. Des lettres de mission leur ont été attribuées en octobre 2015.

Les commissions en place ont aussi été impliquées pour certaines thématiques (CLIN, CLUD, CRU...). La cellule qualité les accompagne sur le plan méthodologique. Des référents hygiène et douleur ont été nommés.

Le plan de formation 2015 a intégré une formation pour le pilotage de la démarche qualité. Un recrutement d'un responsable qualité (RAQ) a été réalisé en septembre 2014. Le médecin DIM et coordonnateur des risques et de la certification, a accompagné la certification V 2014 auprès des pilotes et professionnels de terrain, par des rencontres informelles de formation/sensibilisation.

L'acquisition d'un logiciel qualité et gestion des risques a permis une structuration de la gestion documentaire, ainsi que le dispositif de signalement des événements indésirables. Ce logiciel via intranet est mis à la disposition du personnel.

La cellule qualité, qui se réunit une fois par mois, analyse les fiches d'événements indésirables en collaboration avec les responsables de secteurs concernés, suivi si besoin d'une action corrective après RMM, Retour d'expérience (RETEX) ou analyse de cause de type ALARM.

Le système d'information est constitué entre autre d'un ensemble d'applications informatiques, permettant d'assurer les interfaces du parcours patient (prise de rendez-vous /gestion du planning opératoire/gestion des lits/gestion partiel du dossier patient). Le parc informatique est soumis à un plan de maintenance curative et préventive, avec renouvellement si nécessaire, assurées par des prestataires externes.

Les équipements logistiques et médicaux sont aussi soumis à une maintenance préventive par des prestataires externes, sur un rythme annuel. De plus, un technicien sur site assure une permanence technique, en relais des sociétés externes. L'ensemble de ces maintenances fait l'objet de contrats.

Un plan blanc a été révisé dans sa quatrième version en septembre 2015, intégrant la gestion de crise.

Compte-tenu de la taille de l'établissement, les circuits et interfaces sont facilités, avec les rôles respectifs de chacun connus et respectés. Ceux-ci sont protocolisés. La communication téléphonique entre professionnels de secteurs différents sont utilisés, ainsi que les supports papiers et informatiques

(les deux coexistant).

L'approvisionnement logistique est externalisé, avec un agent dans chaque domaine assurant la réception (restauration, lingerie).

La gestion des plaintes est assurée en partie par le RAQ, via le logiciel de signalement des événements indésirables. Des enquêtes de satisfaction sont suivies en continu par l'infirmière générale. Tous les dossiers de réclamations sont centralisés dans un registre tenu par la direction, qui propose une conciliation si besoin. Ces dossiers sont transmis à la CRU après analyse par la cellule qualité et le COPILQGDRV.

Le RAQ prépare les réunions de la CRU, qui s'est réuni quatre fois sur l'année 2015. Il a présenté la politique des droits des patients issue du dernier projet d'établissement 2016-2020, et régulièrement les résultats des enquêtes de satisfaction accompagnés des actions correctives, et les plaintes et réclamations préalablement analysées. Par ailleurs, le PAQGDRV dans sa réactualisation fait aussi l'objet d'une présentation régulière.

Les missions de la CRU, ainsi que les modalités de sollicitation du médiateur médical sont inscrites dans le livret d'accueil. Le représentant des usagers a un accès externe au logiciel de gestion documentaire, ce qui lui permet la lecture de tout nouveau document, ainsi que des comptes-rendus d'instances.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQGDRV unique et institutionnel regroupe l'ensemble des secteurs, dont chacun des pilotes présente des actions qui lui sont propres.

La cellule qualité a organisé, en septembre 2015, une formation/sensibilisation à la qualité, portant sur les principes de la démarche qualité, ses enjeux, et les outils et méthodes nécessaires dans l'analyse des dysfonctionnements. Des rencontres informelles ont été réalisées courant septembre 2015, pour sensibiliser l'ensemble des professionnels à la démarche de certification.

Une communication via intranet est réalisée par un message d'alerte pour tout nouveau document. Une revue « petit prince », édité une fois par trimestre, permet de communiquer avec le personnel sur les points d'évolution de la démarche.

L'infirmière générale suit un ensemble d'indicateurs, centralisés sur un tableau de bord. Il regroupe un ensemble de thématiques (conversion ambulatoire/hospitalisation complète, nombre de questionnaires de satisfaction, nombre de chutes, patients infectés, patient avec contention...). Ceux-ci sont présentés et commentés dans les unités de soins une fois par mois. Ils servent de support d'échanges avec les équipes. Certains résultats peuvent conduire à la mise en place de RETEX ou RMM.

La CME a poursuivi la démarche EPP, à travers soit de nouvelles itérations d'EPP déjà initiées jusqu'en 2014, soit la création de nouvelles EPP. Celles-ci ont été retenues au regard de la réglementation ou d'événements indésirables récurrents.

Cependant, les professionnels de terrain ne sont pas associés à ces analyses avec l'identification d'actions correctives.

Les professionnels de terrain ne sont pas associés, hormis dans le cadre des propositions éventuelles accompagnant la fiche de signalement d'un événement indésirable. Seuls les praticiens ou responsables de secteurs y participent.

Lors des rencontres des pilotes institutionnels et opérationnels, ceux-ci nous l'ont exprimé, et les professionnels de terrain nous l'ont confirmé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à la charge de travail effective, sur la base d'un effectif initial établi. Des formations ont été assurées sur l'année 2015, portant sur les thématiques relatives à la prise en charge du patient dans le cadre de la sécurisation de celle-ci (douleur, transfusion, bientraitance).

La cellule qualité accompagne et suit les équipes dans l'état d'appropriation de la démarche qualité, à travers des rencontres régulières. Il existe un dispositif d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant, avec un tutorat durant un mois.

Le PAQGDRV est à disposition des professionnels, avec une alerte pour chaque nouveau document sur le portail intranet de l'établissement, ainsi qu'une formation assurée en interne à l'ensemble du personnel.

Le dispositif de gestion documentaire est principalement centralisé au niveau du RAQ. Les procédures et protocoles sont accessibles via intranet et connus des professionnels, dont la recherche se fait par mot clef. Les documents sont actualisés régulièrement au fil des besoins et de la réglementation. Il persiste les supports papier, dans la mesure où l'ensemble des documents n'ont pas encore été intégrés au logiciel. Ces supports papier sont remplacés "au fil de l'eau" par la surveillante générale ou le RAQ. Des postes informatiques sont mis à la disposition des professionnels dans les salles de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est organisée et connue des professionnels, où chaque acteur intervient en s'appuyant sur des procédures établies. Le bureau des entrées réalise une pré-admission, qui le jour de l'entrée du patient, est récupéré par l'unité de soins, complétant alors le dossier patient et contrôlant les

pièces constitutives. Le jour d'entrée, le patient est accueilli par l'IDE ou l'ASD de l'unité qui vient le chercher au bureau des admissions. Les entrées sont horodatées la veille, ainsi que le programme opératoire distribué aux unités la veille en support papier.

L'identité-vigilance est pratiquée par les équipes soignantes, en respectant les consignes de sécurité (demander au patient de se nommer, contrôle de son identité sur l'ensemble des documents et mise en place instantanée d'un bracelet d'identification).

Un contrôle des documents tels que le consentement éclairé, la réflexion bénéfique/risque et la personne de confiance est réalisé à chaque admission. Les tâches entre l'IDE et l'ASD sont organisées pour une collaboration en binôme.

L'articulation avec le secteur médico-technique est réalisée par l'intermédiaire de fiche de liaison péri-opératoire constituant un document unique, et complété par les professionnels concernés à chaque étape. Chaque transfert de patient au bloc opératoire est précédé d'un appel téléphonique à l'unité de soins.

Une traçabilité des données est effective et s'opère selon la partie du dossier patient soit sur support papier, soit sur support informatique.

Il n'existe pas de rencontre formelle programmée médico-soignante. La coordination s'effectue au fil de l'eau par des contacts téléphoniques ou physiques selon le besoin.

L'infirmière générale suit la sécurité de la prise en charge des patients à travers des échanges continus avec les équipes et les cadres du bloc opératoire et du service d'endoscopie, ainsi qu'à l'occasion de traitement d'évènements indésirables, enquêtes ou RETEX.

Le dispositif de gestion des EI est opérationnel dans les unités, avec une appropriation par les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le COPILQGDRV, en appui de la cellule qualité, suit au fil de l'eau l'état d'avancement du PAQGDRV institutionnel. Les évènements indésirables sont préalablement traités par la cellule qualité, avec éventuellement les responsables de secteurs, qui dans un deuxième temps soumet des actions correctives au COPILQGDRV. Celui-ci intègre les vigilances sanitaires, dont la veille est assurée par le médecin DIM coordonnateur des risques et de la certification. Sur un rythme régulier, le cadre hygiéniste responsable des évaluations réalise des enquêtes de satisfaction des patients sur des thématiques (douleur), des audits programmés (armoires à pharmacie, chariot d'urgence, des piluliers...), et l'infirmière générale suit des indicateurs spécifiques (intervention annulée, patients non venus, chutes, plaintes, sortie avant intervention, conversion ambulatoire/hospitalisation complète).

Les résultats sont communiqués aux équipes et commentés lors de rencontres périodiques. Certains résultats font l'objet de RMM ou de RETEX, conduite par les responsables de secteurs et/ou praticiens. Des tableaux de bord par secteur médico-technique (endoscopie et bloc opératoire) sont suivis par leurs responsables.

En complément des indicateurs IQSS sur un rythme biennal, des audits dossiers patients sont effectués par le médecin DIM dans l'année intermédiaire.

Les enquêtes de satisfaction, sous l'égide du RAQ et de l'infirmière générale, sont régulièrement analysées, suivies d'actions correctives. L'ensemble de l'activité de la CRU fait l'objet d'un rapport annuel.

Le programme EPP est suivi par le président de CME, et a déjà fait l'objet de plusieurs itérations, avec un bilan annuel réalisé et présenté en CME.

A / AGIR

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

A la suite de la dernière certification V 2010, l'établissement a continué à réaliser des cartographies des risques par secteur ; ce qui lui a permis d'alimenter le PAQGDRV. Un ensemble d'actions correctives sont menées régulièrement au sein de l'établissement, en lien avec le PAQGDRV institutionnel. Celui-ci est régulièrement réactualisé, selon l'avancée des actions d'amélioration réalisées. En fonction de la nature de l'action d'amélioration, celle-ci est menée par les responsables de secteur ou la cellule qualité.

La communication des résultats s'appuie sur des supports d'information tels que les alertes sur le portail intranet, le journal interne, ainsi que la communication orale à travers la rencontre des équipes. Les résultats des audits, enquêtes ou indicateurs sont présentés aux instances concernées.

La communication aux usagers, se produit par l'intermédiaire des représentants des usagers.

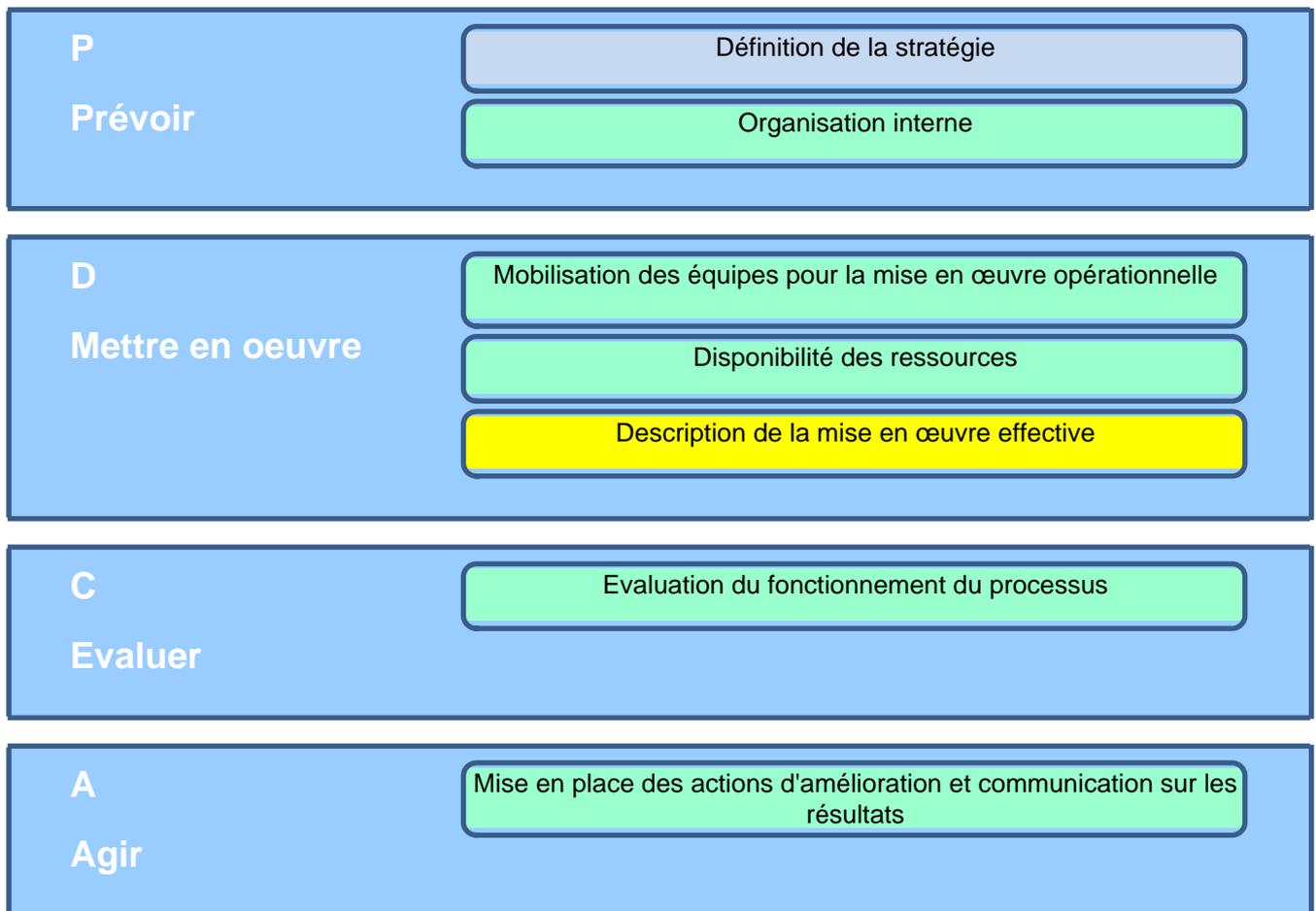
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré un projet d'établissement 2016-2020 pour répondre à ses besoins sur la prévention du risque infectieux, avec l'association étroite du CLIN. Ce projet d'établissement comporte, dans son volet « lutte contre le risque infectieux », des orientations stratégiques relatives au bon usage des antibiotiques, à la gestion de l'eau/air/déchets et à l'hygiène des locaux.

Parallèlement, l'identification et l'analyse des risques du processus gestion du risque infectieux ont été menées, en s'appuyant sur une cartographie des risques, l'identification des principaux risques dans le cadre du compte qualité, le traitement des événements indésirables, la réalisation d'audits et de RMM, ainsi que sur les résultats des indicateurs nationaux ou régionaux et recommandations.

La hiérarchisation des risques a été établie et validée par le COPILQDRV, suivi d'un ensemble d'actions d'amélioration intégrées au PAQGDRV institutionnel unique, en coordination avec le compte qualité. Les objectifs fixés par le CLIN sont intégrés au PAQGDRV, avec un responsable, un échéancier et les modalités de suivi.

Les actions d'amélioration sont sous la responsabilité principalement du président du CLIN et du cadre hygiéniste (pilotes du processus), avec un échéancier.

Le programme du CLIN 2016, ainsi que son bilan de l'année n-1 a été validé par le CLIN, intégré au projet d'établissement 2016-2020, et présenté à la CME et la direction. Ses missions s'articulent autour de la surveillance, la prévention et la formation/sensibilisation.

Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

ORGANISATION INTERNE

Cette politique est pilotée par le CLIN, qui s'est réuni trois fois sur l'année 2015. Il est présidé par un médecin anesthésiste, assisté du cadre hygiéniste, les deux pilotes de ce processus. Leurs rôles en tant que pilotes sont formalisés à travers une lettre de mission.

Le cadre hygiéniste en tant que coordonnateur des évaluations est responsable du programme des évaluations dans tous les autres domaines, en coordination avec le gestionnaire des risques (médecin DIM).

A partir de l'analyse des risques identifiés, un ensemble d'actions ont été menées par le cadre hygiéniste : protocole d'antibioprophylaxie, réactualisation des procédures d'hygiène (bio nettoyage, précautions complémentaires en cas de BMR ou BHR), révision du cahier des charges des prestataires externes, conduite d'EPP initiales ou nouvelles itérations.

Les procédures et protocoles sont intégrés à la gestion documentaire unique, en phase d'informatisation.

Le président du CLIN et le cadre hygiéniste restent impliqués en cas de travaux, propices en période d'été (fermeture de l'établissement sur trois semaines).

Les ressources documentaires sont intégrées en partie à la gestion documentaire unique de l'établissement. L'autre partie, en cours de saisie informatique, subsiste sous forme de classeur présent dans les unités et connus des professionnels.

Il existe un cahier de « reprise chirurgicale » dans le bureau du chef de bloc, qui recense l'ensemble de celles-ci, dont la cause est notifiée (origine hémorragique ou infectieuse). Le signalement des infections nosocomiales et infections ISO sont suivis par les deux pilotes de ce processus, avec préalablement un échange sur le contexte clinique avec le chirurgien concerné et un suivi avec le laboratoire (antibiothérapie probabiliste puis antibiothérapie suivant l'antibiogramme).

Une commission des antibiotiques se réunit une fois par an. Il n'existe pas de guide de bon usage des antibiotiques, mais leur usage est rare supplanté par une antibioprophylaxie particulièrement suivie sur le respect des bonnes pratiques par le CLIN.

La réévaluation entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure des antibiothérapies est effectuée dans la mesure où les rares situations d'antibiothérapie prescrites sont suivies par le président du CLIN jusqu'à l'obtention de l'antibiogramme pour remplacer l'antibiothérapie probabiliste, avec une prolongation de l'hospitalisation.

Le CLIN préconise et participe à la campagne vaccinale, avec la médecine professionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre hygiéniste est l'interlocuteur des équipes et prestataires pour les activités externalisées (bio nettoyage, gestion du linge, gestion des déchets, gestion de la restauration, gestion de l'eau/air). Elle réunit tous les deux mois les correspondants en hygiène pour faire le point sur l'avancement de la mise en œuvre du programme du CLIN.

Les actions sont mises en œuvre par le cadre hygiéniste, en collaboration avec les responsables de

secteurs et les deux IDE correspondants en hygiène.
En fonction de l'avancement des actions mises en œuvre, l'état de celui-ci est transmis aux équipes par les responsables respectifs, dans le cadre de rencontres informelles.
Les résultats des évaluations sous forme d'EPP (audit et RMM), ainsi que les indicateurs IQSS sont communiqués aux professionnels, à travers des rencontres informelles. Le cadre hygiéniste identifie avec les responsables de secteurs les actions correctives, qui sont ensuite transmis aux équipes respectives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Divers documents relatifs à la prévention du risque infectieux sont mis à la disposition des professionnels. Ils sont régulièrement réactualisés, au regard de l'évolution de la réglementation ou des résultats d'audits.
Un livret d'accueil du nouvel arrivant rappelle les consignes en cas d'AES et réserve un chapitre sur la prévention des infections nosocomiales. Des protocoles de déclaration et prise en charge des AES sont à la disposition des professionnels.
Au regard des résultats liés à l'utilisation des solutions hydro-alcooliques (IQSS), le cadre hygiéniste a conduit, en action d'amélioration, une formation auprès des professionnels concernés sur les bonnes pratiques d'utilisation.
Une formation à la manutention des déchets liée au risque infectieux a été organisée et suivie sur l'année 2015.
Un travail de présentation du protocole d'antibioprophylaxie a été réalisé auprès des équipes soignantes, en expliquant ses enjeux, suite à un audit réalisé en juillet 2015.
Le bio nettoyage, réalisé par un prestataire externe, est suivi mensuellement par le cadre hygiéniste. Ce personnel dispose de l'équipement nécessaire à son activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les protocoles relatives aux règles d'hygiène (préparation cutané de l'opéré) sont connus des professionnels et appliqués.
En secteur ambulatoire, les soignants sont vigilants à la qualité de préparation du patient, et connaissent et appliquent les solutions alternatives en cas de besoin (si le patient n'a pas suivi la préparation ou la douche préopératoire).
A chaque admission, une information claire et compréhensible est donnée au patient, avec la mise à disposition de vêtement à usage unique.
L'environnement (équipement du brancard) lors du transfert du patient répond aux règles d'hygiène. Un audit « brancardage » a démontré la régularité et la traçabilité de l'entretien des brancards.
L'ensemble des actes accomplis par les professionnels est tracé dans le dossier patient.
Il existe des cahiers de traçabilité du bio nettoyage des locaux.

Cependant, Les comportements professionnels ne respectent pas les règles d'hygiène dans un secteur à risque. Les experts visiteurs ont constaté que les professionnels du bloc se rendent au vestiaire situé au sous-sol, revêt sa tenue de bloc, met une sur-blouse à boutons de pression, puis monte au bloc situé au deuxième étage, change de sabots dans le sas et entre au bloc. De plus, il descend au self après avoir changé de sabots dans le sas mitoyen du bloc, mais conserve sa tenue de bloc recouverte de la sur-blouse à boutons de pression.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes de ce processus suivent les reprises d'interventions pour cause infectieuse et assure un suivi des germes identifiés, en collaboration avec le chirurgien concerné.
Le cadre hygiéniste suit le taux de conformité mensuellement du bio nettoyage. Elle pratique ponctuellement des audits hygiène au niveau de la restauration, et a réalisé un audit sur le circuit des déchets et modalités de dépistage des BMR en 2015.
L'établissement est inscrit depuis dix ans au réseau INCISO (indicateur ICALISO), dans la surveillance du site opératoire. Les indicateurs IQSS datent de 2013/2014.
Le cadre hygiéniste, à la suite des résultats d'une troisième itération d'EPP sur l'antibioprophylaxie a constaté une augmentation des consommations, ce qui a fait l'objet d'une recherche approfondie des causes.
L'établissement s'est inscrit à l'audit national des endoscopes en 2015, qui a abouti à trois actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place à la suite de l'analyse des résultats soit d'audits, soit d'enquêtes, soit d'indicateurs. Au regard des résultats sur les audits mensuels du bio nettoyage (observations directes), des formations ont été conduites auprès du personnel concerné.

Le suivi des indicateurs IQSS a conduit à des actions d'amélioration comme la réactualisation de protocoles, ou la formation des personnels.

Les résultats, accompagnés des actions correctives sont communiqués aux professionnels.

La communication aux usagers se fait par l'intermédiaire du représentant des usagers invité aux réunions du CLIN.

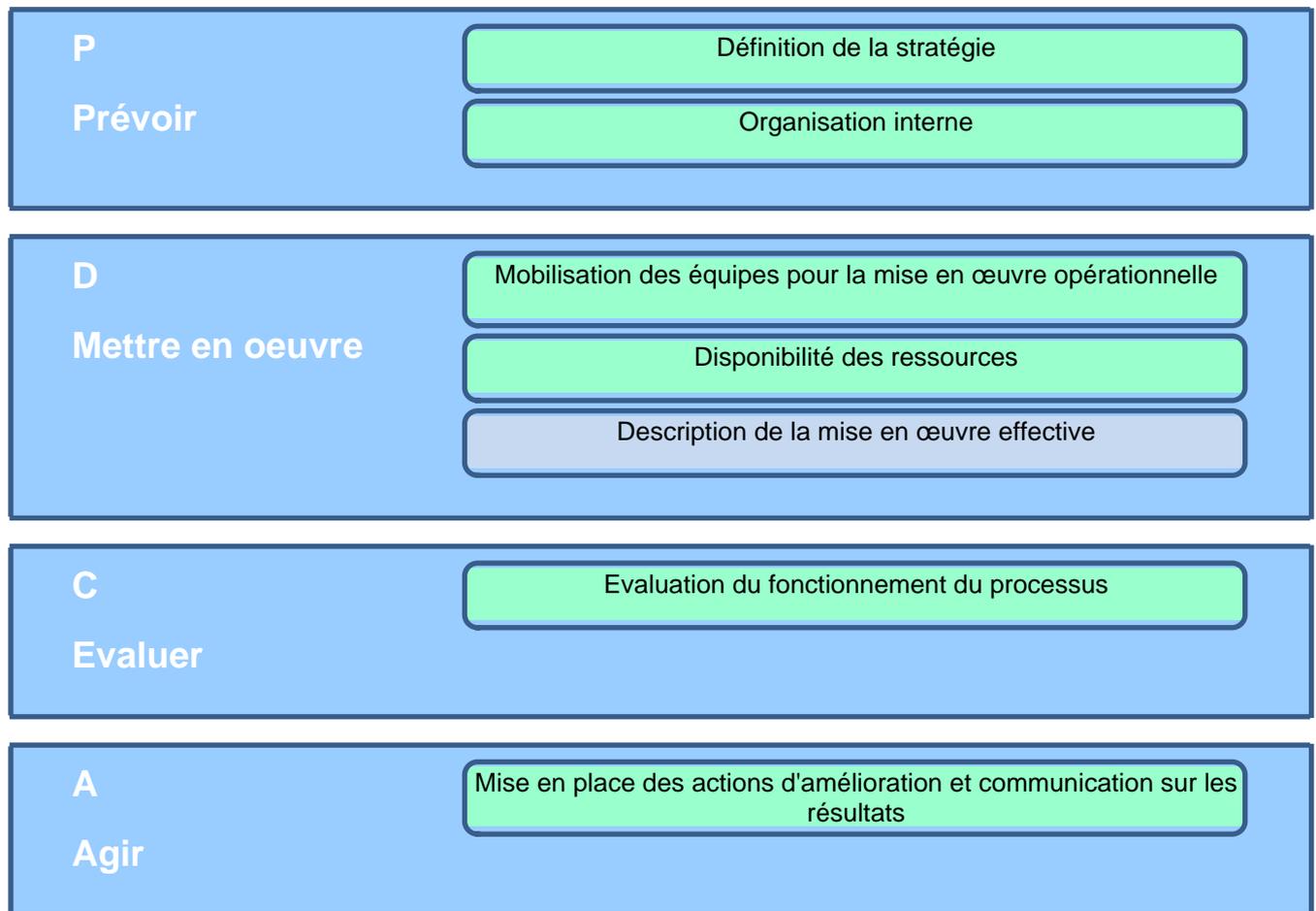
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré un projet d'établissement 2016-2020 pour répondre aux besoins de prise en charge, au regard des orientations régionales. Ce projet d'établissement comporte dans son volet « projet de soins infirmiers » des orientations stratégiques relatives à la promotion de la bientraitance, l'accueil du patient et accompagnement de son entourage et l'information au patient sur son état de santé et son projet thérapeutique.

La hiérarchisation des risques a été établie et validé par le COPILQGDRV, suivi d'un ensemble d'actions d'amélioration intégré au PAQGDRV institutionnel unique.

Le projet d'établissement et PAQGDRV ont été présentés à la CRU, et est à la disposition des professionnels, sur le portail intranet, ainsi que par un accès par messagerie pour les représentants des usagers.

ORGANISATION INTERNE

Le RAQ et l'infirmière générale ont été désignés comme pilotes de cette thématique, avec une lettre de mission.

Le RAQ prépare l'organisation des réunions de la CRU, avec la présentation des résultats d'enquêtes, analyses des réclamations et réponses des plaintes. La CRU, régie par un règlement intérieur, s'est réunie quatre fois sur l'année 2015. Les membres de la CRU sont invités au CLIN.

Un comité éthique, qui avait mis en place sur l'année 2010, s'est poursuivi jusqu'à ce jour, selon des modalités différentes, en l'occurrence le déclenchement d'une réunion uniquement sur sollicitation des professionnels.

Au regard de la hiérarchisation des risques, un plan de formation a intégré deux thèmes : celui de la promotion de la bientraitance et des droits des patients.

Un ensemble de procédures et protocoles ont été élaborés ou réactualisés durant l'année 2015, pour répondre soit à l'évolution de la réglementation, soit à la suite de résultats d'enquêtes ou dysfonctionnement : non divulgation de présence, refus de soins, remise du livret d'accueil, information du patient en cas d'évènement grave survenant pendant le séjour, recueil des directives anticipées... Cet ensemble est intégré au logiciel de gestion documentaire, mis à disposition du personnel.

Une coordination dans le recueil de données et fiches de traçabilité est organisée entre les services d'admission et l'unité de soins pour le recueil de la personne de confiance, la non divulgation de présence et le consentement éclairé.

Le respect de la confidentialité des données patient est assuré à travers une charte définissant les règles d'accès et d'usage du système d'information.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQGDRV unique et institutionnel intègre le thème des droits des patients, principalement suivi par l'infirmière générale, en collaboration avec responsable des secteurs.

Dans le cadre de la cartographie des risques, afin de maîtriser la contention du patient dans son cadre prescriptif, sur la fiche unique de prescription/administration a été rajouté un item à ce sujet.

Les pilotes de cette thématique ont organisé des rencontres pour sensibiliser les équipes, à travers la restitution des résultats des différents audits réalisés (audit droits des patients, audit intimité/confidentialité du patient lors de son transfert). De plus, l'infirmière générale rencontre régulièrement les professionnels de manière plus informelle, où sont abordés les résultats des évaluations ou indicateurs de suivi.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe soignante a suivi une formation sur la promotion de la bientraitance et les droits des patients, en octobre et décembre 2015 par un prestataire externe.

Les membres de la CME ont été tous destinataires par courriel du compte-rendu d'une CME où a été présentée la procédure relative à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

La gestion documentaire met à disposition des professionnels, via intranet, les procédures et protocoles relatifs aux droits des patients.

Une procédure sur l'annonce d'un dommage lié soin a été diffusée à l'ensemble des praticiens, après présentation en CME.

L'ensemble des professionnels ont été sensibilisés et formés au respect des droits des patients, et ce à toutes les étapes de la prise en charge, de l'admission jusqu'à sa sortie. La coordination enter-services est assurée par le respect des règles et protocoles. Les interfaces sont opérationnelles, et en cas de

risque de dysfonctionnement, compte tenu de la taille de l'établissement la coordination s'établit rapidement. Toutes les chambres à deux lits, représentant un taux de 50%, sont équipées de séparateurs télescopiques. Au niveau du service ambulatoire, les box sont équipés d'occultas aux fenêtres évitant le vis-à-vis.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le poste informatique est situé dans le bureau infirmier, à l'abri des regards des éventuels visiteurs, et se met en veille après quelques minutes de non utilisation, respectant la confidentialité de données patients.

A l'admission, le patient est accompagné par le soignant vers l'unité de soins. Il est installé dans sa chambre, avec les premières informations utiles.

La promotion de la bientraitance est opérationnelle dans les pratiques soignantes : silence respecté, portes fermées systématiquement, échanges verbaux discrets. La notion de signalement de maltraitance est connue des équipes, sensibilisés et formés.

La dignité et l'intimité, au sein des unités de soins, sont respectées à travers le respect des espaces dédiés au patient (porte des chambres fermées, espace de collation en ambulatoire protégé).

Le transfert des patients au bloc opératoire est réalisé par des professionnels sensibilisés au respect des l'intimité du patient, ce qui a été démontré lors d'un audit datant de novembre 2015.

Dans le cadre d'accueil de patients étrangers, les professionnels bilingues ont été identifiés, et il existe une liste d'interprètes.

Dès la consultation chirurgicale, le patient reçoit une information orale claire sur la réflexion bénéfique/risque, et la fiche de consentement éclairé est signée à l'issue de sa présentation orale par le chirurgien. A l'admission, l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient sont systématiquement recueillis, en référence à une procédure d'accueil connue des professionnels.

Tout au long de sa prise en charge, le patient est informé par les praticiens et l'équipe soignante des actes et soins prodigués. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

En collaboration avec e RAQ et le cadre hygiéniste (coordinatrice des évaluations), l'infirmière générale suit un ensemble d'indicateurs périodiquement sur le respect des droits du patient et de sa satisfaction (taux de satisfaction sur le respect de l'intimité, nombre de réunions de CRU, nombre de réclamations et plaintes, taux de retour des questionnaires de sortie). Les questionnaires de sortie avec un taux de retour de 34%, sont traités et présentés aux professionnels.

Un programme d'évaluation est mis en place annuellement. A ce titre, des audits ponctuels sont menés au regard de la cartographie des risques sur ce thème.

L'établissement a recensé aucune plainte et deux réclamations orales sur l'année 2015.

Le taux de retour des questionnaires de sortie fait l'objet d'un bilan mensuel. Le recueil de ceux-ci est réalisé en hospitalisation complète à partir d'une boîte aux lettres et sous forme d'enquête de prévalence en unité ambulatoire.

A / AGIR

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

Le taux de retour des questionnaires de sortie fait l'objet d'un bilan mensuel. Le recueil de ceux-ci est réalisé en hospitalisation complète à partir d'une boîte aux lettres et sous forme d'enquête de prévalence en unité ambulatoire. La cartographie des risques sur les droits des patients a permis de mettre en place des actions correctives, comme les formations « prévention de la maltraitance, promotion de la bientraitance » et « droits des patients », ou l'élaboration de protocoles (« droits des patients », « bientraitance »).

Un rapport d'activité annuel est présenté en CRU.

La communication des résultats s'appuie sur des supports d'information tels que les alertes sur le portail intranet, le journal interne, ainsi que la communication orale à travers la rencontre des équipes. Les résultats des audits, enquêtes ou indicateurs sont présentés aux instances concernées.

La communication aux usagers, se produit par l'intermédiaire des représentants des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

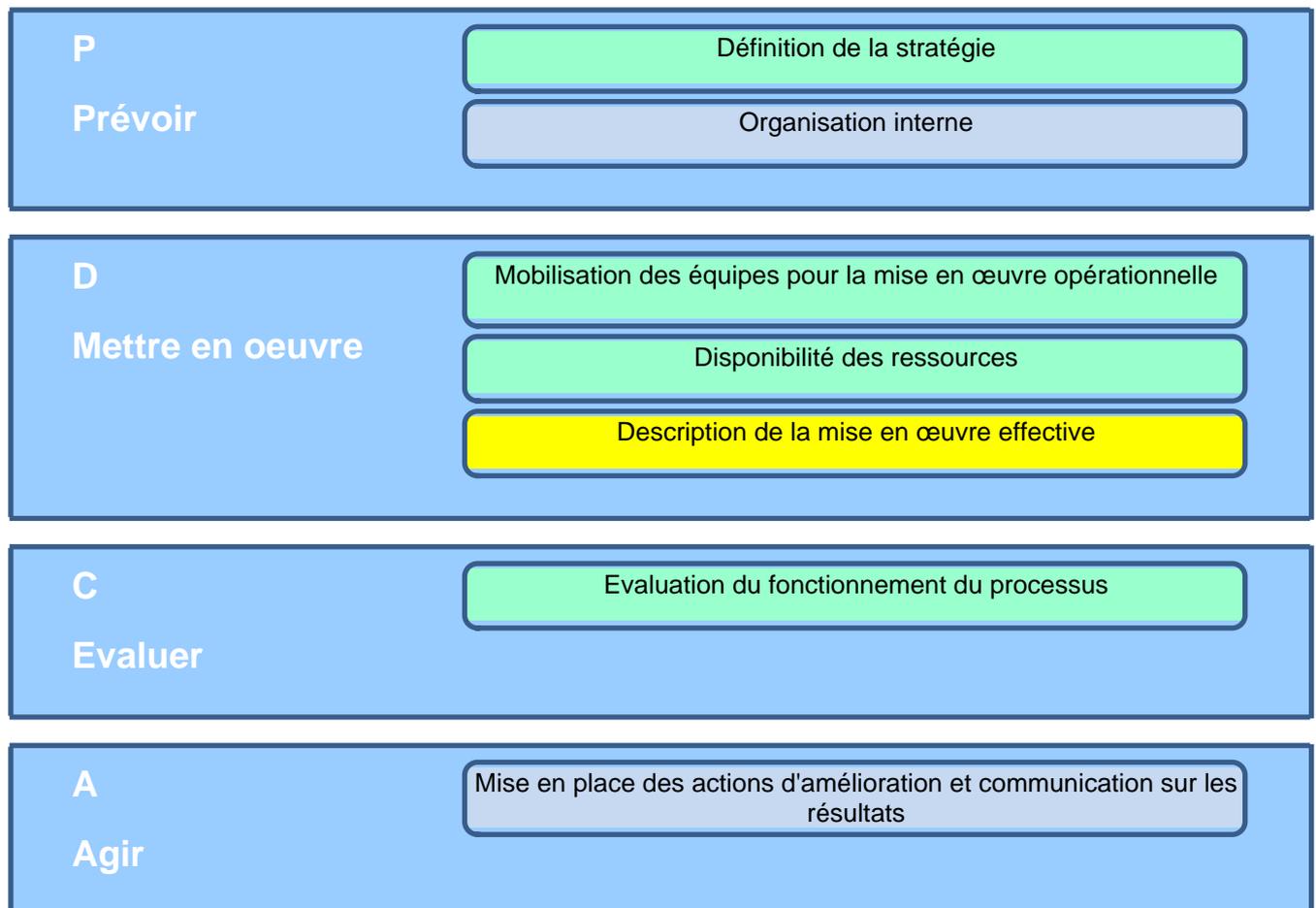
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'identification des risques a été faite sur la base d'une cartographie des risques, réalisée en 2014. Cette cartographie des risques tenait compte de la sectorisation et des populations spécifiques.
Un plan d'action a été mis en place, validée par la CME et présenté en CRU.
Le parcours patient est décrit dans le projet d'établissement 2016-2020. Il prend en compte les différentes étapes de la prise en charge et les populations spécifiques. Les priorités retenues par l'établissement concernent l'ambulatoire, les personnes âgées et l'obésité. L'établissement ne pratique pas de chirurgie bariatrique, mais procède à des chirurgies plastiques et réalise des bilans pré-bariatriques.
Bien que ne possédant pas de structure d'urgence, l'établissement a réfléchi à l'accueil des patients se présentant spontanément en urgence (l'établissement se trouve à proximité d'un stade de football).

ORGANISATION INTERNE

Un COPIL « parcours du patient » assure le pilotage du parcours patient. Celui-ci est missionné pour mettre en place le plan d'actions, et d'en suivre les indicateurs.
Il est composé de la présidente de la CME, du médecin DIM et de l'infirmière générale.
Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins en ce qui concerne l'hospitalisation complète, la chirurgie ambulatoire, le BO et l'endoscopie. La continuité des soins est assurée par un médecin sur place, ou sur listes d'astreinte (1 gastro-entérologue, 1 anesthésiste-réanimateur). Chaque chirurgien est responsable de son patient et ils se remplacent mutuellement. Les professionnels disposent des listes d'astreinte, et savent quel praticien appeler. Il existe un plan de formation et d'intégration des nouveaux personnels. Les nouveaux praticiens rencontrent le PDG, le président de la CME (gastro-entérologie), le pharmacien, et le service qualité. L'intégration des personnels paramédicaux se fait par le biais d'un tutorat d'une durée de 1 mois.
Les professionnels bénéficient d'un plan de formation institutionnel adapté au service (formation incendie, UVIH, erreurs médicamenteuses, identitovigilance). Il existe un programme de formation interne et externe (GIFE, congrès). Les pratiques professionnelles sont fondées sur les recommandations et les bonnes pratiques.
Les procédures et les protocoles permettant d'assurer la prise en charge et la sécurité des patients sont rédigés. Les procédures et protocoles sont validés par les instances.
La gestion des interfaces est organisée entre les différents secteurs d'activités.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé de chaque secteur organise la déclinaison de la politique qualité de l'établissement, au sein de son secteur. Elle est accompagnée par le responsable qualité.
Le cadre de chaque secteur s'assure de la mise œuvre de la politique qualité de l'établissement au sein de son secteur. Il sensibilise les professionnels, qui sont sensibilisés aux risques identifiés et formés dans ce sens. Ils sont également sensibilisés sur le processus (accueil, prise en charge, population spécifiques).
Les cadres de chaque secteur s'assurent de la conformité des pratiques et réalisent des audits qualité (audit dossier) et des vérifications concernant la traçabilité des actes. La communication des résultats est faite lors de staff de service ou par le journal interne. Des actions sont mises en place après analyse des enquêtes de satisfaction, des questionnaires de sortie. Les professionnels sont sensibilisés et formés aux risques identifiés. Ils sont également sensibilisés sur le processus relatif au parcours (accueil, prise en charge, population spécifiques).
Le management s'assure de la conformité des pratiques et réalise des audits qualité (audit dossier), et des vérifications concernant la traçabilité des actes.
L'analyse d'un événement indésirable a abouti au changement dans le choix du bracelet d'identification, qui n'était pas étanche sous la douche et peu visible (nouveau bracelet fluo et étanche) ce qui permet de le poser dès l'arrivée du patient et non plus après la douche.
La communication des résultats est réalisée, lors de staff de service ou par le journal interne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont identifiées et disponibles, et sont en cohérence avec l'activité en ce qui concerne l'hospitalisation complète, la chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire (BO) et l'endoscopie.
Les règles de présence sont effectives, et la continuité des soins assurée.
Il n'existe pas de médecin sur place la nuit, mais une liste d'astreinte journalière avec un médecin anesthésiste réanimateur, un gastro-entérologue est disponible. Chaque chirurgien est responsable de son patient. Les chirurgiens se remplacent mutuellement en cas de besoin, et une liste avec les différents

numéros de téléphone est disponible en cas d'indisponibilité du chirurgien référent. Les professionnels appellent l'anesthésiste pour tout problème médical, et pour la prise en charge de la douleur, le chirurgien en cas de problème post-opératoire ou le gastro-entérologue pour des problèmes post-endoscopie.

Les professionnels connaissent parfaitement la conduite à tenir, comme a pu le vérifier l'expert visiteur.

Les matériels sont adaptés à l'activité en fonction du service. La gestion documentaire est disponible à tous les postes de travail, et contient tous les documents nécessaires à l'activité.

Les procédures et les protocoles sont disponibles dans la gestion documentaire.

Les professionnels connaissent la gestion documentaire, et savent retrouver les documents nécessaires. Il existe des classeurs contenant les principaux documents en cas de panne informatique.

Une procédure « Prise en charge du patient qui se présente à l'accueil pour une urgence », datée de mai 2015, est disponible dans la gestion documentaire. Les personnels d'accueil ont été formés pour cette prise en charge spécifique.

La prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières est également prise en compte. Il existe une procédure des premiers gestes d'urgence, datant de décembre 2015, avec une formation des professionnels concernés.

Il existe un référent hygiène en secteur d'endoscopie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil est réalisé par les IDE dans le service, sur appel de l'accueil administratif. L'ASD ou l'IDE va chercher le patient à l'accueil et l'accompagne dans sa chambre.

Les urgences vitales intra-hospitalières sont prises en charge dans tous les secteurs. Les chariots d'urgences sont présents dans tous les secteurs. Ils sont scellés. Leur vérification est effective, et cette vérification est tracée. Le défibrillateur est vérifié tous les matins, avec une traçabilité effective. Une procédure « guide de l'urgence » est disponible sur la gestion documentaire. Tous les professionnels paramédicaux ainsi que quelques administratifs ont suivi une formation théorique et pratique à la prise en charge des urgences. Cette formation est assurée par un organisme externe (TRANSFAIR).

La prise en charge des populations spécifiques fait partie des priorités de l'établissement. Les enfants sont accueillis avec leurs parents, ceux-ci ont la possibilité de rester et de dormir. Les professionnels utilisent des échelles de douleur adaptés aux enfants.

La prise en charge de personnes âgées est prise en compte par l'établissement. Elle fait l'objet d'un document de cinq pages accessible sur la gestion documentaire. Les professionnels ont été sensibilisés récemment (01/2016), un diaporama est disponible sur la gestion documentaire.

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif. La taille et le poids sont systématiquement tracés dans le dossier pré-anesthésique.

Le risque suicidaire est évalué en cas de besoin. Une psychologue peut être appelée en cas de besoin. Il existe des protocoles pour la prise en charge, et la diététique des patients diabétiques et de l'obésité.

L'accès aux avis spécialisés est possible pour la cardiologie, la pneumologie. L'établissement ne possède pas de secteur d'imagerie. Compte tenu d'une durée moyenne de séjour courte, il existe peu d'indications en imagerie médicale. Par ailleurs, l'établissement a établi plusieurs conventions avec des établissements proches (Hôpital A. Paré en priorité, puis clinique chirurgicale de Boulogne Billancourt).

Il n'existe pas de programme d'éducation thérapeutique labellisé. Cependant les IDE sont sensibilisées à cette problématique et expliquent systématiquement les ordonnances de sortie aux patients.

La prise en charge des patients est effective à toutes les étapes.

Cependant, l'évaluation initiale des patients à l'entrée par les IDE n'est pas systématique dans tous les secteurs :

- le bilan initial des patients lors de l'entrée dans le service n'est pas réalisé systématiquement en hospitalisation complète (absence de prise de constantes : TA, pouls, température),
- les constantes ne sont prises que lorsqu'un point d'appel est mis en évidence,
- ce bilan initial est réalisé en chirurgie ambulatoire.

L'établissement a fait preuve de réactivité, en modifiant la procédure « préparation des patients pour le B.O » pendant le visite des experts visiteurs.

De plus l'appel du lendemain n'est pas systématique. L'établissement ne dispose pas des ressources humaines nécessaires pour assurer l'appel du lendemain de tous les patients ambulatoires (9200 endoscopies et 9800 chirurgies ambulatoires). Les patients disposent d'un numéro d'appel en cas de problème. Afin de pallier à cette difficulté, l'établissement envisage de faire appel à un prestataire externe (société SOVINTY), mais le délai n'a pas été précisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation est en place. L'établissement réalise des audits réguliers (audits habillage, brancardiers, gestion des stupéfiants au bloc opératoire, audit de traitement des endoscopes conformément aux recommandations de la SFED, traçabilité de la check-list en endoscopie). Par ailleurs,

trois patients traceurs ont été réalisés en 2015 (1 en chirurgie ambulatoire, 1 en endoscopie et 1 en hospitalisation complète).

Il s'appuie également sur les enquêtes de satisfaction, qui sont réalisées mensuellement en hospitalisation complète et deux fois par an en endoscopie, ainsi que sur les questionnaires de sortie.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations sont pris en compte, et aboutissent à des actions d'amélioration.

Le résultat de l'analyse des enquêtes de satisfaction, des questionnaires de sortie et des enquêtes spécifiques ont abouti à la mise en place de nouvelles modalités de remise du livret d'accueil, la mise en place du « cube » kit de collation et d'un distributeur de collations chaudes, pour permettre d'assurer une collation plus satisfaisante aux patients ambulatoires avant leur retour à domicile.

L'analyse de chutes dues à des retours tardifs de bloc, a abouti à la rédaction d'une procédure « Prise en charge d'un patient opéré en fin de programme » (09/2015).

La communication auprès des professionnels est assurée par le retour sur les enquêtes lors de réunions de services, le journal interne.

Les résultats sont communiqués en CME et à la CRU. Les résultats des enquêtes de satisfactions sont disponibles au niveau des accueils chirurgical et endoscopique.

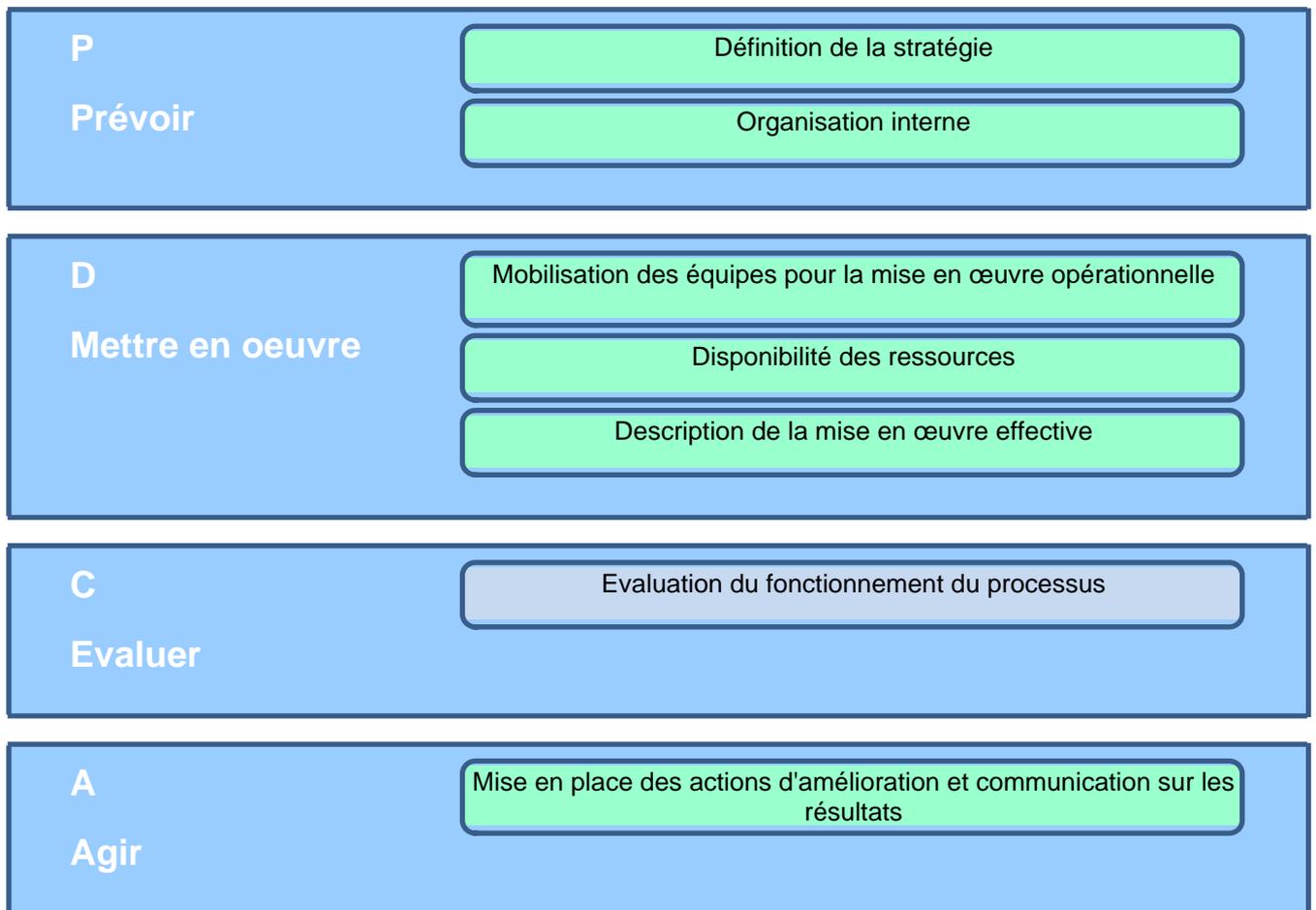
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Chirurgical des Princes (CCDP) réalise les activités suivantes : chirurgie plastique, dermato-chirurgie, chirurgie ophtalmologique, chirurgie des veines, chirurgie esthétique et maxillo-faciale, endoscopie digestive. Pour ce faire, il dispose de 15 lits d'hospitalisation complète, de 7 lits de chirurgie esthétique et 28 places de chirurgie ambulatoire.

L'établissement a défini une politique du dossier patient. Cette politique est actualisée annuellement. Elle s'appuie sur une analyse régulière des risques alimentée par l'identification des besoins liés à la gestion du dossier patient. Les plaintes et réclamations sont également prises en compte. Cette politique s'appuie sur le recueil des indicateurs nationaux IPAQSS (DPA, DAN, I-SATIS, RCP en cancérologie) et de OSIS, ainsi que sur des indicateurs locaux.

La constitution du dossier papier est formalisée dans un document de 2003, réactualisé régulièrement (dernière réactualisation en janvier 2015).

Depuis 2005/2006, l'établissement s'est engagé dans un projet d'informatisation du dossier patient. Cette informatisation est toujours en cours et ne semble pas progresser, ce que confirme les indicateurs HN D2.2, D2.3 et D2.4 qui sont à 0%. Plusieurs modules sont opérationnels (module de gestion des RDV, de gestion des lits, de planification des opérations, et de consultations pré-anesthésiques). Le module « circuit du médicament » est déployé dans le service d'hospitalisation complète depuis 15 jours avant la visite. L'établissement a fait le choix de la cohabitation des deux supports dossier (papier et informatique). Le dossier papier est sur support unique. Une cartographie des risques a été élaborée en 2014. Elle a abouti à un programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

La responsable de cette thématique est la surveillante générale pour la partie concernant le patient. elle est assistée par le DIM (responsable de la gestion du dossier informatisé, de la gestion des doublons et des fusions) et l'attachée de direction (en charge de la partie administrative du dossier patient dont l'archivage et la conservation des dossiers).

Le DIM supervise le processus. Ce travail se fait en étroite relation avec la cellule d'identitovigilance (CIV).

La gestion documentaire intègre les documents suivants : « politique du dossier patient » datant de 08/2015, ainsi que la procédure « communication du dossier médical au patient » datant de février 2011.

Les besoins en ressources humaines et les plans de formation ont été identifiés par l'établissement. Les règles d'utilisation du dossier patient sont décrites dans un document intégré à la gestion documentaire.

L'établissement est fermé trois semaines en été et une semaine en hiver. Il existe une permanence administrative téléphonique pendant cette période.

L'établissement a organisé l'archivage des dossiers patients. Les dossiers antérieurs à 2011 sont archivés par un prestataire externe, spécialisé dans ce type d'archivage (EVERIAL). Les dossiers postérieurs à 2011 sont conservés au niveau de l'établissement, dans un local dédié fermé à clef. Seules les personnes habilitées y ont accès.

La gestion des doublons/collisions est gérée par le cellule d'identitovigilance (CIV) et le médecin DIM.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le travail de la cellule d'identito-vigilance est effective. Les personnels sont régulièrement sensibilisés à cette problématique. Il en est de même sur la thématique du droit des patients.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables, et connaissent le logiciel permettant cette déclaration.

La bonne tenue du dossier patient est une priorité des pilotes de cette thématique, et ils sensibilisent les équipes en ce sens.

Les équipes sont informées qu'il existe un audit dossier patient, et les résultats des audits leur sont communiqués. L'établissement recueille l'indicateur tenue du dossier et procède à des audits par tirage au sort de dossiers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles d'utilisation du dossier médical sont définies. Il existe une procédure écrite en 2003, et remise à jour régulièrement. La dernière mise à jour date de février 2016. Le dossier papier est accompagné d'une fiche suiveuse, qui sert de base pour le codage et la facturation.

Les archives sont situées au sous-sol du bâtiment administratif pour les dossiers postérieurs à 2011. Le

local est fermé à clef, il existe une alarme incendie. Ce local se trouve dans un bâtiment sécurisé, hors heures ouvrées.

L'archivage a été récemment restructuré et l'étiquetage permet un accès rapide à tout dossier postérieur à 2011. Les dossiers antérieurs à 2011 sont archivés par une société spécialisée dans l'archivage des dossiers médicaux. Un accès au dossier antérieur à 2011 est possible sous 24 à 48 heures.

Les ressources humaines sont suffisantes. Les personnels d'accueil sont formés à la gestion du dossier patients. Les personnels sont sensibilisés aux droits des patients et l'identitovigilance est une préoccupation constante, comme ont pu le constater les experts-visiteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La spécificité de l'établissement tient au fait que les consultations chirurgicales ont le plus souvent lieu en dehors de la structure. Les consultations chirurgicales sont toutes réalisées à l'aide du formulaire spécifique de l'établissement. Le compte-rendu de la consultation chirurgicale est ensuite envoyé par mail ou par fax au secrétariat des admissions, qui envoie un accusé de réception, imprime le compte-rendu, et le joint au dossier papier.

La majorité des consultations anesthésiques ont lieu dans l'établissement. Les consultations anesthésiques sont informatisées. L'anesthésiste réanimateur imprime la consultation anesthésique, qui est ensuite insérée dans le dossier papier.

Le dossier des nouveaux patients est préparé la veille par le service des admissions. Le dossier des anciens patients est récupéré aux archives par le secrétariat des admissions.

Les règles d'identitovigilance sont respectées, à toutes les étapes du processus. Lors de l'admission, il est demandé systématiquement aux patients leur carte d'identité, carte vitale et mutuelle. La secrétaire vérifie pour tous les patients qu'une personne de confiance a bien été désignée. Lors de l'édition des étiquettes, la secrétaire fait vérifier aux patients leur identité, adresse et numéro de téléphone.

Les dossiers sont accessibles en temps utile, et partagés par les professionnels de l'établissement.

Cependant, la coexistence des supports papier et informatique n'est pas organisée. Les experts visiteurs ont constaté une discordance dans la traçabilité de la prescription et l'administration entre les deux supports, sans qu'il soit possible de connaître le support de référence.

Les experts visiteurs ont pu constater que l'administration de la prémédication d'un patient avait été tracée sur le dossier papier, mais n'avait pas été tracée sur le plan de soins informatisé (on ne sait pas lequel fait référence). Il n'existe pas de protocole définissant la double utilisation du dossier papier et informatique. Un praticien consultant uniquement le plan de soins informatisé pourrait croire que la prémédication n'a pas été réalisée. L'établissement le justifie par la mise en route du dossier informatisé récente (depuis 15 j, pour se familiariser avec l'outil). Tous les personnels n'ont pas la même conduite vis à vis du plan de soins informatisé, certains le remplissant, d'autres non.

Toutes les étapes de la prise en charge des patients sont tracées, en temps utile, dans le dossier papier du patient, comme le confirme l'indicateur TDP, tenue du dossier patient à 93% en 2014 (en légère baisse par rapport à la campagne 2011, où il était de 99%)

Pour l'endoscopie, chaque patient revoit le gastro-entérologue qui lui remet son compte rendu accompagné des images de l'examen, le jour même de l'examen.

Après la sortie du patient, le dossier est ramené au niveau des admissions, avant classement et archivage.

Les délais prévus par la réglementation pour l'accès au dossier des patients sont respectés. Il n'y a que peu de demandes de communication de dossier (2 demandes en 2014, 3 demandes en 2015).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient. L'établissement recueille l'indicateur « tenue du dossier patient ». Il assure le suivi de la mise en œuvre à l'aide d'indicateurs et d'audits, permettant de recueillir d'autres indicateurs (présence de la check-list, présence du consentement signé...).

Le DIM a procédé à un audit dossier, dans l'année intermédiaire des IQSS. Le dernier audit date de juin 2015, il a été fait par tirage au sort de 45 dossiers sur une quinzaine (30 dossiers d'hospitalisation en ambulatoire, 15 dossiers d'hospitalisation complète).

La fiabilité de l'identification a été évaluée au bloc opératoire en 2010, par l'évaluation de l'application de la check-list et par l'analyse des événements indésirables.

Un tableau de bord analyse la conformité du délai de mise à disposition des dossiers, à la demande des patients. Cette analyse est suivie depuis 2009.

La structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient. L'établissement recueille l'indicateur "tenue du dossier" (ind DPA-MCO DTP 93% en 2014). Les demandes de dossiers (peu nombreuses, 6 en 2014) sont suivies à l'aide d'un tableau de bord. Il assure le suivi de sa mise en œuvre, à l'aide d'indicateurs et d'audit permettant de recueillir d'autres indicateurs (présence de la check-list, présence du consentement signé). Les plaintes et réclamations sont prises en compte.

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

Des évaluations sont menées chaque année, et donnent lieu à des actions d'amélioration. La CRU est informée des demandes de consultation et des délais de transmissions.

L'articulation avec le PAQSS se fait par une analyse régulière des risques alimentée par l'identification des besoins liés à la gestion du dossier patient.

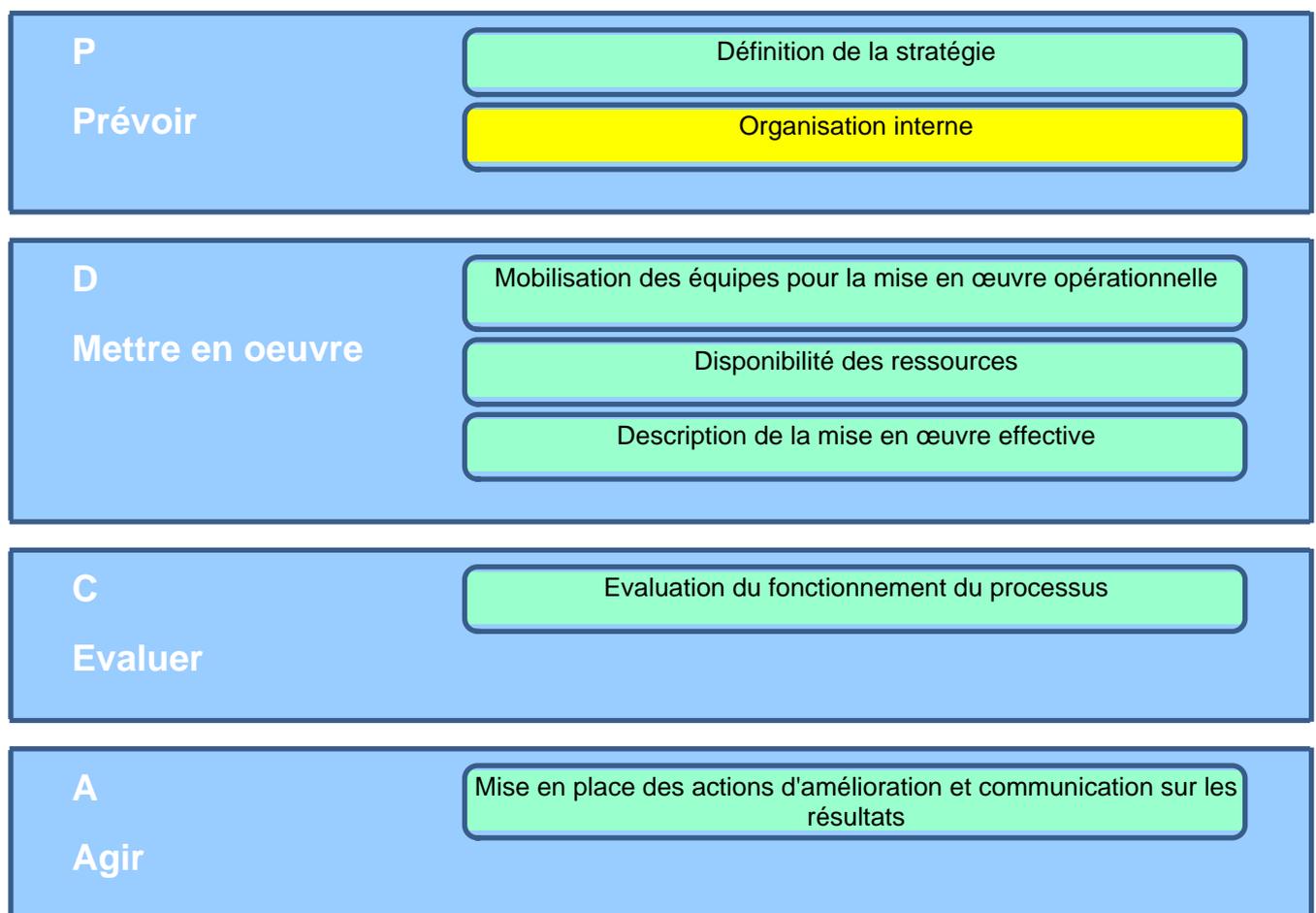
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement réalise les activités suivantes : chirurgie plastique, dermato-chirurgie, chirurgie ophtalmologique, chirurgie des veines, chirurgie esthétique et maxillo-faciale, endoscopie digestive. L'ES dispose de 15 lits d'hospitalisation complète, de 7 lits de chirurgie esthétique et 28 places de chirurgie ambulatoire. Il dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Il existe un secteur de stérilisation attenante au BO, ainsi qu'un secteur de désinfection des endoscopes, à l'intérieur du secteur d'endoscopie.

L'établissement a élaboré une politique du médicament et des dispositifs médicaux. Cette politique figure dans un document validé par le PDG, le RAQ, et la présidente de la CME, en avril 2015.

Il existe un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce manuel date de 2013, et a été réactualisé en mai 2015. Cette politique comprend des objectifs et des indicateurs mesurables : indicateurs locaux du tableau de bord la qualité et de la gestion des risques.

L'établissement s'est engagé dans une politique de vigilance. Le pharmacien est le correspondant local de pharmaco-vigilance.

Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse en lien avec le SI.

La cartographie des risques a été réactualisée en 2015. Elle a été réalisée à partir des déclarations des événements indésirables, des réclamations, des plaintes, ainsi que des audits (un audit interne du circuit du médicament est réalisé annuellement). L'établissement utilise la grille de l'HAS pour prioriser les risques. Ces données ont permis d'identifier et de prioriser les risques du circuit du médicament, et alimentent le compte qualité de l'établissement.

Les prescriptions médicamenteuses chez le patient âgé font l'objet d'un paragraphe du projet d'établissement pour 2016-2020. Ce projet repose sur une démarche de réflexion visant à limiter les prescriptions médicamenteuses inutiles chez les personnes âgées, sur des recommandations et des protocoles diffusés auprès des praticiens et des professionnels de santé, sur des actions de sensibilisation et des formations, ainsi que sur l'évaluation et le suivi des actions mises en place.

Des plans d'actions ont été définis et sont intégrés à un programme d'actions institutionnel. Ce programme d'actions est validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter la prise en charge médicamenteuse. Cette organisation repose sur le COMEDIMS et la CIV (cellule d'identitovigilance). Le pharmacien responsable du COMEDIMS dispose d'une lettre de mission validée par le PDG, en octobre 2015. Cette lettre de mission énumère les différentes missions du pharmacien. Le pharmacien est le responsable de la prise en charge médicamenteuse. Il doit à ce titre : valider le compte qualité et la cartographie des risques, valider le plan d'actions induit, organiser sa mise en œuvre, assurer le suivi du plan d'actions et de son échéancier, diffuser les résultats du plan d'actions, valider les indicateurs de suivi inclus dans le tableau de bord du service d'endoscopie, produire et diffuser le tableau de bord selon la périodicité définie, s'assurer de la déclaration des événements indésirables et de leur suivi, favoriser la mise en œuvre des évaluations et participer aux différentes instances (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CREX).

Il existe également une commission des antibiotiques.

Un manuel qualité « Management de la prise en charge médicamenteuse », datant de mai 2015, décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein du centre chirurgical des Princes.

L'établissement a mis en place un système de gestion documentaire informatique. Cette gestion documentaire met à disposition des professionnels les procédures nécessaires à l'activité des services.

La prescription/administration est informatisée pour le service d'hospitalisation complète, mais pas pour le service d'endoscopie (elle est prévue pour 2016).

Tous les services sont dotés d'armoires à pharmacie fermées à clef. La dotation des services est globale, avec un réapprovisionnement bi-hebdomadaire.

Cependant, l'organisation de la permanence pharmaceutique ne permet pas la sécurisation complète du circuit du médicament.

Le pharmacien gérant est présent cinq demi-journées par semaine (lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi de 14h00 à 18h00). La réception des livraisons peut se faire en dehors des heures de présence du pharmacien. Le manutentionnaire dépose les cartons à même le sol sans contrôle de réception dans le sas fermé à clef. L'absence de permanence pharmaceutique ne permet pas la mise en place d'une dispensation journalière nominative pour tous les médicaments (la dispensation journalière nominative ne concerne que les médicaments à risques : stupéfiants, antibiotiques, anticoagulants, hypoglycémifiants, traitements cardiologiques, traitements neuropsychiatriques et traitement personnel du patient).

L'accès à la pharmacie en dehors des heures de présence du pharmacien gérant est prévu dans un document de février 2015. Celui-ci est approuvé par le pharmacien et validé par le PDG. Il prévoit l'accompagnement par le médecin anesthésiste réanimateur d'astreinte par une des deux personnes « habilitées » par la procédure (la surveillante générale ou le responsable du bloc opératoire).

Par ailleurs, le pharmacien gérant dispose de 0,56 ETP. Il est remplacé pendant ses absences. Il n'y a pas de préparateur en pharmacie. Des dépannages peuvent être fait auprès d'une officine de ville. Les accès à la PUI en dehors des heures de présence du Pharmacien gérant font l'objet d'un indicateur dans le tableau de bord du suivi des indicateurs du circuit du médicament. Il n'y a pas eu d'accès à la PUI en dehors des heures de présence du pharmacien gérant en 2015. Il existe des stocks d'urgence dans les services. le compte-rendu de l'audit sur le circuit du médicament réalisé le 15/12/2015 par le DIM relevait la présence d'accès rare à la PUI hors présence du pharmacien le mercredi (le pharmacien gérant ne travaillait pas le mercredi en 2015). Depuis l'équivalent temps plein du pharmacien a été augmenté de 0,6 ETP permettant ainsi sa présence le mercredi. Cependant, la présence d'une procédure n'exclut pas la possibilité d'accès à la pharmacie hors présence du pharmacien.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont sensibilisées aux risques liées à la prise en charge médicamenteuse, ainsi qu'à l'identitovigilance. Il existe des objectifs et plan d'actions propres aux secteurs. Ils concernent la gestion des traitements personnels, des médicaments à risques, la déclaration des EI (le COMEDIMS se réunit 3 fois par an). Les surveillantes sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et notamment sur l'identitovigilance, la gestion des traitements personnels. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par l'analyse systématique des EI médicamenteux, par des audits (audit piluliers, audit sur la prescription des traitements personnels du patient). Des actions correctives sont mises en place. L'évaluation de la conformité des piluliers à 92% en 2015 (< 95% attendu) a été suivi d'un travail avec les équipes pour améliorer les pratiques.

La prescription médicamenteuse chez la personne âgée, fait l'objet de recommandations.

Les professionnels ont accès aux tableaux de bord. Ils sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables, et connaissent le logiciel permettant cette déclaration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

De nombreux protocoles, procédures sont disponibles pour les professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Celui-ci est connu des professionnels et utilisé.

Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont sécurisées par des instructions concernant entre autre : la prescription, la dispensation, l'administration des médicaments, la gestion du traitement personnel.

La prise en charge médicamenteuse des enfants et des personnes âgées font également l'objet de recommandations.

Chaque unité dispose d'une pharmacie fermant à clef pour les médicaments, et d'une pharmacie pour les traitements personnels des patients en hospitalisation complète.

Chaque unité dispose d'un chariot d'urgence scellé vérifié périodiquement. La traçabilité de la vérification du chariot d'urgence et du défibrillateur est assurée. Chaque unité dispose d'un frigo exclusivement dédié aux médicaments.

Les personnels ont reçus en janvier 2016 des formations internes spécifiques sur la prise en charge médicamenteuse (concernant les erreurs médicamenteuses, les prises en charge spécifiques dont la personne âgée. Ces formations comportaient un chapitre intitulé « conciliation médicamenteuse ». Il convient de noter que cette formation correspond plus à une gestion du traitement personnel des patients qu'à une réelle conciliation médicamenteuse, telle que le comprend la pharmacie clinique. Le nombre de personnels paramédicaux formés aux erreurs médicamenteuses avoisine les 100%.

Pour les unités disposant de la prescription informatique, celui-ci inclut le Vidal informatique et le livret thérapeutique.

Cependant, l'expert visiteur a pu constaté l'absence de sécurisation du circuit du médicament informatisé, lors de la visite de la PUI. L'expert visiteur a constaté la disparition visuelle d'une ordonnance après consultation et avant validation par le pharmacien. L'accès à cette ordonnance ne devient possible que par une recherche à partir du nom et prénom du patient. Le simple fait pour le pharmacien de consulter une ordonnance aboutit à sa disparition de l'écran AVANT toute validation. L'accès reste possible par le nom et le prénom du patient, mais l'ordonnance n'apparaît plus comme "à valider". Ce logiciel est donc peu sécurisant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'approvisionnement des services est bihebdomadaire. Le transport entre la PUI et les services est sécurisé par l'utilisation de containers scellés.

Toutes les armoires à pharmacies sont sécurisées et fermées à clefs systématiquement, lors de la sortie des personnels de la salle de soins.

Les médicaments à risques sont sécurisés. Ils sont clairement identifiés et placés dans les chariots d'urgence, ou à part dans les pharmacies. Les péremptions sont vérifiées et tracées.

Lors des admissions programmées, les IDE vérifient l'identité du patient et l'interrogent sur ses traitements personnels habituels, et sur une éventuelle automédication.

L'identitovigilance est une préoccupation constante des professionnels. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie. En cas de discordance avec les traitements notés lors de la consultation, les IDE en font part systématiquement au médecin en charge du patient. Ses traitements personnels lui sont retirés, emballés dans un sac transparent identifié à son nom, puis placés dans l'armoire prévue à cet effet. Cette armoire est fermée à clef.

Le support de prescription papier est unique. depuis 15 jours, le support de prescription informatisé a été mis en place en hospitalisation complète. Il existe une coexistence du support papier et informatique. Les professionnels ont accès à une base de données sur le médicament (Vidal papier ou informatique, ainsi que le livret thérapeutique). Les piluliers sont préparés par les IDE avec un contrôle lors de l'administration. Cette administration est tracée dans le dossier de soins papier.

Les professionnels sont sensibilisés à l'éducation des patients et assure l'information sur le bon usage des médicaments.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du circuit du médicament est assuré par le COMEDIMS. Celui-ci se réunit 3 fois par an. L'établissement produit les indicateurs du CBUM chaque année.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables, liés au circuit du médicament sont assurés.

L'établissement réalise des audits régulièrement (audit piluliers 2 fois par an, contrôle des armoires à pharmacie...).

Un audit annuel de la PUI est réalisé conjointement par le pharmacien et le responsable qualité de l'établissement. Il n'existe pas d'audit externe. Il existe un tableau de bord comprenant des indicateurs pour le suivi des actions.

Deux EPP ont été conduites : une EPP antibioprophylaxie menée en 2010, et reconduite en 2015, une EPP réévaluation de l'antibiothérapie menée en 2013.

A / AGIR

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

La conduite des EPP aboutit à des actions d'amélioration des pratiques.

Le résultat des évaluations et des audits donne lieu à des actions correctives. L'établissement procède à un suivi régulier de l'audit de préparation des piluliers.

L'établissement communique sur les résultats des évaluations par le biais de réunion de service et le journal interne.

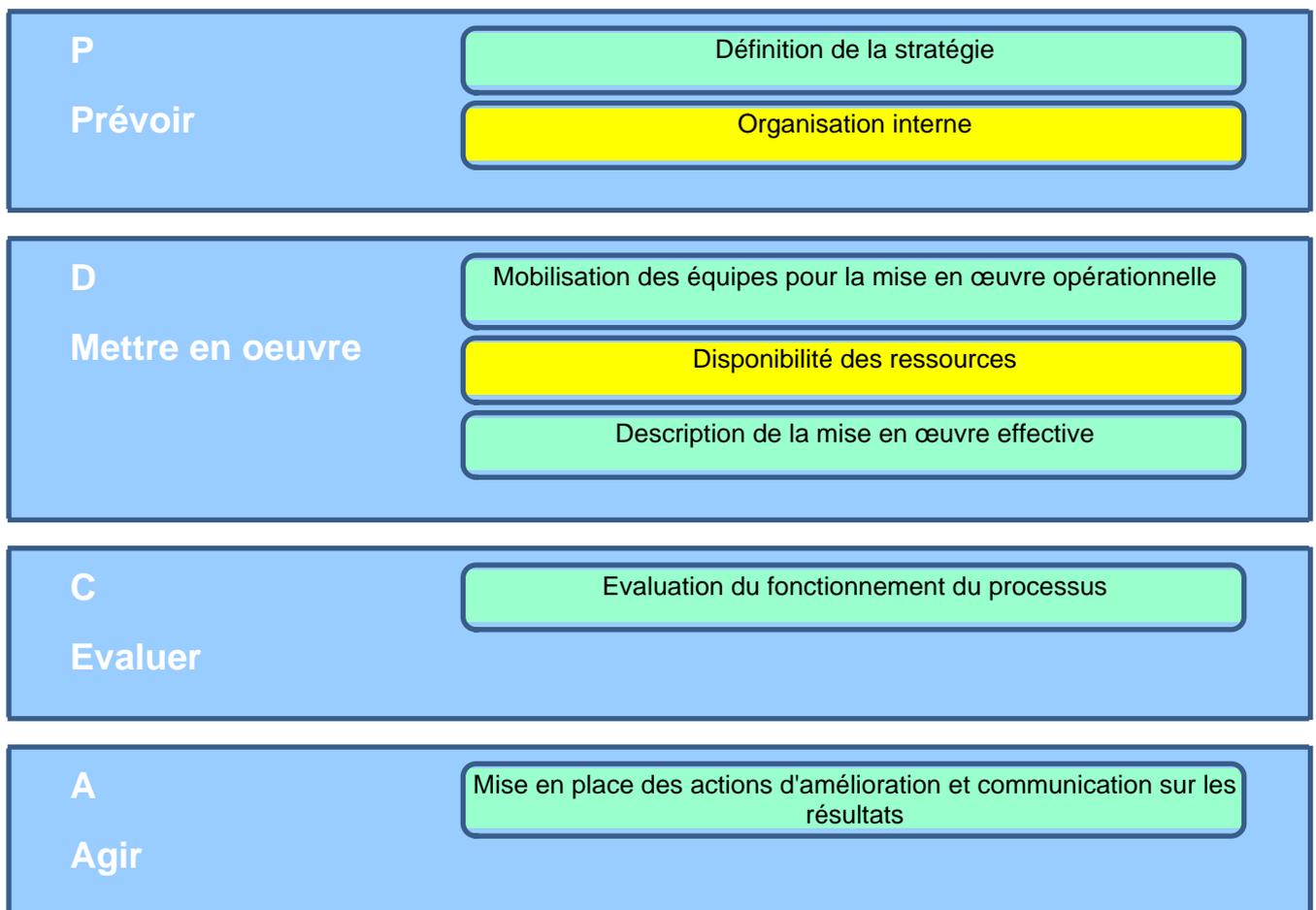
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement réalise les activités suivantes : chirurgie plastique, dermato-chirurgie, chirurgie ophtalmologique, chirurgie des veines, chirurgie esthétique et maxillo-faciale, endoscopie digestive. Pour ce faire, il dispose de 15 lits d'hospitalisation complète, de 7 lits de chirurgie esthétique et 28 places de chirurgie ambulatoires. Le bloc opératoire est situé au deuxième étage du bâtiment principal. Il comprend trois salles d'opération et une salle de pansement dite salle "numéro 4". Le BO a été investigué lors des vérifications terrain. La stratégie de l'établissement est validée par les instances (CME) et communiquée aux professionnels par le projet de service par la gestion documentaire. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques. La cartographie des risques a été réactualisée en avril 2015. Elle a abouti à la mise en place d'un plan d'actions pour les risques prioritaires. Cette politique est validée par les instances (CME) et communiquée aux professionnels par le projet de service, la gestion documentaire.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la surveillante générale et la responsable de bloc. Elles s'appuient sur le conseil de bloc dont la composition est la suivante : 2 chirurgiens, le cadre du BO, 2 anesthésistes réanimateurs. Un IDE et un brancardier sont associés aux réunions du conseil de bloc. Le fonctionnement du bloc est régi par une charte du BO, rédigée en 2008 et réactualisée en 2011 et 2016. Cette charte est approuvée par le président de la CME et le président du conseil de bloc. Elle est validée par le PDG de l'établissement. Cette charte du BO est remise à chaque praticien. Il existe un document intitulé « règles de fonctionnement du BO ». Celui-ci date de 2003, et a été réactualisé en 2015. Il est approuvé par le conseil de bloc et le président de la CME et validé par le PDG. Le responsable organisationnel du BO est le cadre du BO Ce cadre est en charge de la préparation, validation et diffusion des vacations du BO et du programme opératoire. Les ressources humaines sont en cohérence avec le fonctionnement du BO. Il existe un IDE dédié au SSPI. Un IDE est présent dans chaque salle. Certains anesthésistes réanimateurs interviennent avec leur propre IADE. En cas de difficulté, l'établissement fait appel à des « vacataires fidélisés ». Des outils ont été mis en place pour les nouveaux arrivants. Ils ont à leur disposition un classeur de procédures et bénéficient d'un tutorat d'une semaine. Le système d'information permet l'accès à la gestion documentaire, au niveau du SSPI. La feuille de programmation est intégrée au logiciel, et permet une consultation en temps réel du programme opératoire. Les circuits et interfaces sont organisés par l'échange d'information entre le BO, les services d'hospitalisation (programme opératoire), la pharmacie, services technique (linge, gestion des déchets). Cependant, le dispositif de radioprotection n'est pas prévu. L'établissement a confirmé l'absence de personnel compétent en radioprotection. La surveillante du BO doit suivre cette formation prochainement. Les personnels médicaux et paramédicaux ne sont pas formés à la radioprotection des patients. Seule une partie des IDE a été formée récemment à la radioprotection des personnels. Il n'existe pas de signalétique fixe au niveau des salles opératoires, lors de l'utilisation de rayons ionisants (Une signalétique amovible est mise en place lors des interventions utilisant des rayons ionisants).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le responsable organisationnel est la surveillante du bloc opératoire. Ce cadre de santé, nouvellement arrivé dans l'établissement, met en place la politique de management de la qualité et sécurité des risques. Les équipes sont sensibilisées. Les professionnels connaissent leurs missions, et s'assurent de la sécurité tout au long du processus de prise en charge. L'identitovigilance est une préoccupation constante tout au long du processus de prise en charge des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le règlement de fonctionnement du bloc opératoire a été réactualisé en décembre 2015. Il définit les principes et modalités d'organisation du bloc opératoire. Ce règlement est porté à la connaissance de tous les professionnels travaillant au bloc opératoire par affichage et remise directe. La répartition des vacations est faite en demi journée. Le SSPI fonctionne de 08h00 à 20h00. Le BO fonctionne du lundi au vendredi pour le programmé. L'intégration des urgences (rares, reprises essentiellement) se fait au cas par cas dans le programme opératoire, conformément à l'article 28 du règlement de fonctionnement du BO. Le programme opératoire de la semaine est validé la veille à 16h00.

Après validation, le programme opérationnel est imprimé et communiqué par le cadre du BO au personnel du BO et de la stérilisation, ainsi qu'aux responsables infirmiers des services. Il est consultable grâce au système d'information de l'établissement.

Les effectifs et les compétences sont en adéquation avec l'activité. Chaque jour sont présents : 4 IDE en salles opératoires, un IDE en SSPI, 2 brancardiers et 2 aides soignants en stérilisation ce que l'EV a pu vérifier lors de la visite de terrain.

La disponibilité en matériel et document est assurée au niveau du SSPI. Le SSPI est doté d'un terminal informatique permettant la consultation du planning opératoire, de la gestion documentaire, du livret thérapeutique, du Vidal.

Il n'existe pas de poste informatique dans les salles d'opération.

Le chariot d'urgence est présent. Il est vérifié régulièrement et la traçabilité de la vérification est assurée. Il en est de même pour la vérification du défibrillateur, et la vérification de la préemption des médicaments.

Les personnels sont formés. Il existe un plan de formation. Sept praticiens (1 anesthésiste et 6 plasticiens) sont engagés dans une démarche d'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle. Il n'existe pas de démarche d'accréditation en équipe.

Les contrôles de l'air, des gaz, de l'eau, des surfaces sont réalisées régulièrement et tracées.

La prise en charge des patients se fait conformément aux procédures.

Cependant, les locaux ne permettent pas le respect du principe de la marche en avant. Ce point avait été souligné lors de l'auto-évaluation pour la visite de suivi en février 2009. Il avait été constaté que « l'architecture des locaux rend impossible toute organisation d'une marche en avant physiquement matérialisée au bloc opératoire ». En effet, la SSPI est inclus à l'intérieur du BO. Il n'y a pas de sas d'entrée pour les brancards. Les brancardiers changent de sabot à l'intérieur du bloc opératoire juste après l'entrée. Il n'y a pas de zone d'accueil préopératoire. Les patients arrivent au BO par la porte d'entrée, et sont accueillis au niveau de la SSPI en attente de passer au bloc opératoire. Les patients ayant subi une intervention chirurgicale sont également accueilli au niveau de la SSPI, avant de ressortir par la porte d'entrée unique du bloc opératoire. L'établissement avait proposé en 2009 « une nouvelle organisation de fonctionnement permettant de limiter au maximum le croisement des patients en SSPI et l'attente au bloc opératoire avant les interventions ». Cette organisation n'assure aucunement le respect de la marche en avant et n'exclut pas le croisement des patients entrants et sortants au niveau de la SSPI ou de l'entrée du B.O.

De plus, les personnels se déshabillent au sous-sol. Ils revêtent leur tenue de bloc. Il revêtent par dessus une blouse pressurisée, qu'ils doivent fermer ainsi que des sabots avant de monter au 2ème étage au BO. L'entrée des personnels au bloc opératoire se fait par l'intermédiaire d'un sas comportant deux zones : une « zone propre » et une « zone salle ». La séparation entre les deux zones est matérialisée au sol par une bande rouge (action corrective suite à la visite de suivi, additif au rapport en date d'avril 2009, l'organisation étant considérée comme satisfaisante par le pharmacien inspecteur de santé publique en date du 5 février 2007, sans qu'il soit possible de savoir si cela concernait uniquement les personnels de la stérilisation où si cette procédure était transposable également aux personnels du BO). Les personnels entrant laissent leur blouse et leurs sabots souillés en zone sale, avant de passer en zone propre et revêtir de nouveaux sabots. Il existe un digicode empêchant l'entrée de personnels non autorisés au BO.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le transfert du patient entre les secteurs d'hospitalisation est assuré à l'aide d'un monte-malade dédié par les brancardiers. L'accès au BO est limité aux personnes habilitées par la présence d'un digicode et d'une vidéo-surveillance. Le transfert du patient respecte sa sécurité et son intimité tout au long du trajet. Le dossier médical suit le patient. Le patient est accueilli en SSPI, en attendant que la salle d'opération soit prête. Son identité est vérifiée et tracée.

Lors de l'acte chirurgical, la traçabilité des DMI est assurée par les équipes à partir étiquettes apposées dans un registre. Le responsable du BO a mis en place, il y a un an, un registre informatisé des DMI permettant de retrouver le dossier du patient en cas de nécessité. La pharmacienne en assure le contrôle.

En post-opératoire, lors du passage en SSPI, le patient bénéficie d'une surveillance par un personnel formé. La douleur est évaluée régulièrement et tracée sur la feuille d'anesthésie. L'administration des médicaments est également tracée sur la feuille de surveillance.

Un responsable régule les activités du BO, et avertit les services des modifications du planning opératoire. La coordination des activités est assurée par le médecin anesthésiste présent.

La procédure de remplissage de la check-list est respectée, son utilisation est effective.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures régulièrement actualisées et validées par les responsables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluations. Une RMM a été faite en 2015 sur un problème d'identitovigilance au B.O. Le recueil des EI est effectif (2 à 5 par mois). L'évaluation porte essentiellement sur le respect du programme opératoire et le suivi des dysfonctionnements qui sont analysés. Des réunions de programmation avec la stérilisation ont lieu une fois par semaine. Des audits habillage, brancardiers, gestion des stupéfiants sont réalisés. Lors de la mise en évidence de point de vigilance, un staff ponctuel est organisé. Le taux d'annulation de l'ordre de 15 % est surveillé. Un tableau de bord du bloc opératoire est produit et diffusé mensuellement. Le tableau de bord de l'activité du bloc opératoire et du suivi des interventions est affiché dans le service.

A / AGIR

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

Des actions sont définies et mises en oeuvre. Une sensibilisation à la réalisation de la check-list a été réalisée lors de la dernière CME en décembre 2015.

Des modalités de suivi et communication sont établis (supports).

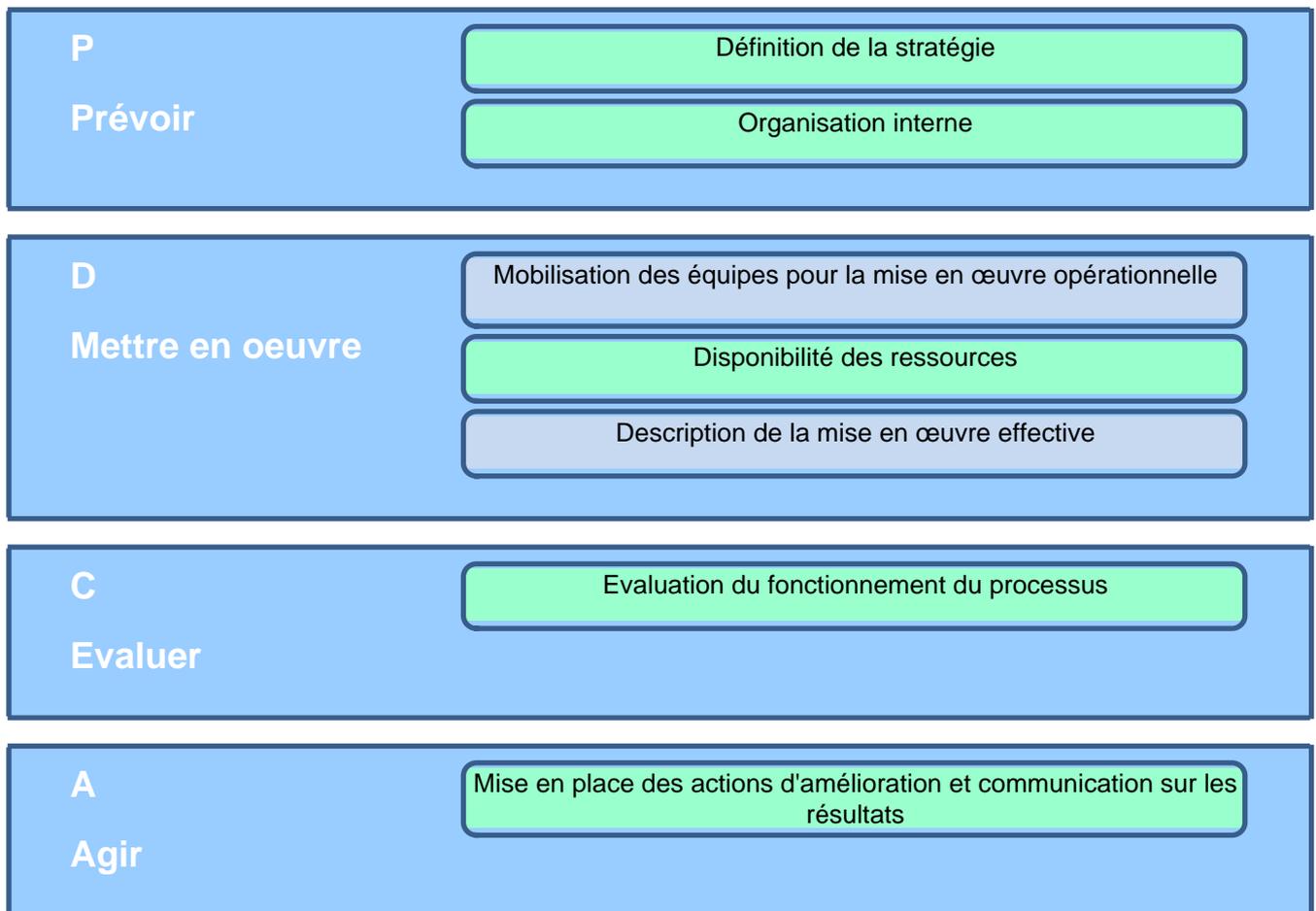
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement possède un secteur unique d'endoscopie. Ce centre réalise plus de 9000 actes d'endoscopies par an (9200 en 2014, 10439 en 2015). Parmi ces 10439 actes, 10312 ont été réalisés en ambulatoire, seuls 127 ont été réalisés en hospitalisation complète pour préparation à l'examen. Les actes réalisés correspondant uniquement à des endoscopies digestives diagnostiques (Polypectomies, mucosectomies). L'établissement ne réalise pas d'endoscopie thérapeutique. Il n'utilise donc pas de DMI. 5300 actes sont réalisés sous anesthésie générale. Le secteur d'endoscopie se situe sur un site propre. Il se compose d'une zone secrétariat/accueil, de 9 box d'accueil, 1 chambre, de 4 salles d'examen, d'un SSPI avec 5 box, d'une salle de lavage des endoscopes et une salle de stockage des endoscopes désinfectés comportant trois armoires simples, pour le stockage des endoscopes.

La politique du bloc d'endoscopie est décrite dans le projet d'établissement 2016-2020 et précise la démarche qualité. Il prévoit un programme annuel d'évaluation et le suivi des indicateurs recueillis. L'établissement a procédé à une cartographie des risques. Les données mobilisées concernent : les événements indésirables, les résultats d'audits et d'enquêtes, ainsi que les données issus de la pratique des professionnels, les EPP et de 2 RMM. Cette cartographie des risques a abouti, après priorisation, à un plan d'action spécifique au secteur. Ce plan d'action est connu des professionnels. Ce plan d'action est validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Un conseil d'endoscopie (comité de gastro) est opérationnel. Il est composé de deux gastro-entérologues (dont la présidente de la CME), d'un Anesthésiste réanimateur, du cadre de santé et d'une IDE. Il se réunit régulièrement (tous les six mois).

Il existe un règlement de fonctionnement de l'endoscopie (politique de prise en charge en endoscopie) d'avril 2015. Ce règlement est remis à tous les nouveaux praticiens.

Les rôles et responsabilités des professionnels au niveau du secteur d'endoscopie sont définis. Il n'existe pas de fiche de poste, mais des fiches de missions (exemples : ouverture de la salle de désinfection des endoscopes, ouverture des poste d'accueil d'endoscopie...). Les professionnels sont stables et connaissent leurs missions. Les besoins et ressources nécessaires sont identifiés. L'effectif total se compose de 23 praticiens, 5 AR, 11 paramédicaux (IDE, AS, agent de désinfection).

La continuité des soins est assurée. Bien que l'activité soit intégralement programmée, il existe une liste d'astreinte pour les problèmes post-endoscopie.

Le parc d'endoscopes est adapté à l'activité (11 gastroscopes, 16 coloscopes, 2 écho-endoscopes). Le parc est récent (Les plus anciens datent de 2009 pour 3 d'entre eux, sinon ils ont été acquis en 2011 et 2015). Tous les endoscopes récents bénéficient d'un contrat de maintenance préventive et curative. Il existe un plan pluriannuel de renouvellement du parc. Le service dispose de 4 laves-endoscopes neufs (acquis en juillet 2015).

Les locaux ont fait l'objet de travaux de peinture et de mise en place de séparation en 2014.

Les patients pris en charge au niveau du secteur d'endoscopie sont très majoritairement des patients ambulatoires, seuls 127 patients ont été pris en charge en hospitalisation complète pour préparation à l'endoscopie. Dans ce cas, ils sont intégrés au programme d'endoscopie et l'interface est gérée. Le service d'hospitalisation est informé de l'heure de l'examen (vision du planning informatisé partagé) et les personnels d'endoscopie vont les chercher dans le service.

Les besoins en radiographies en urgence sont quasi-exclusivement liés aux suspicions de perforations. La procédure prévoit un transfert sur l'hôpital Ambroise Paré. Une convention existe en ce sens. Elle fait l'objet d'une évaluation en 2015, et elle est reconduite pour 2016.

Le responsable de la régulation de l'endoscopie est le cadre de santé du secteur d'endoscopie. La régulation du programme se fait en demi journée (deux plages de 8h00 à 10h00 et 10h00-12h00).

Il existe un plan de formation et d'intégration des nouveaux personnels. Les nouveaux praticiens rencontrent le PDG, la présidente de la CME (gastro-entérologie), le pharmacien, le service qualité.

L'intégration des paramédicaux se fait par le biais d'un tutorat d'une durée de 1 mois. Il existe un programme de formation interne et externe (GIFE, congrès). Les pratiques professionnelles sont fondées sur les recommandations et les bonnes pratiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe un plan d'actions priorisé, propre au secteur d'endoscopie. Ce plan d'action est connu des

professionnels. Ce plan d'action est animé grâce aux staffs et réunions de service, auxquels participe le service qualité. Le management s'assure de la conformité des pratiques, à travers des audits multiples. Le service d'endoscopie est en étroite relation avec la cadre hygiéniste et le CLIN. Des réunions sont assurées régulièrement (1 fois par mois) et font l'objet de compte-rendu. Une IDE est référente pour l'hygiène. Elle a été formée par la cadre hygiéniste. Elle participe aux réunions et assure la transmission des informations auprès des autres personnels du secteur d'endoscopie. La traçabilité (des actes, de l'effectivité de la réalisation de la check-list, du ménage) est organisée, opérationnelle et contrôlée par le biais d'audits réguliers. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés à la déclaration des événements indésirables. Leurs déclarations a connu une baisse sensible en 2014 par rapport à 2013, suite à des problèmes informatiques. Depuis, on assiste à une remontée de ces déclarations. Les professionnels participent aux démarches EPP et aux RMM. Les professionnels ont accès aux résultats des audits et des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à disposition des secteurs les effectifs suffisants au bon fonctionnement du service. Pour chaque vacation sont présents un personnel IDE ou ASD par salle d'examen, 1 IDE au SSPI, 2 IDE à l'accueil/sortie, 1 agent de désinfection. Ce personnel dédié à un poste, connaît parfaitement ses missions. Les professionnels sont formés. Le processus d'accréditation des médecins est en cours selon les recommandations de la SFED. Il est envisagé une accréditation en équipe.

Les ressources matériels sont en adéquation avec les besoins. Les endoscopes sont en nombre suffisant, ainsi que les lave-endoscopes. Le parc est récent. Chaque endoscope possède un carnet de vie, de même que les lave-endoscopes. Le carnet de vie des endoscopes comprend tous les événements concernant l'endoscope (maintenances préventives, curatives, séquestrations...). Afin de respecter les recommandations de la SFED de 2013, le nombres d'actes par endoscope a été rajouté suite aux recommandation de l'expert visiteur.

Les documents nécessaires à l'activité sont accessibles, soit sous forme papier (classeur), soit par la gestion documentaire, intégrée au système d'information de l'établissement.

Cependant, le système d'information du secteur d'endoscopie n'est que partiellement intégré au système d'information de l'établissement. Les rendez-vous de consultations, les plannings et les compte-rendus sont gérés, mais pas la prise en charge médicamenteuse. Le déploiement de la prescription médicamenteuse et le plan de soins infirmiers est prévu pour 2016.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Il existe un système de prise en charge des patients totalement intégré (accueil, hébergement, plateau médico-technique, désinfection des endoscopes), permettant une sécurisation maximale à toutes les étapes de la prise en charge des patients.

La sécurité des biens et des personnes est assurée tout au long du processus. Les patients sont installés sur un brancard qui le suit jusqu'à la sortie du SSPI. Ses effets personnels sont placés sous le chariot de brancardage. Le brancard est munis de barrières de sécurité, et celle-ci sont mises en place lors des transferts et au SSPI.

Les professionnels connaissent parfaitement le processus et suivent les procédures. La procédure check-list est faite conformément aux recommandations, et sa traçabilité des actes est assurée.

L'identité-vigilance est une préoccupation constante des professionnels, comme ont pu le constater les experts visiteurs. Elle est réalisée à toutes les étapes de la prise en charge. Chaque patient porte un bracelet d'identification, et son identité lui est demandé à chaque étape de sa prise en charge.

Les consentements, suite aux consultations d'anesthésie réanimation et de gastro-entérologie, sont systématiquement vérifiés et intégrés au dossier du patient.

Les compte-rendus d'endoscopie sont réalisés en temps réel. Ils sont remis en mains propres, avec les images aux patients lors de leur entretien de sortie avec le gastro-entérologue.

Les endoscopes souillés bénéficient d'un prélavage en salle d'examen. Ils sont ensuite placés dans un bac fermé par un couvercle et sont emmenés en salle de désinfection, avant de subir le cycle de désinfection. Ils sont alors transmis par un « passe-plat » dans le local de stockage des endoscopes, avant d'être mis dans les armoires de stockage.

Le principe de la marche en avant est respecté tout au long du processus. La traçabilité des actes est assurée. Tous les matins les endoscopes stockés subissent un cycle de désinfection intermédiaire, avant la réalisation du premier acte.

Chaque endoscope et chaque lave-endoscope bénéficient d'un carnet de vie.

La surveillance au SSPI est effective et les actes sont tracés. Le score de Chung est utilisé en SSPI ; l'anesthésiste autorise la sortie de SSPI. Les patients sont autorisés à rejoindre les box d'accueil/sortie. Le score de mise à la rue (score d'Aldret) est fait par les IDE. Les patients sont revus par le gastro-entérologue, qui valide la sortie et remet le compte-rendu d'examen et les images aux patients.

Tous les personnels présents en secteur d'endoscopie respectent le port d'une tenue adaptée. Il existe un vestiaire unique à l'entrée du secteur d'endoscopie.

L'entretien des locaux est externalisé, et la traçabilité est assurée. Les prélèvements de surface, eau, appareils, lave-endoscope sont réalisés régulièrement (tous les 3 mois). Il existe des protocoles en cas de non-conformité. Les personnels connaissent les mesures conservatoire à mettre en place, en cas de

suspicion d'ATNC ou de bactéries multi-résistante.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un programme institutionnel annuel d'évaluation, en secteur d'endoscopie.
Des audits sont réalisés régulièrement, notamment audit pour le traitement des endoscopes, conformément aux recommandations de la SFED (audit de 2011, 2013, 2015). Il en est de même pour la traçabilité de la check-list. Par exemple, les derniers audits "check-list" ont été réalisés en septembre 2015, décembre 2015, février 2016. Il en est de même pour l'audit concernant les feuille d'anesthésie.
L'analyse de la déclaration des évènements indésirables conduit à la réalisation de RMM et d'EPP (revues de dossiers).
Les transferts pour suspicion de perforation colique sont analysés. Il en est de même pour la convention de transfert avec l'hôpital Ambroise Paré.
Le suivi des évaluations et des audit est assuré par les indicateurs des tableaux de bords et les bilans d'activités.

A / AGIR

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

Les audits, évaluations, résultats des enquêtes de satisfaction, l'analyse des plaintes ont abouti à la mise en place d'actions d'amélioration.
Suite aux RMM et EPP, des actions de d'amélioration ont été mises en place dans le secteur (par exemple, la position latérale de sécurité est systématiquement appliquée pour chaque double acte gastro/coloscopie). Il existe un suivi des EPP.
Les enquêtes de satisfaction ont mis en évidence la vétusté des locaux, ce qui a abouti à un programme de travaux (peinture, réaménagement).
La présence de non-conformités a abouti à un plan de remplacement des lave-endoscopes (achat de 4 lave-endoscopes neufs juillet 2015).
Les tableaux de bord ne sont pas affichés dans le service, mais discutés en direct avec le personnel lors de staffs de service.
Les résultats des analyses d'évènements indésirables, des enquêtes et des audits sont présentés en CRU.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

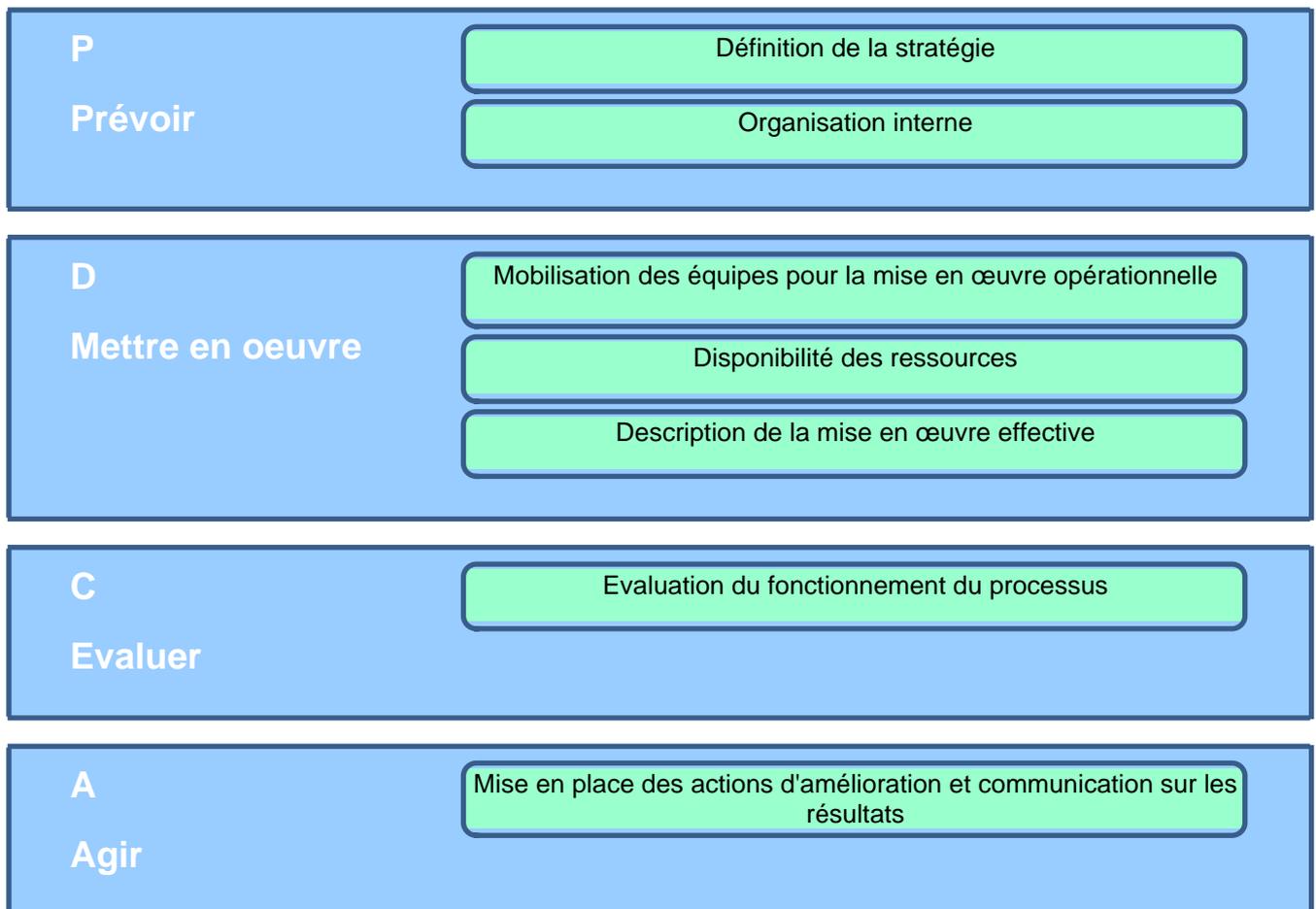
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un schéma directeur du système d'information (SDSI), défini depuis l'année 2010, a été réactualisé en 2015, et intégré au projet d'établissement 2016-2020, avec cinq grands principes encadrant le développement du système d'information.

Les objectifs principaux du nouveau SDSI sont la sécurité et l'accessibilité à l'information.

Une cartographie des risques a été établie par les pilotes et intégrée au compte qualité.

La hiérarchisation des risques établie selon une méthodologie et validée par le Comité de Pilotage Qualité et Gestion Des Risques et Vigilances (COPIQGDRV), suivi d'un ensemble d'actions d'amélioration intégré au PAQGDRV institutionnel unique.

Les actions d'amélioration sont sous la responsabilité principalement de l'attaché de direction et du médecin DIM, avec un échéancier. Elles se déclinent par l'acquisition et l'appropriation de l'application informatique de la gestion documentaire, le développement informatique du dossier patient, et l'acquisition d'équipements complémentaires.

La diffusion aux professionnels s'est faite par l'intermédiaire de la gestion documentaire informatique et des rencontres informelles auprès des équipes.

Le SDSI, validé par les instances (CME et direction), a fait l'objet d'un programme d'actions en ce qui concerne l'infrastructure informatique, suite à un état des lieux de l'équipement réalisé par la société prestataire courant 2015.

ORGANISATION INTERNE

L'attaché de direction et le médecin DIM ont été nommés comme pilotes de ce processus, avec une lettre de mission.

Le médecin DIM est désigné comme responsable sécurité du système d'information.

Les pilotes ont procédé à la diffusion de la charte informatique, par l'émargement des professionnels de l'établissement et un envoi à tous les praticiens d'un courriel.

Dans le cadre du nouveau SDSI, l'établissement a signé un contrat de maintenance préventive à périodicité mensuelle, avec obligation de sauvegardes régulières, accompagnées de vérifications de ces sauvegardes (simulations).

Un local fermé dédié à l'installation des deux serveurs, avec un dispositif de sauvegarde (sur cassette et machine dédiée), assurent une infrastructure informatique conforme.

Un plan de reprise d'activité du système d'information, dont la première version date de décembre 2015, indique aux professionnels la conduite à tenir en mode dégradé en fonction de système informatique défaillant.

Toutes les procédures et modes opératoires relatifs du système d'information sont intégrés à la gestion documentaire unique de l'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

L'analyse des risques à posteriori, par le signalement des événements indésirables, a fait l'objet de RETEX, suivi d'actions correctives conduites par les responsables de secteurs.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Certaines actions ont porté principalement sur des formations/sensibilisation ou réorganisation du secteur ou du processus, impliquant tous les acteurs concernés (identitovigilance de l'admission à la sortie).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le PRA a été récemment élaboré par l'établissement (décembre 2015 dans sa première version). Celui-ci intègre les procédures dégradées, qui sont connues des professionnels.

Cette activité est intégrée dans les missions des pilotes.

Un programme d'acquisition d'équipements pour compléter le parc informatique est en cours. Il est géré par l'attachée de direction.

Un local dédié aux serveurs répond aux exigences réglementaires.

L'établissement assure par l'intermédiaire de prestataires externes la maintenance préventive (depuis 2015) et la maintenance curative des équipements et locaux.

L'établissement assure par l'intermédiaire de prestataires externes la maintenance préventive (depuis 2015) et la maintenance curative des équipements et locaux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'habilitation des professionnels s'est appliquée à travers le paramétrage des applications informatiques. Le circuit du dossier patient établi est respecté : le dossier de pré-admission est récupéré par l'IDE à l'entrée du patient, qui complète celui-ci. Le dossier suit le patient au bloc opératoire, avec une traçabilité effective. Puis en préparation de sa sortie, l'IDE du service d'hospitalisation élabore un résumé de sortie avec consignes au patient pour son retour à domicile, avant sa prochaine consultation post-chirurgicale. Les procédures dégradées existent et sont connues des professionnels, après formation à leurs utilisations. Les actes sont tracés dans le système d'information de l'établissement, avec la coexistence de supports papier et informatiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Depuis plusieurs années, une enquête de satisfaction est transmise mensuelle aux professionnels. Elle regroupe un ensemble de questions regroupées sous des rubriques (disponibilité, rapidité, qualité) et aboutissant à un score sur dix.

L'établissement a répondu aux indicateurs Hôpital Numérique, en date de juin 2015.

Par l'intermédiaire des prestataires externes, un suivi trimestriel d'indicateurs est recensé par l'attachée de direction. Il existe depuis octobre 2015, et concerne le nombre d'appel de la Hotline, le nombre de tickets liés aux dysfonctionnements, les délais de réponse et le nombre de pannes observées.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration, issues du PAQGDRV, ont déjà été réalisées : SDSI, PRA, fiche de poste du responsable sécurité du système d'information.

Un contrat de maintenance préventive a été établi, afin d'assurer par le prestataire externe les vérifications des sauvegardes (dix fois dans l'année).

L'informatisation du dossier patient, qui est en cours de déploiement, est suivi le par les responsables de secteurs dans son efficacité opérationnelle.

Les résultats des mesures ou actions correctives sont communiqués aux professionnelles soit par la révision des procédures, soit par des restitutions lors de rencontres informelles.

Dans le cadre de perte d'appels téléphoniques, dans la prise des rendez-vous, une action corrective a été mise en place : le transfert sur une plateforme dès un appel sans réponse et mise en place d'une plateforme de rendez-vous (avec les plages disponibles), via internet depuis janvier 2015, où l'ensemble des praticiens de l'établissement s'y sont inscrits, facilitant ainsi la prise de rendez-vous en temps réel.

A la suite d'une panne téléphonique qualifié en événement indésirable, une action corrective a été retenue : pour une panne téléphonique de plus de trois heures, appel systématique des praticiens par les portables.