



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL SAINT CAMILLE**

**2 rue des Pères Camilliens**

**94360 BRY SUR MARNE**

**OCTOBRE 2019**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

# PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL SAINT CAMILLE	
Adresse	2 rue des peres camilliens 94360 Bry Sur Marne
Département / région	VAL DE MARNE / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	940150014	ASSOCIATION HOPITAL SAINT CAMILLE	2 RUE DES PIERRES CAMILLIENS 94366 Bry Sur Marne
Etablissement de santé	940000649	HOPITAL SAINT CAMILLE	2 rue des peres camilliens 94360 Bry Sur Marne

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	68	/	13
MCO	Médecine	194	23	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Laboratoire de biologie médicale : Accréditation Noms ISO 15189, COFRAC, Février 2018
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention de coopération avec l'hôpital des Murets : Installation du SSR des Murets sur site</li> <li>- Groupement d'Intérêt Economique IMMAV : Imagerie médicale</li> <li>- Convention constitutive maillage des urgences Est 94</li> <li>- Convention avec le SAMI de Bry / Nogent / Le Perreux (hébergement sur site de la maison médicale de garde)</li> <li>- Conventions de coopération avec l'hôpital d'Instruction des Armées BEGIN (Saint Mandé) - (Prise en charge des patients atteints de pathologies chirurgicales onco-séno-gynéco - Ouverture d'une consultation de chirurgie gynécologique par un praticien du HIA au sein de HSC)</li> <li>- Conventions de coopération avec l'Hôpital Privé de Marne la Vallée</li> </ul>

(Bry sur Marne)- (Lithotripte - convention de liaison réanimation HSC et USC HPMV - Prise en charge des patients HPMV en USC HSC - convention de repli pour les nouveaux-nés de l'HPMV au niveau de l'USC pédiatrique de HSC)

- Conventions de coopération avec le CHU Henri Mondor (Créteil)- (Prise en charge des patients HSC par CHU en chirurgie cardiaque et vasculaire
- convention PDSES neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle - Convention de partenariat prise en charge des patients AVC)
- Conventions de coopération avec le centre hospitalier de Marne la vallée (Jossigny) - (chirurgie infantile)
- Conventions de coopération avec l'institut Gustave ROUSSY (Villejuif):(prise en charge de l'enfant et de l'adolescent atteints de certaines pathologies cancéreuses)
- prise en charge de l'enfant et de l'adolescent atteints de certaines pathologies cancéreuses
- Conventions de transfert en réanimation néonatale avec le CHIC (Créteil, avec le CHI André Grégoire (Montreuil), avec l'hôpital du Kremlin Bicêtre
- Fondation ROTHSCHILD : Convention de partenariat OPH enfants - Neurosciences (neurochir, neuro vasculaire, radiologie interventionnelle) + prise en charge urgente neurochir, neurologie, neuroréa... et programmée
- Réseau Sud Est Francilien de prélèvements d'organes et de tissus dont Mondor : Convention particulière constitutive du réseau Sud Est Francilien de prélèvements d'organes et de tissus
- EFS : désignation nouveau responsable de dépôt remplaçant
- Réseau RIFHOP
- Réseau Partage 94
- Convention avec le CLIC 94 : réseau d'information et de coordination gérontologie

-

Regroupement / Fusion	Non
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt de l'activité prélèvement de cornées
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Non



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

## 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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

## 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant M ou F admis pour une chimiothérapie	HDJ pédiatrie	/	Programmée	Complexe : Chimiothérapie après chirurgie	MCO
2	Personne âgée H ou F >75 ans	Gériatrie - hospitalisation complète	/	Programmée	Complexe : hospi complète après passage par l'UHCD	MCO
3	Adulte H ou F <30ans	Médecine interne, oncologie	/	Programmée	Simple	MCO
4	Adulte H ou F	Chirurgie digestive en ambulatoire	/	Programmée	Complexe : chirurgie après endoscopie	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte H ou F	Chirurgie orthopédique	Prothèse de hanche ou genou	Programmée	digestive Complexe : chirurgie après passage par les urgences	MCO

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

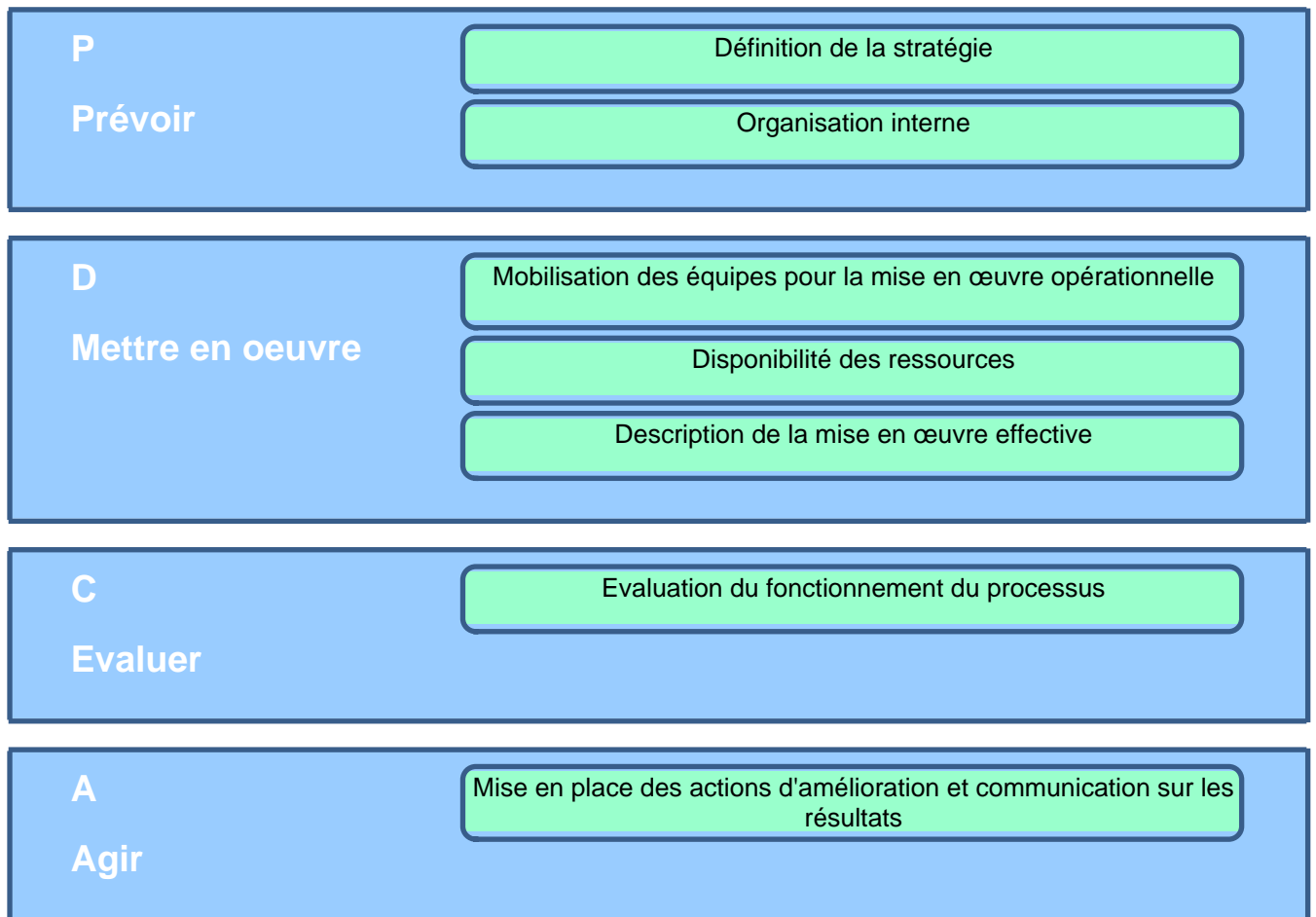
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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'hôpital Saint Camille est un hôpital privé reconnu d'utilité publique participant au service public hospitalier. Il est constitué de 244 lits d'hospitalisation complète et 30 places d'hôpital de jour. Il propose aux patients une offre de soins diversifiée en médecine, chirurgie, oncologie, prise en charge des urgences, réanimation...

À noter que l'établissement dispose également d'une filière pédiatrique en médecine et chirurgie. De même, l'établissement dispose d'un plateau médico-technique avec laboratoire et imagerie.

L'établissement est en cours de réactualisation de son projet d'établissement, le précédent concernant la période 2011-2016. En complément, il a rédigé les orientations stratégiques 2019 qui intègrent un axe qualité (Axe 2) : l'amélioration continue de la qualité et gestion des risques et développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Concernant le projet de soins, il couvre la période 2017- 2022 et il intègre un axe parcours patient décliné en objectifs :

- - développer la coordination autour du patient,
- - développer les qualités des pratiques professionnelles,
- - sécuriser le patient et son parcours,
- - prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans la pratique soignante.

Il existe une politique qualité réactualisée en 2019. Elle précise les engagements et les priorités de l'établissement :

- implanter la culture gestion des risques,
- optimiser l'organisation qualité,
- conforter et développer la relation avec les usagers,
- répondre aux exigences de certification.

Pour l'année 2019, l'orientation est de donner plus de lisibilité à la démarche qualité afin d'en faciliter le suivi et la formalisation. La politique qualité s'appuie également sur la politique de développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique de lutte contre les infections nosocomiales ainsi que la définition de l'organisation de l'établissement en situation de crise (plan blanc, plan de sécurisation de l'établissement et plan NRBC).

La définition de ces orientations intègre les décisions de la précédente visite de certification, les résultats des IQSS et les résultats d'audits internes.

Cette stratégie est présentée aux instances, dont la CDU et validée par la CME.

Elle est déclinée par processus dans un programme d'action (PAQSS) unique pour l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du management de la qualité et de la sécurité des soins est définie.

L'instance stratégique de pilotage de la démarche qualité, le COQUER (comité qualité, évaluation des risques) est en place. Il est composé du directeur, de la directrice adjointe, de la directrice des soins, du président de la CME, de la responsable qualité, du président du COVIRIS, de la référente IPAQSS et du cadre de santé chargé de mission qualité. Le COQUER se réunit mensuellement. Le règlement intérieur de cette instance précise ses missions et son fonctionnement.

Les instances de coordination ou instances opérationnelles sont identifiées :

- la COGRIS : cellule opérationnelle de la gestion des risques qui se réunit tous les 15 jours et traite les événements indésirables. Le règlement intérieur de la COGRIS définit son fonctionnement,
- le COVIRIS : comité des vigilances et des risques,
- les sous-commissions de la CME : CLAN, CLIN, COMAI, CLUD.

Un service qualité est en place, il est composé de deux qualitiens et d'un cadre de santé en mission transversale chargé de la qualité. À noter que cette équipe est en place depuis peu de temps (3 mois). La qualitiennne assure également la mission de coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins. Une fiche métier précise ses missions.

Pour chaque processus, des pilotes sont identifiés et ils disposent d'une fiche de mission co-signée. Ils ont suivis une formation. Chaque pilote est autonome dans la gestion de son processus. Il tient à jour son PAQSS et réalise un reporting au COQUER. Le plan d'action est validé par le COQUER.

L'établissement a défini une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Le pilotage de l'EPP est également assuré par le COQUER en coopération avec la CME.

Une charte de signalement des événements indésirables est en place. Elle est signée par le directeur, le président de la CME et la directrice des soins.

Il existe un organigramme qui précise l'ensemble des instances impliquées dans la démarche qualité, il précise le rôle de chaque instance. Il est associé à un document présentant la composition de chaque instance et la fréquence des réunions.

L'ordre du jour des instances et des réunions intègre systématiquement un point qualité notamment en CME et en réunions cadres.

L'établissement s'est fait accompagner dans le cadre de sa démarche qualité depuis janvier 2018 par un consultant. Celui-ci a également formé les pilotes. La cartographie des risques n'est pas réalisée pour tous les processus mais exclusivement pour trois processus identifiés les plus à risques à savoir le bloc opératoire, l'endoscopie et la radiologie interventionnelle. Pour autant, pour chaque processus, les principaux risques ont été identifiés dans le compte qualité.

Il existe un PAQSS méthodologiquement conforme aux attendus. Il précise les actions avec, pour chacune d'entre elles, un niveau de priorité, un échéancier, un responsable d'action, et les modalités de suivi. Ce PAQSS est réactualisé.

La déclaration des événements indésirables est dématérialisée, la gestion documentaire (GED) également. Ces deux outils sont en place seulement depuis fin 2018.

La gestion des vigilances est organisée et la gestion des alertes sanitaires descendantes (pharmacovigilance et matériovigilance) est procédurée. Cette procédure est applicable H24, le relais étant pris par l'administrateur de garde.

L'établissement dispose d'un plan blanc réactualisé en mai 2019. L'établissement est un établissement de recours car des établissements plus importants, le CHIC de Créteil et Henri Mondor sont les établissements de première intention. Il n'y a pas eu d'exercices organisés récemment.

Concernant la gestion des plaintes, afin d'améliorer l'exploitation de celles-ci au niveau de la démarche qualité, l'établissement a en projet d'intégrer l'ensemble des réclamations dans le système de gestion des événements indésirables (EI).

La commission des usagers est également en place. Les représentants des usagers sont présents, ils participent au CLIN ainsi qu'à des groupes de travail ou audits selon les thématiques.

La COGRIS assure la coordination de la gestion des risques. Pour cela, il existe un protocole de gestion et traitement des EI, il définit la conduite à tenir en fonction du niveau de risque identifié.

Cependant, l'analyse des causes profondes des événements indésirables n'est pas toujours réalisée et tracée. La COGRIS assure la coordination de la gestion des risques. Pour cela, il existe un protocole de gestion et traitement des EI, il définit la conduite à tenir en fonction du niveau de risque identifié. Mais, depuis le début de l'année, le signalement des événements indésirables ne débouche pas systématiquement sur une analyse systématisée.

Pour deux d'entre eux, qui ont eu lieu en février et qui sont identifiés en risque à surveiller et en risque catastrophique, l'analyse et la mise en place d'actions correctives n'ont pu être identifiées. On ne retrouve pas de compte-rendu du COGRIS ni de compte-rendu d'une analyse réunissant les acteurs concernés.

Cette période correspondait à l'absence de qualifiants dans l'établissement.

Le risque est que l'absence d'analyse et de mise en place de barrières entraîne une récurrence.

Cela n'a pas été identifié par l'établissement avant la visite.

L'établissement a été réactif à la remarque et une RMM est planifiée le 26 juin, le support d'analyse est préparé.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

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

La mobilisation des équipes pour la démarche qualité s'appuie sur les infirmières chefs présentes dans chaque service et les cadres de santé qui gèrent deux ou trois unités. Elles sont le relais auprès des équipes.

La mise en place de quick audits mensuels est un vecteur fort de connaissance de cette démarche qualité dans les unités de soins. Ils sont réalisés sous forme d'auto évaluation à partir de grilles définies. Ils concernent l'identitovigilance, le dossier patient, la tenue vestimentaire, les DASRI, la gestion de la pharmacie, la séquestration et la gestion du traitement personnel des patients, les précautions complémentaires, l'entretien du poste de soins. Une restitution « à chaud » auprès de l'équipe est réalisée.

Les équipes sont sensibilisées au recueil du questionnaire de sortie. L'augmentation de leur taux de retour a été un objectif clairement identifié par l'encadrement. Cette mobilisation a porté ses fruits: le taux de retour a fortement augmenté de 8 à 18%, l'objectif à atteindre étant fixé à 30%.

Cette appropriation par les équipes de soins s'est développée récemment. En effet, la préparation à la visite de certification a été un levier permettant, pour les professionnels, de mieux appréhender et comprendre la démarche qualité. À noter également que la dématérialisation de la déclaration des événements indésirables et l'accompagnement de ces projets sur le terrain ont été l'occasion d'améliorer l'implémentation de la démarche qualité auprès des équipes. En effet, les formations, tant à l'utilisation de la GED, qu'à la déclaration des EI, ont permis d'impliquer le terrain et de rendre accessible aux professionnels cette démarche qualité. Cette orientation étant confirmée lors des visites de terrain tant dans le service de médecine interne qu'en chirurgie viscérale.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe qualité (qualiticien et chargée de mission qualité) est en place depuis 3 mois, l'établissement ayant dû faire face à des départs simultanés. Dans ce contexte, la direction a fait le choix de détacher un cadre qualité en mission transversale qui dispose de l'historique de l'établissement et a donc intégré l'équipe qualité. Pendant une période de latence, l'encadrement a pris le relais permettant de concrétiser et d'intégrer la démarche qualité dans les unités de soins en rendant celle-ci opérationnelle et concrète pour les professionnels. Les nouveaux qualiticiens ont poursuivi cette orientation. Ce nouveau mode de management de la qualité est en cours de consolidation et des axes d'amélioration de l'organisation et des outils disponibles sont d'ores et déjà identifiés.

Les ressources humaines dans les unités de soins permettent d'assurer la prise en charge des patients. En moyenne, pour 28 lits l'effectif est de 3 IDE et 3 AS en équipe de jour et 2 IDE et 1 AS en équipe de nuit. Les agents de jour travaillent en 11H pour les IDE et 10 heures pour les AS. Il existe un temps de chevauchement de 15 minutes entre les équipes de jour et l'équipe de nuit. Le taux d'absentéisme est variable selon les unités. Au cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents, l'établissement est organisé et peut faire appel à des vacataires ou de l'intérim pour les paramédicaux.

Il existe un plan de formation qui permet aux professionnels de maintenir leurs compétences. À noter que la préparation de la visite de certification a été accompagnée d'un plan de formation conséquent.

Concernant les formations en lien avec la qualité des soins, en 2018, 10 agents (exclusivement l'encadrement, aucun professionnel de terrain n'a suivi cette formation) ont été formés à l'analyse des causes et retours d'expérience, et 23 personnes ont suivi une formation concernant l'audit processus dont une seule infirmière.

Concernant les équipements et matériel, ils sont en nombre suffisant dans les unités de soins.

Il existe un outil de GED connu des agents, accessible sur chaque ordinateur. Ceux-ci sont en nombre suffisant. Il n'existe plus de classeurs papiers dans les unités de soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les instances qualité fonctionnent. Elles se réunissent à périodicité définie et régulièrement : 5 COQUER ont été réalisés en 2018 et, 2 en 2019 sur le deuxième trimestre. Il n'y a pas eu de COQUER lors du 1er trimestre, en lien avec l'absence de qualiticien.

La CME se réunit régulièrement, un point qualité est porté systématiquement à l'ordre du jour. En 2019, elle s'est déjà réunie 5 fois.

Suite à la dématérialisation des FEI, l'établissement a constaté une augmentation des déclarations, 137 sur le 1er trimestre 2019. À noter lors d'une déclaration d'un EI, les pilotes de processus sont alertés par mail. Il est prévu de revoir le paramétrage du logiciel afin d'assurer une meilleure traçabilité du traitement des EI. À ce jour, comme nous l'avons vu, elle n'est pas systématiquement réalisée.

Il existe un tableau de bord des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), 19 ont été initialisées en 2018.

Il n'existe pas de comités de retours d'expériences (CREX) formalisés, notamment dans les secteurs à risque. Des revues de morbi-mortalité (RMM) sont organisées selon la méthode ALARM : 5 RMM en 2018 et, 2 RMM depuis le début de l'année 2019.

Le PAQSS fait l'objet d'un suivi et d'une réactualisation régulière.

La gestion des plaintes et des réclamations est intégrée dans la démarche qualité.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs permettant d'évaluer le processus sont en place. Un bilan quantitatif des EI est réalisé, le nb d'événements indésirables est suivi par service. Il n'y a pas d'indicateur qualitatif concernant le



traitement des EI.

Le taux de retour des questionnaires de sortie est suivi avec une nette augmentation ces derniers mois de 8 à 18% et un objectif fixé à 30%. La satisfaction des usagers via le questionnaire de sortie et l'enquête e-satis est suivie.

Les quick audits mensuels sont des outils de pilotage et de management de la qualité pris en charge par l'encadrement.

Trois patients traceurs ont été réalisés avec mise en place d'actions correctives immédiates ou rappel de bonnes pratiques.

## **A / AGIR**

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

Toutes les informations issues de l'ensemble des démarches qualité sont mises en cohérence à travers le PAQSS. L'ensemble des résultats des démarches qualité est présenté en instances (CME) mais aussi en réunion cadre de santé.

Les IDE chefs et cadre de santé sont les relais de la démarche qualité et de ses résultats auprès des équipes soignantes.

Des supports de communication, notamment la newsletter, permettent de diffuser l'information auprès des professionnels. Elle est également diffusée par voie d'affichage.

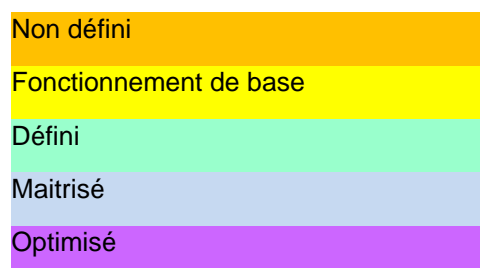
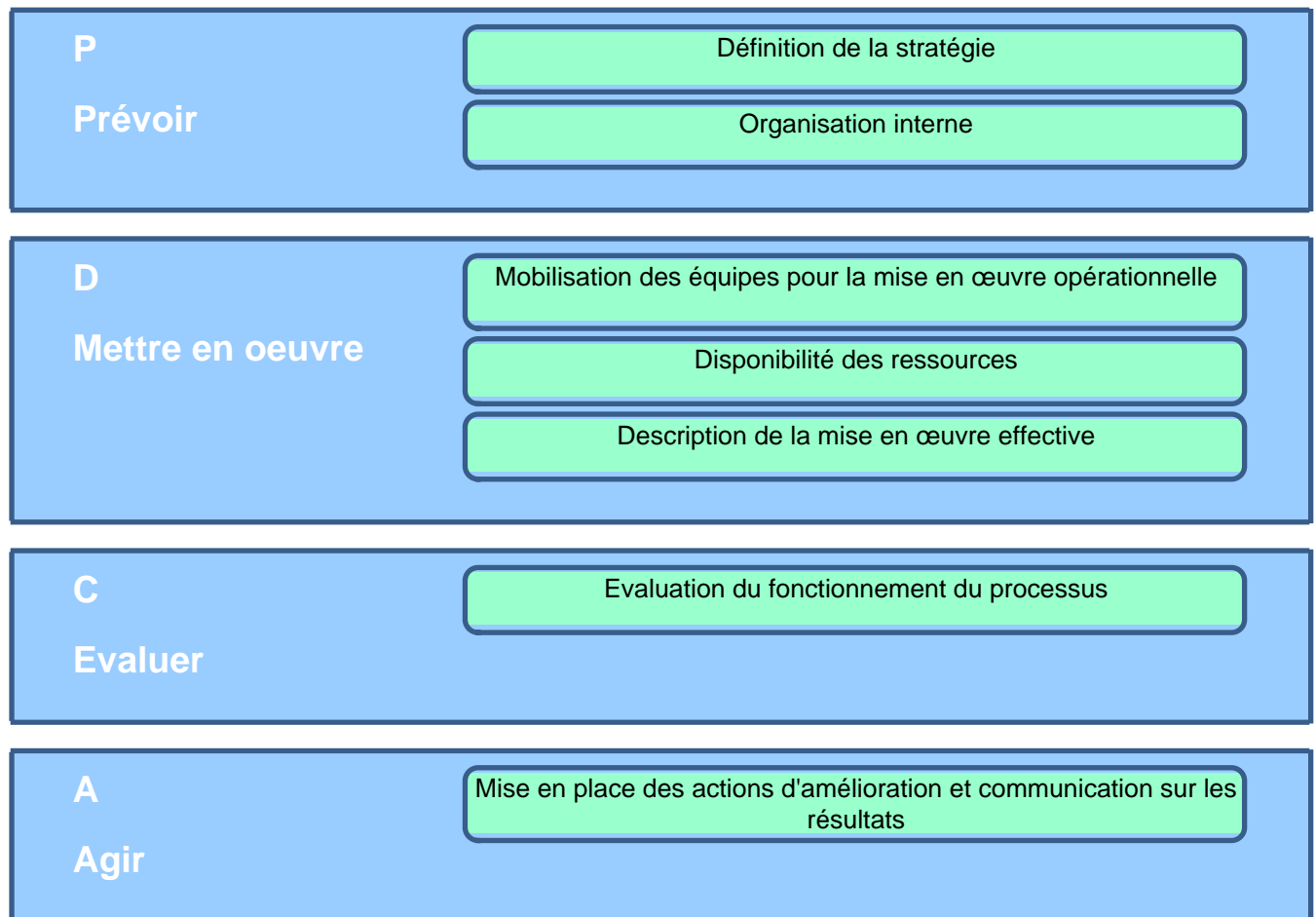
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique de lutte contre les Infections Associées aux Soins est intégrée dans la politique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins. Des objectifs prioritaires sont identifiés en lien avec le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias), le projet d'établissement et le projet de soins ainsi qu'avec les résultats des indicateurs.

Ces objectifs sont :

- observance des mesures d'hygiène des mains,
- lutte contre l'antibiorésistance,
- maîtrise du risque infectieux péri opératoire,
- maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs intravasculaires.

La politique précise le pilotage, les modalités de mise en œuvre et les moyens de communication.

La politique a été validée par les instances et a été présentée aux réunions notamment en réunion avec les cadres.

Les principaux risques ont été identifiés concernent :

- les infections du site opératoire,
- la défaillance dans le traitement des endoscopes,
- le défaut de traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à 24 et 72 heures.

Un programme d'actions ciblées est formalisé et validé. Il est intégré au PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilote du processus risque infectieux est identifié, il dispose d'une fiche de mission validée et cosignée et d'un temps de travail défini pour sa mission. Le praticien hygiéniste est dédié à cette mission à 50% de son temps.

Il existe une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOH) composée d'une IDE hygiéniste à 80%, formée à l'hygiène, et d'une technicienne de laboratoire à 80% également avec un temps complémentaire à hauteur de 20% au sein du laboratoire. Les fiches de poste pour chaque métier sont disponibles.

Un référent ATB est identifié, c'est le médecin infectiologue qui est également le président de la CME. Le CLIN est l'instance de pilotage. La présidence est assurée par le PH Hygiéniste. À noter que le CLIN est une instance largement ouverte où participe la direction, les médecins et les chirurgiens, l'encadrement de santé, des représentants du laboratoire, du bloc opératoire, de la réanimation... Il se réunit à minima deux fois par an pour valider le programme de lutte contre les infections associées aux soins de l'année et le bilan annuel. Il est complété par des groupes de travail thématiques.

Il existe également la COMAI (commission médicale des anti-infectieux) chargée d'élaborer et de proposer au COMEDIMS la politique de l'antibiothérapie de l'établissement.

Au regard des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins notamment en équipement et matériel.

Les interfaces sont organisées, le partenariat avec le laboratoire est structurée, la double appartenance du technicien EOH est un atout. L'alerte par le laboratoire de l'EOH, dès l'identification d'un risque en lien avec un résultat de bactériologie, est organisée.

L'EOH a accès à l'ensemble des services de soins. Elle participe ou est invitée régulièrement aux différentes instances ou réunions, au conseil de bloc, aux staffs médicaux, aux réunions d'encadrement.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les objectifs et le plan d'actions sont définis et adaptés au secteur d'activité.

L'EOH intervient également régulièrement dans les unités de soins pour accompagner les équipes et diffuser de l'information. Elle intervient également dans les sessions d'intégration des nouveaux internes.

Concernant les médecins, il existe un guide « recommandations pour la prescription des ATB » à l'attention des médecins, il est disponible dans la gestion documentaire. Des staffs médicaux inter services, qui peuvent être assimilés à de la formation, sont mis en place. En 2018, deux thématiques

concernaient les antibiotiques. Une newsletter en 2019 intégrait un logigramme de prescription d'antibiotique pour une pathologie donnée.

Une gouvernante est responsable de l'entretien des locaux et encadre l'équipe de bio nettoyage.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe opérationnelle d'hygiène est formée. Elle accède à des formations permettant de maintenir son niveau de compétences par exemple : épidémiologie pour le médecin, participation aux congrès hygiène.

Le plan de formation continue à destination des professionnels intègre des thématiques hygiènes. En 2018, 50 professionnels ont pu suivre une formation en lien avec la gestion du risque infectieux dont 3 agents du secteur d'endoscopie, 23 agents ont suivi une formation concernant la prévention des Infections nosocomiales et les précautions à mettre en place.

Dans les unités de soins, le matériel permettant la prévention du risque infectieux, la sécurité des professionnels (prévention des AES) est disponible et est en quantité suffisante.

Les locaux sont organisés pour le circuit des déchets et la désinfection du matériel.

Concernant les tenues des professionnels, en cas de rupture dans le retour des tenues propres, le recours à des tenues jetables est organisé.

Il existe de nombreuses procédures en lien avec la gestion du risque infectieux, celles-ci ont été réactualisées récemment suite au déploiement de l'outil GED. Ces procédures sont connues et accessibles par les professionnels. Une procédure de signalement interne et externe des EI est disponible, elle intègre la gestion des alertes.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prévention et la gestion du risque infectieux est effective.

Concernant l'identification des patients porteurs de BMR ou BHRE, dans le logiciel administratif, ils sont identifiés par un indicateur. Il existe également une liste papier de recensement des patients porteurs de BME et cette liste est croisée avec les entrants programmés par l'équipe EOH. Les précautions sont immédiatement mise en place, chariot dédié devant la chambre du patient et affichage. L'information concernant ce risque patient est diffusée à l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge de ce patient. Il en est de même pour la transmission de cette information aux partenaires de soins extra hospitaliers via une fiche de liaison.

Concernant le risque infectieux en endoscopie, un suivi par endoscope est réalisé, une planification annuelle de contrôles microbiologiques des endoscopes est définie.

L'EOH a eu à gérer en début d'année des cas d'infections groupées du site opératoire en orthopédie. Cette situation a fait l'objet d'un signalement externe. Cette situation a permis au niveau du bloc opératoire de revoir les circuits, l'ensemble des pratiques, le lavage des mains mais aussi de poursuivre l'investigation jusque dans les unités de soins pour l'étape concernant la réfection des pansements. Dans ce contexte, le protocole "préparation cutanée avant chirurgie" a été réactualisé, un audit est planifié pour le deuxième semestre 2019. La gestion de cette situation a été très suivie avec intervention en conseil de bloc, participation au staff de chirurgie du praticien hygiéniste.

Concernant l'environnement au bloc opératoire, la surveillance est organisée et les fiches conduites à tenir sont disponibles.

Lors de périodes de travaux, l'EOH est préalablement informée du calendrier, elle intervient pour définir les mesures à mettre en place. Lors de la fin des travaux, elle valide la mise à disposition des locaux.

Compte tenu des installations techniques, une surveillance du risque de légionellose est en place. Des contrôles sont réalisés périodiquement. Des filtres sont installés à chaque douche, le changement est organisé et tracé. Il est réalisé par les services techniques sous le contrôle de l'EOH.

L'entretien des locaux est sous la responsabilité des gouvernantes. L'EOH a rédigé un livret de bonnes pratiques. La traçabilité de l'entretien des locaux est effective, elle est contrôlée par l'EOH mais aussi par la gouvernante et les cadres dans les unités de soins.

Les antibiotiques « dit critiques » ne peuvent être prescrits plus de 72 heures. Ils sont prescrits avec le logiciel afin que les IDE en assurent l'administration, mais ils font l'objet d'un formulaire à l'attention de la pharmacie précisant la justification afin qu'ils puissent être délivrés. Si le traitement doit être poursuivi plus de 72 heures, le formulaire doit être adressé à nouveau à la pharmacie avec évaluation et justification pour une nouvelle délivrance.

Cette organisation est définie dans une procédure : "Antibiotiques critiques à dispensation contrôlée : de la prescription à la dispensation" dont la dernière version date d'octobre 2018.

Pour les autres antibiotiques, il y a une alerte informatique à 48 heures qui impose la réévaluation.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué, de nombreux indicateurs sont suivis en routine et le bilan annuel permet de synthétiser l'ensemble des indicateurs.

Il est suivi un indicateur risque BHre, risque tuberculose, mais aussi infection du site opératoire (INCISO). Comme évoqué précédemment, l'augmentation des infections opératoires en orthopédie a donné lieu à l'analyse des causes et à la réalisation de plans d'action. L'établissement participe au REARASIN avec un suivi du taux d'incidence de pneumopathie liée à l'intubation.

Les IQSS sont suivis. L'ICSHA.3 avec un résultat de niveau C a donné lieu à un plan d'actions ciblé. Des audits hygiène des mains ont été réalisés avec restitution des résultats de façon très pédagogique.

Un groupe de travail concernant les dispositifs intravasculaires est en place avec comme objectif la réactualisation des protocoles et réalisation d'audits, actions intégrées au PAQSS.

L'établissement participe à la journée nationale hygiène des mains de façon très ludique favorisant la participation des professionnels.

La vaccination anti grippale a fait l'objet d'une démarche institutionnelle ; 224 salariés ont été vaccinés cette année.

Des EPP ont été mises en place : posologie de l'antibioprophylaxie chez l'obèse, précautions complémentaires en réanimation, surveillance microbiologique des endoscopes.

## A / AGIR

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

Les résultats sont communiqués à l'ensemble des instances, CME, réunions cadres. Ils sont également diffusés à l'attention de l'ensemble des professionnels par voie d'affichage. Des supports des résultats d'audits très attractifs sont utilisés. L'EOH est également très présente dans les unités pour relayer et accompagner l'information. Le relais est pris par les IDE chefs et les cadres de santé.

Au regard des résultats des différents audits ou projets le plan d'action est réajusté et réactualisé.

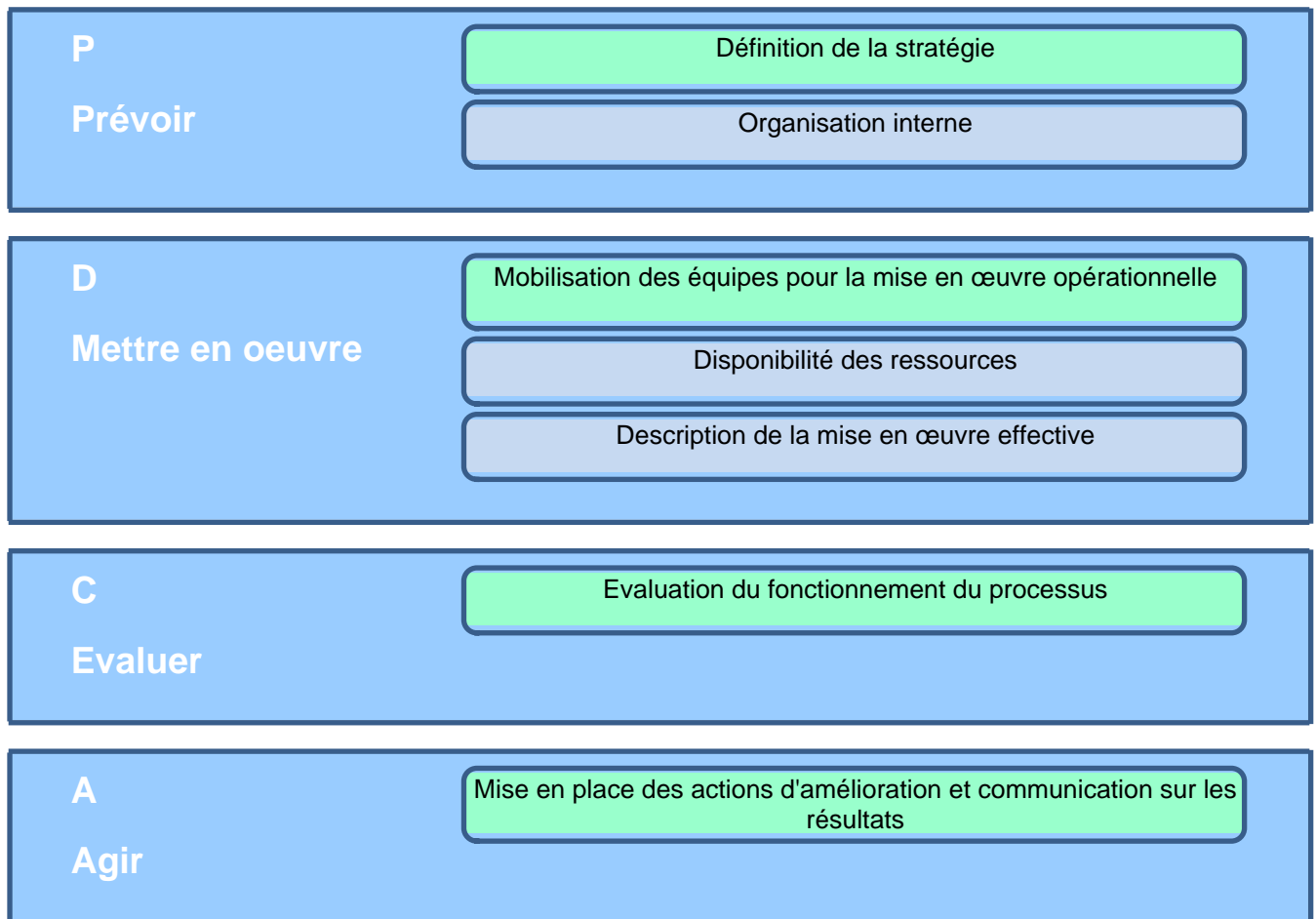
# DROITS DES PATIENTS

## 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



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'implication de l'hôpital Saint Camille sur la prise en compte des droits des patients est basée sur des valeurs fondamentales sur lesquelles l'établissement fonde sa stratégie précisée dans les orientations stratégiques incluant la bientraitance. Mais aussi dans des axes des projets de soins et de Qualité-Gestion des risques.

L'établissement a identifié ses risques à partir des fiches d'événements indésirables, des courriers de plaintes et réclamations, des questionnaires de satisfaction, des quizz internes, des audits, ainsi que des évaluations des pratiques professionnelles dont le patient traceur. Avec l'accompagnement du service qualité, les risques ont été identifiés et hiérarchisés avec les pilotes du processus selon une méthodologie définie.

Sur ce processus, trois risques ont été inscrits au compte qualité. Ont été engendrées des actions assorties d'échéances, d'indicateurs de suivi et déclinées au travers d'un plan d'actions articulé et intégré dans le PAQSS institutionnel.

Cette stratégie définie a été présentée aux instances et pris en considération en association avec la Commission des Usagers (CDU).

Cependant la démarche éthique n'est pas déployée à l'échelle de l'établissement. Le projet d'établissement n'a pas défini une réflexion formalisée concernant la démarche éthique de la prise en charge du patient, notamment dans certaines spécialités proposées par l'établissement (cancérologie, pédiatrie, USC pédiatrie, réanimation, gériatrie...); néanmoins le service d'oncopédiatrie fait appel au comité d'éthique du réseau oncopédiatrique si besoin.

Le risque est que les professionnels de l'établissement ne soient pas sensibilisés à la réflexion éthique. Cela n'a pas été identifié par l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Dans le cadre de la mise en œuvre du respect et de la promotion des droits des patients, les rôles et responsabilités des acteurs ont été définies et formalisées avec la nomination de deux pilotes : le directeur général et la cadre de santé de médecine interne-rhumato-oncologie hospitalisation, appuyés par la CDU. Ce pilotage opérationnel est complété par la responsable chargée des relations avec les usagers (coordonne la gestion des plaintes et des réclamations), une personne déléguée RGD et les différentes personnes ressources telles que : kiné, socio-esthéticienne, EMPS, EMG, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales...).

Des associations sont présentes également sur le site, notamment, une association participant à l'animation et à la dispensation de l'enseignement auprès des enfants hospitalisés en service et aux urgences pédiatriques ; une autre association propose en permanence la présence de trois personnes dans le hall d'entrée de l'hôpital assurant la mission d'informer et d'orienter les patients et leur famille.

Le plan de formation institutionnel est validé par les instances et comprend systématiquement la bientraitance.

L'établissement a formalisé un certain nombre de procédures en lien avec le respect des droits des patients :

- gestion des plaintes et réclamations au niveau institutionnel
- guide d'information du patient en cas d'EIG
- signalement en cas de suspicion de maltraitance chez l'enfant
- signalement d'une personne majeure vulnérable
- la désignation de la personne de confiance
- le recueil et la prise en compte des directives anticipées
- la conduite à tenir en cas de refus de soins
- la mise en œuvre et surveillance de la contention physique

Différentes chartes sont rédigées et affichées : la charte de la personne hospitalisée, la charte de l'enfant hospitalisé ainsi que des documents d'information pour les patients (confidentialité des données...). Les documents sont validés par le service qualité et disponibles dans la GED institutionnelle. Des écrans audiovisuels installés dans les salles d'attente du hall d'entrée viennent compléter la communication des informations auprès des usagers.

Une liste des personnes parlant une langue étrangère est disponible.

Le livret d'accueil réactualisé comporte les règles que doit respecter l'hôpital en matière d'information du patient sur son état de santé, de dommages liés aux soins, pour le recueil du consentement, des

directives anticipées. Il précise également la composition nominative et les missions de la CDU. Les modalités de recueil de la volonté du patient et des directives anticipées sont organisées ainsi que la mise en œuvre du respect des libertés individuelles. Il en est de même de la mise en place de dispositifs structurés d'information du patient en cas de dommage lié aux soins et de signalement en cas de suspicion de maltraitance.

L'Hôpital Saint Camille met à disposition les ressources matérielles telles qu'un espace dédié aux familles avec la possibilité d'y dormir, des chambres seules, des rideaux de séparations dans les chambres doubles, dans les « open space » en HDJ et aux urgences.

L'encadrement des équipes s'assure de la mise en œuvre et du suivi de la politique en matière des droits des patients au travers d'une communication de proximité journalière, des staffs hebdomadaires dans les différents services de soins, des réunions de service, des réunions d'encadrement.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

En déclinaison du programme institutionnel et en lien avec le plan d'action inscrit au compte qualité les secteurs d'activité élaborent les prises en charge qui incluent la dimension du respect des droits des patients. L'ensemble de l'encadrement est un relais des connaissances vers les professionnels notamment lors des réunions et des transmissions.

La déclinaison des objectifs et actions est formalisée avec un accent spécifique sur les besoins de chaque secteur comme par exemple l'USMO pour l'oncologie ou les modalités d'accueil et de prise en charge en USC pédiatrie pour les fins de vie.

Des quicks audits mensuels viennent sensibiliser l'ensemble des professionnels sur la personne de confiance, la confidentialité des informations de santé.

Les équipes soignantes sont également sensibilisées à l'évaluation de la prise en charge de la douleur, au dépistage des troubles nutritionnels, au recueil de la personne de confiance et aux directives anticipées.

Des actions correctives sont identifiées et mises en place chaque fois que nécessaire ou suite à l'observation et l'analyse d'un dysfonctionnement.

Des temps de transmissions, de staffs sont assurés dans les services de soins. Ce temps est une concertation pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Il permet un réajustement quasi en temps réel du PPS (projet personnalisé de soins). Des RCP sont effectives.

L'encadrement communique en interne sur les résultats des évaluations, audits, EPP et indicateurs sur la thématique droits des patients

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les soignants bénéficient d'une coordination des professionnels en soins de support (kiné, socio-esthéticienne, EMSP, EMG, diététiciennes, psychologues, assistantes sociales...) de l'unité médicale soins oncologiques (USMO) en hospitalisation complète et en hôpital de jour.

Des associations d'usagers apportent également leur contribution.

Les procédures, protocoles, chartes, documents d'information sont accessibles dans la GED. L'ensemble de ces documents est actualisé.

Les compétences médicales pour la prise en charge de la douleur et pour les soins palliatifs sont sollicitées à la demande des services de soins.

Les professionnels sont formés à la prise en compte de la douleur et sensibilisés au respect des droits des patients.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des soins est réalisé dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

L'organisation des repas est pensée pour aider les personnes en difficulté, respecte les régimes alimentaires ou les prises en charge spécifiques prescrites dans le PPS.

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre notamment au travers de formations.

La coordination entre secteurs d'activité est effective notamment au travers du dossier patient papier et les personnels peuvent avoir recours aux différents intervenants des soins de support.

Les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

La traçabilité du recueil du consentement éclairé est effective ainsi que pour le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées.

Au sein des services de soins les patients sont informés de leurs droits par les équipes médicales et paramédicales (consultation-entretien admission...).

Le dispositif d'annonce IDE est structuré, une infirmière d'hôpital de jour cancérologie est formée à l'annonce. Il existe un 3 C interne à l'hôpital.

Les professionnels connaissent le dispositif d'information du patient en cas de dommage lié aux soins. Le dispositif de recherche des directives anticipées est décliné et tracé dans le dossier patient.

Les règles d'accès du patient à son dossier sont établies et suivies. Les plaintes et réclamations font



l'objet d'un enregistrement et d'un suivi tracé.  
Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles et assurées notamment par l'ensemble des cadres.  
Les professionnels disposent également d'un recours à l'intervention des différents intervenants des soins de support.  
La CDU est une instance impliquée à l'hôpital Saint Camille, elle se réunit à échéance régulière et est consultée systématiquement sur la validation des documents inhérents à la dimension « droits des patients ». Elle a participé à l'enquête « Intimité et Dignité des patients » ainsi qu'à la réactualisation du livret d'accueil du patient.  
L'ensemble des professionnels rencontrés montre leur forte implication dans le respect des droits des patients.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation mis en place sur le plan institutionnel permet le suivi en continu et l'identification d'actions correctives par le service qualité et les pilotes du processus.

Ce dispositif se décline entre autre par :

- le suivi du délai de réponse aux réclamations des patients ainsi que les demandes de dossiers médicaux.
- des audits réalisés comme l'enquête « intimité et dignité des patients », le quick audit « identité sur la tenue lisible et conforme », « évaluation sur le recueil de la personne de confiance »...
- des EPP telles que « la promotion de la bientraitance en unité de réanimation médico-chirurgicale » ; « L'information du patient et consentement éclairé en endoscopie digestive pour les patients externes » ; « Traçabilité de l'acte et de l'information délivrée au patient lors des ponctions et des infiltrations ».
- le bilan annuel des formations réalisées.
- un tableau de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs (taux de distribution du livret d'accueil, taux de retour des questionnaires de satisfaction...).

L'hôpital évalue également cette thématique au travers des rapports d'activité de la CDU, des différentes instances, des enquêtes de satisfaction patiente, d'e-SATIS, des IQSS.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration inscrites au plan d'actions relatif au processus droits des patients sont mises en œuvre et suivies par les pilotes et les responsables des actions. L'origine de l'action (réglementaire, audit,) permet le suivi des actions et leur implantation dans l'instance concernée.

La communication est assurée en interne auprès des professionnels lors des réunions de services, par la Newsletter, la CME et dans le cadre de la CDU pour les usagers.

Par ailleurs, l'affichage des résultats IQSS est effectif au sein de l'ES.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

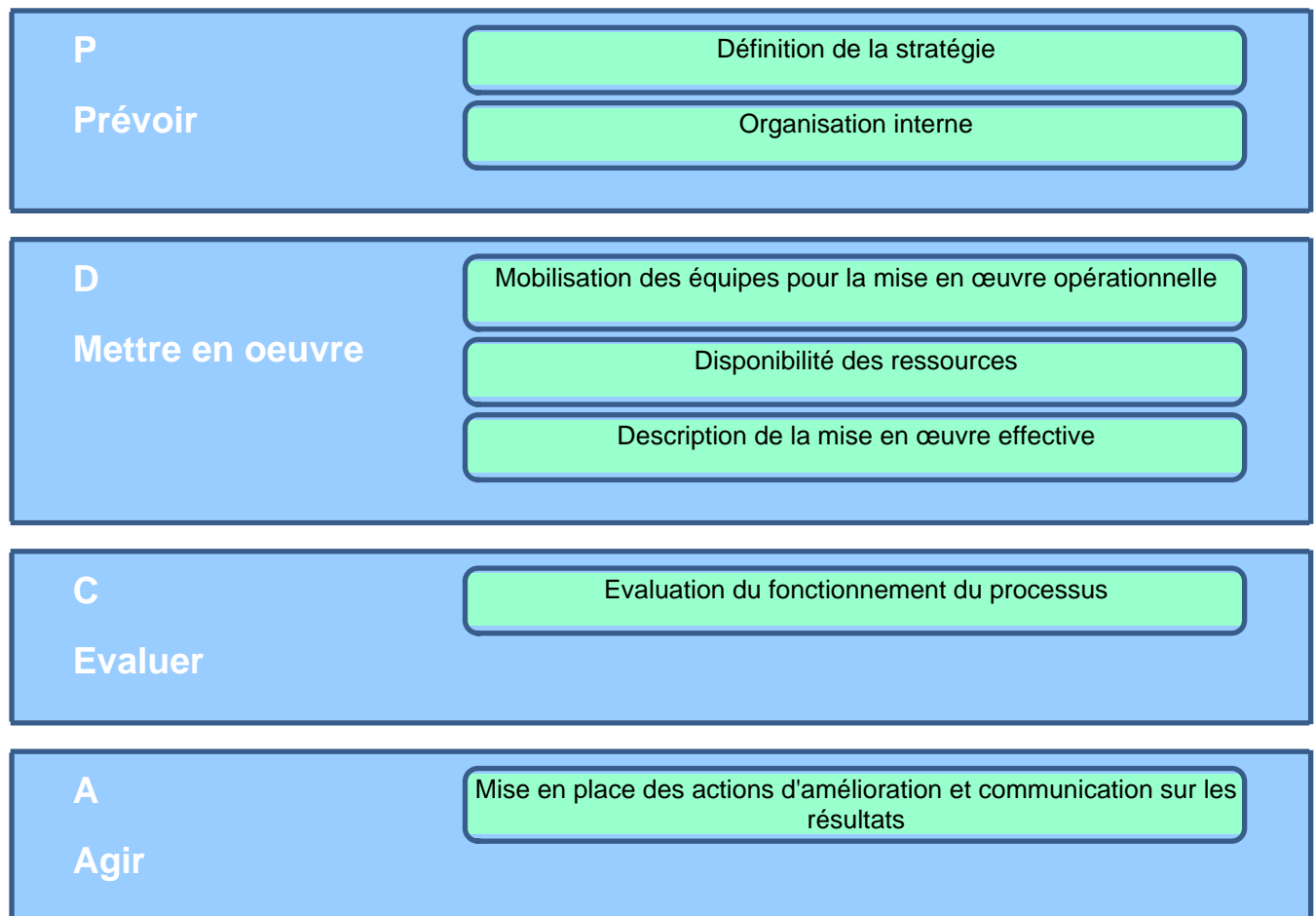
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Une des orientations stratégiques de l'établissement (axe 1) est de renforcer les missions d'hôpital général et d'optimiser les filières de soins. Des orientations fortes sont déclinées par filière notamment concernant les urgences, le développement de la prise en charge médicale et chirurgicale ambulatoire, le renforcement de l'activité programmée, le renforcement de la filière oncologie et gériatrie, et l'adaptation du département de médecine et chirurgie pédiatrique. De même, les partenariats et le renforcement du maillage au sein du territoire sont identifiés. Ces orientations sont en cohérence avec le CPOM.

Une cartographie de l'offre de soins de l'établissement est formalisée. Elle précise les filières, les populations concernées, le mode d'entrée, les pathologies spécifiques, les personnes ressources, les modes de sortie et les actes à risques.

À noter que l'établissement a une forte activité liée aux urgences avec plus 80 000 passages par an réparties entre les urgences pédiatriques et adultes. 70% de l'activité de l'établissement est liée aux urgences.

Les risques prioritaires du parcours patient ont été précisés, ils sont au nombre de trois : défaut d'évaluation du risque suicidaire, défaut de traçabilité dans le dossier patient et de lettre de liaison à la sortie, et défaut de prise en charge des AVC. Les risques sont identiques pour l'ensemble des filières. Les risques sont identifiés en lien avec la précédente visite de certification et les résultats des IPAQSS. Au regard de chaque risque, un plan d'actions est décliné et intégré au PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes de processus sont identifiés : il s'agit du président de la CME, qui était pilote du processus parcours patient antérieurement à sa nomination en tant que PCME, et la directrice des soins avec le soutien du cadre de santé en mission qualité.

Les interfaces entre les services cliniques et les urgences sont définies. Un référent médical est identifié tous les jours dans les services afin de faire le lien avec les urgences. Concernant la gériatrie, un membre de l'équipe mobile d'orientation gériatrique (EMOG) participe quotidiennement aux staffs des urgences.

Dans les unités cliniques, il existe un staff quotidien tôt le matin permettant de coordonner les parcours patients. Concernant les parcours de chirurgie, les hospitalisations sont directes dans les unités de soins suite au passage aux urgences de jour comme de nuit. En ce qui concerne la médecine, le service d'UHCD assure un passage transitoire.

Les filières d'hospitalisation adultes et pédiatriques sont totalement distinctes mais organisées de la même façon.

L'établissement est labellisé dans le cadre de programmes d'éducatifs thérapeutiques (ETP) concernant le diabète type 1 et type 2 ainsi que pour la prise en charge du pied diabétique. Il en est de même pour la filière pédiatrie (enfant adolescent) pour le diabète de type 1. Un programme ETP est également en place concernant l'éducation thérapeutique insuffisance cardiaque.

Concernant la prise en charge des populations spécifiques notamment des démunis, il existe une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), un service social et un partenariat avec la Croix Rouge.

À noter également qu'aux urgences il existe une équipe de liaison IDE psychiatrique H24 relevant de l'établissement partenaire. Un box est dédié à la prise en charge des patients agités et un partenariat est formalisé avec le CH Les Murets.

Il existe une procédure d'hébergement permettant d'hospitaliser, si le service spécialisé ne peut les accueillir, les patients dans une autre unité.

La prise en charge des décès est protocolisée. L'établissement dispose d'une chambre mortuaire avec accès aux familles en heures ouvrables. Le recours aux différents cultes est également organisé.

Concernant la gestion des lits, il existe un outil partagé de gestion des lits qui est tenu à jour a minima deux fois par jour par l'encadrement. Les IDE chefs assurent un rôle important dans la coordination des flux des patients entre les patients programmés et les urgences. Il existe dans les unités d'hospitalisation complète, un support papier (agenda) qui permet de gérer le flux des patients entrant/sortant/urgences permettant de préparer les prises en charge des patients.

Le bloc opératoire permet d'assurer l'ensemble des interventions chirurgicales. À partir de 19h en

semaine (18h le week-end), il fonctionne avec une astreinte IBODE/IADE.  
Les maquettes organisationnelles pour les équipes paramédicales sont définies. L'absentéisme peut être compensé par des vacataires ou en faisant appel à l'intérim.

Concernant la continuité de la présence médicale et chirurgicale, elle est organisée entre les médecins juniors et les seniors. Concernant les services de chirurgie un interne est sur place H24 avec relais auprès d'un senior en astreinte, si nécessaire. Pour les services de médecine, il n'y a pas d'astreinte sur place mais la continuité est organisée par le junior présent aux urgences et le junior présent en réanimation. Si nécessaire, le relais est pris par les équipes présentes sur place dans l'établissement : les médecins des urgences et la réanimation.

Il existe également une procédure de prise en charge des urgences médicales intra-hospitalières en période de permanence des soins. Cette procédure est disponible dans tous les services. Elle est affichée et connue des professionnels.

Concernant la permanence des cadres de santé, elle est organisée et effective. Seule une plage de 18 à 20 h n'est pas couverte mais le relais est pris par l'administrateur de garde. Les cadres de jour et de nuit disposent dans l'outil de gestion des lits d'un paragraphe transmission.

À noter que la continuité pour la fonction support informatique est assurée par une astreinte. En ce qui concerne le biomédical, l'établissement a recours à un prestataire présent selon un calendrier défini.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la prise en charge du patient. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies pour le parcours patient, notamment l'évaluation du risque suicidaire. Une procédure est en place depuis peu de temps, elle est en cours d'appropriation par les équipes, les outils (dossiers) ont été adaptés pour sa mise en œuvre. Une évaluation est planifiée, elle est intégrée au PAQSS, la directrice des soins précise qu'elle sera précédée d'une formation interne par une psychologue (projet en cours de finalisation).

Concernant la lettre de liaison à J0, il existe une maquette institutionnelle. Une organisation est définie identifiant la remise de la lettre par la secrétaire. Un projet de mise en place d'une check-list de sortie est en cours de réflexion.

Le dossier de soins est papier. Dans les dossiers observés, en cardiologie et USIC par exemple, on retrouve tracées dans l'évaluation initiale l'évaluation du risque d'escarre, l'index de masse corporelle (IMC) avec dépistages des troubles nutritionnels ainsi que la douleur. Le dossier de soins intègre dans sa partie fiche de synthèse d'entrée un paragraphe projet de soins personnalisé avec identification des besoins particuliers et les objectifs de soins en regard.

En ce qui concerne la filière oncologie et gériatrie en hôpital de jour, le dossier patient spécifique permet l'évaluation des besoins du patient : évaluation pluridisciplinaire intégrant notamment la diététicienne, l'évaluation de l'autonomie ... En regard, la prise en charge est adaptée et spécifique. Le projet personnalisé de soins (PPS) est complété.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La continuité des soins et la permanence médicale et paramédicale sont effectives. L'intégration des nouveaux professionnels est organisée bien qu'elle nécessiterait une formalisation plus aboutie pour les paramédicaux.

Concernant les internes, un plan de formation est défini. Suite au changement des internes en date du 2 mai, 18 sessions de formation ont été planifiées entre le mois de mai et le mois de juin 2019.

Le plan de formation du personnel non médical est également varié et adapté aux différentes prises en charge. En 2018, 547 professionnels ont participé à une formation.

Les chariots d'urgence sont gérés, ils sont disponibles dans chaque unité et une procédure organise sa vérification mensuelle.

Lors des vérifications de terrain, les pratiques étaient conformes à la procédure, à savoir chariot d'urgence scellé et traçabilité de la vérification effectuée.

Les procédures et protocoles sont accessibles dans la gestion documentaire institutionnelle. Elle intègre à ce jour plus de 500 documents. Cet outil est connu des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Pour la filière UMA (unité médicale ambulatoire) cette unité accueille des profils patients de différentes pathologies: oncologie, gériatrie, rhumatologie ... L'équipe d'encadrement (médecin coordinateur et cadre de santé) a mis en place un outil de programmation développé en interne et partagé par l'équipe qui permet d'accroître la coordination. Cet outil intègre des alertes permettant de lisser l'activité et de veiller à la qualité de la prise en charge. Cette filière intègre la prise en charge des chimiothérapies ainsi que la filière gériatrique. L'implication de l'équipe est à souligner, tant celle de l'encadrement que celle des IDE, avec notamment un projet d'amélioration du livret d'accompagnement en oncologie intégrant le PPS, ainsi que des informations utiles et indispensables pour le patient.

Tant pour la filière pédiatrie qu'adulte en hospitalisation complète, la traçabilité des actions et des activités entreprises est réalisée. Les équipes sont attentives à la qualité de l'accueil du patient, à l'intimité, au respect et à la prise en charge de la douleur.

## **C / EVALUER**

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

Le processus est évalué au travers d'une part des plaintes et réclamations qui sont suivies par service. Les quicks audits intègrent également des critères d'évaluation du parcours patient et ils sont réalisés mensuellement.

L'établissement réalise également une fois par an une enquête de prévalence concernant les escarres. En 2018, le taux de prévalence d'escarre acquise (c'est-à-dire patient avec escarres acquises dans l'établissement hors stade 1) est de 3.1%.

La procédure d'hébergement a fait l'objet en début d'année d'une réunion dédiée de la CACNOP (organisation de l'hospitalisation des patients non programmés dans l'établissement) qui a permis des réajustements notamment du tableau de gestion des lits.

Le tableau de bord des indicateurs institutionnels intègre outre les résultats des quicks audits, des indicateurs parcours patients qui sont ciblés sur les escarres, le nombre de réclamations, la lettre de sortie à J0. En complément des indicateurs qualité, l'établissement dispose d'indicateurs d'activité par discipline et par nature de prise en charge. Il existe également un indicateur de transferts des urgences faute de place en hospitalisation.

## **A / AGIR**

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

Suite aux audits et indicateurs, le plan d'actions est adapté et ou réactualisé, exemple l'évaluation du risque suicidaire qui est planifié et qui sera accompagné préalablement par une formation.

Les indicateurs sont diffusés auprès des équipes soit en réunion d'équipe notamment par les IDE chefs et les cadres de santé, soit par voie d'affichage ou de newsletters.

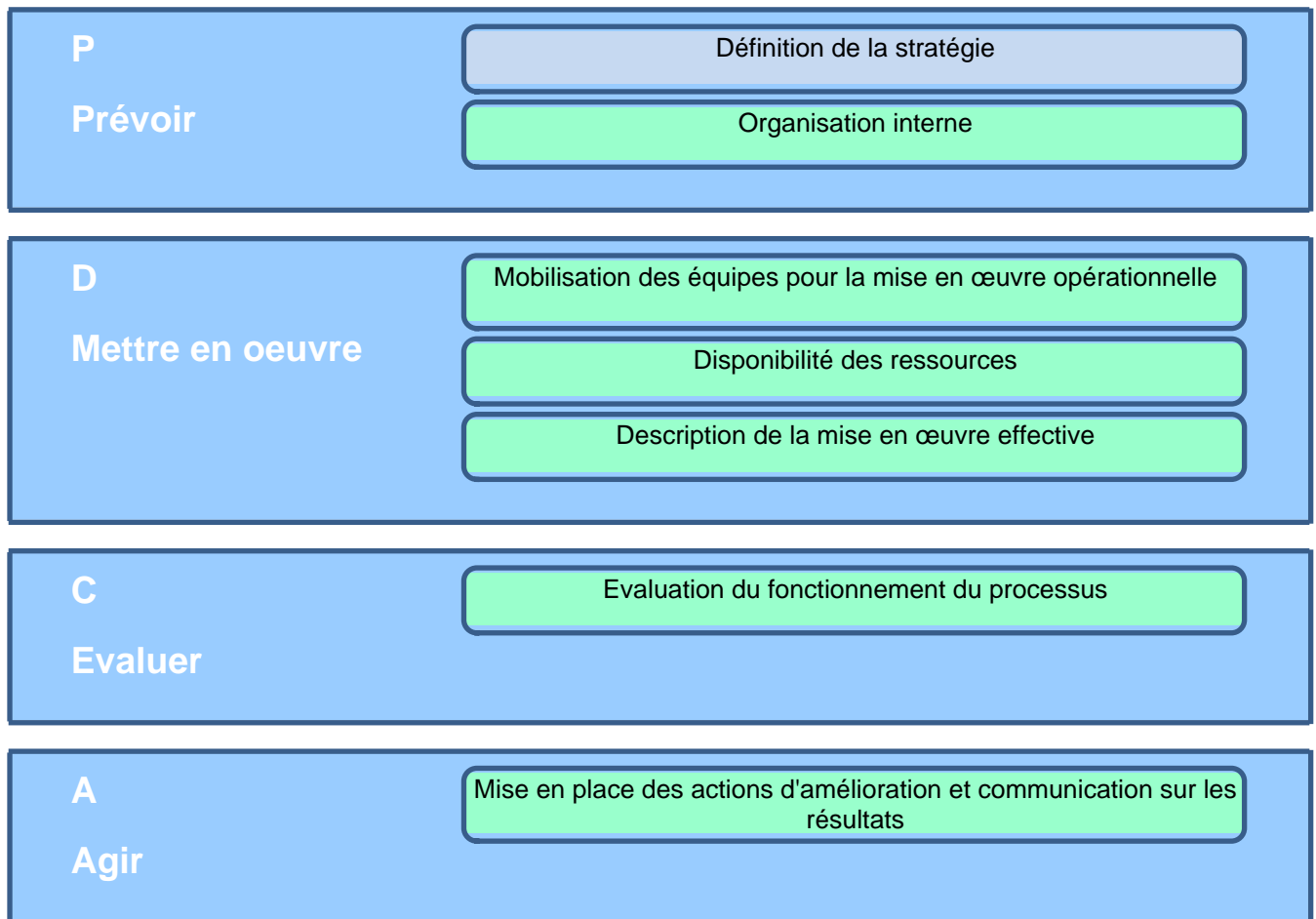
# DOSSIER PATIENT

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est avancée dans les orientations stratégiques 2019 de l'Hôpital Saint Camille notamment par la déclinaison d'objectifs qui sont :

- améliorer la tenue du dossier patient et du dossier d'anesthésie,
- développer le numérique,
- améliorer la sécurité du système d'information et déployer un plan de communication par l'implantation du dossier patient informatisé.

On retrouve un guide d'utilisation du dossier patient (format papier) formalisé et diffusé dans la GED institutionnelle, complété d'une procédure d'archivage du dossier médical et administratif (circuit du dossier patient archives – services). Cette procédure intègre également le retrait d'un dossier médical archivé en interne.

Les règles d'accès au dossier patient et de transmission des données sont également formalisées et sont en ligne sur l'intranet de l'établissement.

L'établissement a utilisé les résultats des indicateurs IPAQSS, des indicateurs internes, les indicateurs Hôpital Numérique, le suivi du taux de conformité des délais d'envoi des dossiers médicaux, les résultats des audits internes et l'analyse des EI pour effectuer l'analyse des risques inhérents à ce processus.

La hiérarchisation des risques a été réalisée par le groupe de travail dédié au processus dossier du patient selon une méthodologie définie.

L'analyse des risques a été conduite sur l'ensemble des critères du processus permettant d'identifier des actions d'amélioration portées dans le PAQSS de l'établissement et pour certaines dans le compte qualité. Dans ces deux documents un pilote est systématiquement désigné, des modalités de suivi et des échéances définies.

L'établissement a décidé de porter trois risques au compte qualité et de mettre en place les actions en lien avec ces risques.

#### ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie par l'hôpital Saint Camille pour piloter le processus.

Les pilotes du processus ont été nommés au sein de l'établissement. Il s'agit d'un chirurgien pédiatre et du cadre de santé d'orthopédie et de gériatrie, appuyés de la responsable des secrétariats médicaux et des archives, du RGPD, du RSSI et du médecin DIM. Leurs missions sont formalisées dans une lettre de mission.

Un groupe de travail «COPIIL DPI» composé de référents par corps de métier (direction, administration, médical, soins, SI) créé depuis 2015 et réactualisé en 2018 complète le pilotage.

Une cellule d'identitovigilance (CIV) se réunit tous les deux mois et pilote la surveillance et la prévention des erreurs et des risques. L'identification du patient est assurée tout au long de son hospitalisation (bracelet d'identification, gestion des doublons, des fusions).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'hôpital prévoit les ressources humaines (formation des professionnels salariés et médecins), matériels (locaux de stockage et archivage, équipements, maintenance) et documentaires (procédures dont l'accès du patient à son dossier et le guide d'utilisation du dossier patient) nécessaires.

Les patients sont informés des modalités d'accès à leur dossier complet par une rubrique inscrite dans le livret d'accueil et le rappel oral des modalités à son admission ou au cours de son séjour si besoin.

Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés au niveau de ce processus.

La gestion des interfaces est organisée.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Concernant le dossier du patient, compte tenu des risques et des besoins inhérents à ce processus, l'encadrement (cadre de santé, infirmières chef), en lien avec la responsable qualité, organise la déclinaison du programme institutionnel, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les actions d'amélioration envisagées lors



de réunions de service ou issues du groupe de travail dédié au dossier patient. Les praticiens sont tenus informés au cours des réunions de CME. Les résultats sont communiqués aux équipes.

L'implication des professionnels permet la traçabilité en temps réel des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, ainsi que la communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge au sein de l'établissement, y compris durant les gardes et astreintes médicales.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont en nombre suffisant et bénéficient des formations nécessaires.  
Les praticiens ont également été sensibilisés sur la tenue du dossier patient (rappel en CME) ; les internes lors de leur parcours d'intégration reçoivent une formation.  
Les nouveaux arrivants reçoivent également une formation au niveau du dossier patient.

Les équipes ont la possibilité d'accéder facilement à une base documentaire électronique mise en place par l'hôpital. On y retrouve l'ensemble des procédures actualisées en lien avec le dossier patient (procédure dossier soins commun, guide d'aide logiciel médicament, parcours du dossier...). Il existe une procédure de fonctionnement en mode dégradé pour les prescriptions médicamenteuses, les comptes rendus de laboratoire et de radiologie). L'établissement a formalisé et diffusé une charte d'identitovigilance.  
Des documents d'information sont mis à la disposition des patients. La possibilité d'accès à leur dossier et de saisine de la CDU est inscrite dans le livret d'accueil et affichée dans les services.

Les outils (version papier) permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient.  
Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24H/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers des patients.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

Le dossier patient se présente sous format papier, il est standardisé avec des spécificités par spécialité (pédiatrie, médecine, chirurgie). Le service des urgences est doté d'un logiciel spécifique.  
L'informatisation est en cours de déploiement (circuit du médicament).  
Les interfaces entre secteurs sont organisées. La communication du dossier du patient entre les professionnels impliqués dans sa prise en charge ainsi qu'avec les correspondants externes est assurée en temps utile.

Concernant l'archivage du dossier patient et son classement, l'hôpital Saint Camille a recours à un seul numéro IPP. On retrouve un local d'archivage sécurisé au sein de l'établissement pour les dossiers médicaux de l'année en cours. Les locaux intermédiaires sont également sécurisés. Les autres dossiers sont archivés à l'extérieur de l'ES. Un contrat a été passé avec un prestataire externe qui définit la gestion des dossiers concernés par l'externalisation.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est organisée. Ils sont tracés en temps utile.

Dans chaque service de l'établissement on retrouve dans le dossier patient des pièces datées, comportant l'identité du patient ainsi que celle du professionnel qui a recueilli ou produit les informations. Les motifs d'hospitalisation y sont précisés ainsi que les antécédents et les éventuels facteurs de risque.

Des observations médicales d'entrée sont tracées par le praticien source. On retrouve également les conclusions de l'évaluation clinique initiale.

Le projet personnalisé de soins concerté avec le patient est réactualisé. Le recueil de la prise en charge des soignants (infirmières, aide soignants), des professionnels du plateau technique, des personnes ressources comme l'assistante sociale, la psychologue... est effectif. En cours d'hospitalisation, les équipes tracent des informations actualisées relatives à l'évolution de l'état du patient en cours de séjour.

Le dossier patient comporte également la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque et l'identité de la personne de confiance. Les prescriptions médicales sont informatisées.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont majoritairement transmises aux professionnels d'aval dans les règles de la confidentialité.

L'établissement a identifié en risque prioritaire le délai défini par la réglementation concernant l'accès du patient à son dossier ; il a mis en œuvre un plan d'actions qui donne une progression de réduction du délai (2016 : 15 jours, 2018 : 10 jours).

Le suivi est présenté régulièrement en CDU.

L'investigation des patients traceurs confirme la traçabilité des éléments constitutifs du dossier patient

ainsi que de l'effectivité de la coordination entre secteurs.  
Les professionnels disposent des transmissions spécifiques aux différents intervenants.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'Hôpital Saint Camille assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.

Ce dispositif d'évaluation se décline entre autre par :

- Un tableau de bord « indicateurs dossier patient » (tenue du dossier patient, taux de conformité moyen des observations quotidiennes, taux de traçabilité de l'information donnée au patient, taux de présence des coordonnées de la personne de confiance)
- Le suivi du délai des demandes de dossiers médicaux
- La réalisation d'audits internes (quick audit identitovigilance, quick audit tenue du dossier soins IDE...) et de patients traceurs.

L'évaluation du processus dossier patient est également réalisée à l'aide des indicateurs nationaux, des indicateurs Hôpital Numérique et des rapports d'activité de la CDU.

## A / AGIR

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

L'établissement a mis en œuvre des actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement ainsi que dans le compte qualité.

On peut citer à titre d'exemple la formalisation du passeport ambulatoire, la révision du circuit de diffusion et de traçabilité de la personne de confiance, la révision du circuit de demande de dossiers).

Les résultats sont communiqués au personnel (réunions de service, staffs hebdomadaires, réunions des instances, Newsletter, affichage).

L'établissement communique ses résultats vers l'extérieur en s'appuyant sur la CDU, par de l'affichage, les écrans audiovisuels installés dans le hall d'entrée, le livret d'accueil.

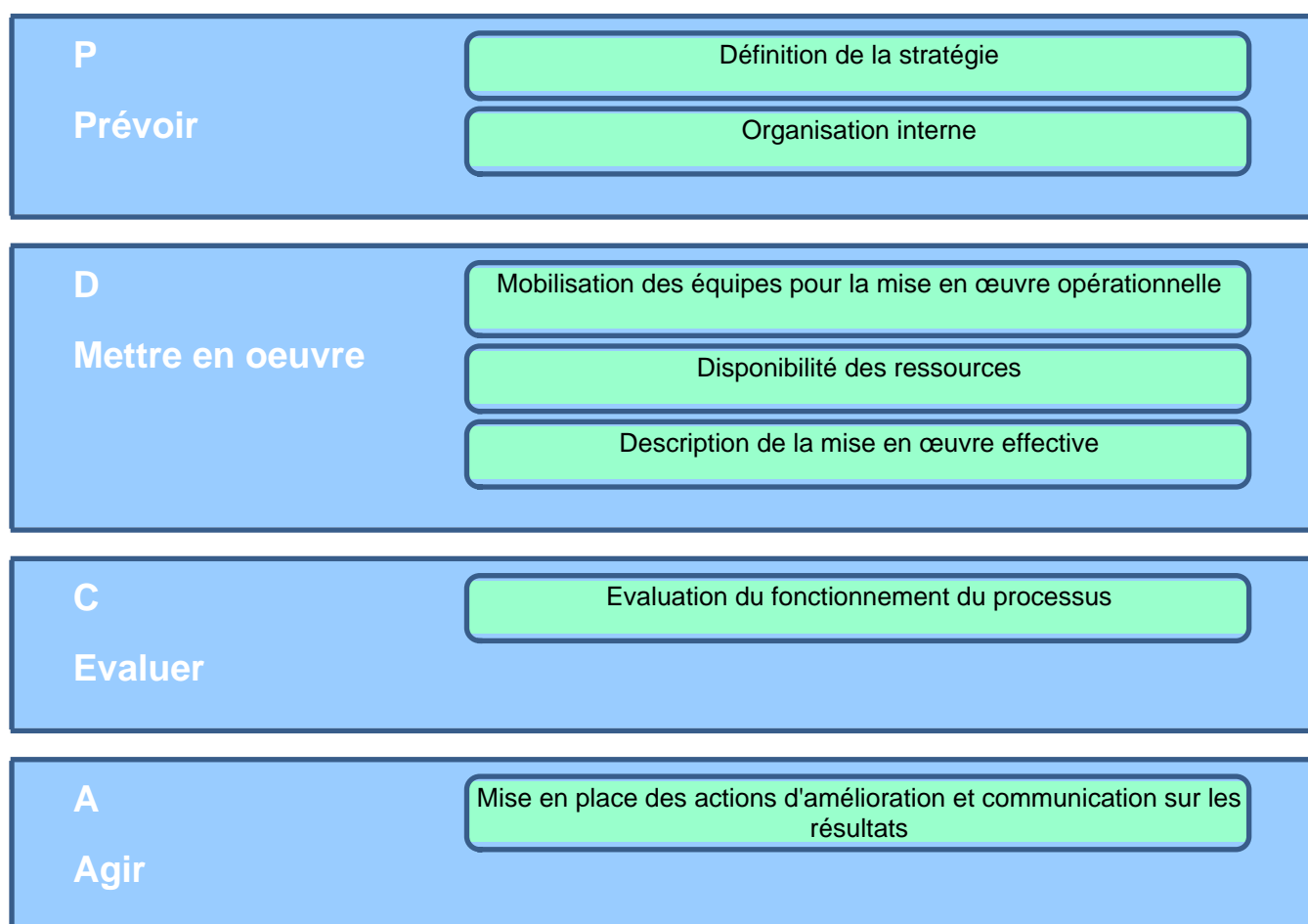
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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 dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) avec une unité de reconstitution des cytotoxiques (URC). Lors de la visite, la PUI, l'URC, ainsi que les services d'orthopédie, de chirurgie ambulatoire, de gériatrie, de médecine interne, du département de l'enfant et le bloc opératoire ont été investigués.

L'établissement a identifié ses risques essentiellement à partir de la réglementation, du contrat de bon usage du médicament, du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES), d'audits, des événements indésirables survenus et des retours d'expériences qui en ont découlé, et des observations émises lors de la visite de certification précédente.

Cela s'est traduit par une réactualisation de la cartographie des risques réalisée grâce à l'outil d'autoévaluation proposé par l'OMEDIT. Ce travail a été effectué par un groupe pluri professionnel (pharmaciens, préparateurs référents, cadres et infirmières chefs).

Une stratégie intitulée « Projet PUI 2019/2020 » a été établie à partir de cette cartographie et des objectifs déclinés dans le CAQUES. Elle comporte quatre axes :

- informatisation du circuit du médicament,
- mise en place de la validation pharmaceutique,
- mise en place de la dispensation nominative,
- mise en place de la conciliation médicamenteuse.

Un « manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient au sein de l'Hôpital Saint-Camille » détaille la politique qualité inscrite dans le projet d'établissement, qui vise à assurer la sécurisation du circuit du médicament en :

- formalisant les pratiques,
- développant la formation des professionnels intervenant dans la prise en charge médicamenteuse,
- assurant l'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse avec retour d'informations sur la base d'évaluations et du suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs,
- prévenant les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse.

Elle prend notamment en compte les spécificités liées à la prise en charge de la personne âgée.

Ces documents, réactualisés en mai 2019, disponibles dans la gestion documentaire institutionnelle, n'ont pas encore été tous présentés aux instances.

Les risques ont été hiérarchisés, analysés, et font l'objet d'un programme d'actions spécifique, formalisé et priorisé, avec identification de responsables, suivi et échéances. Ce programme d'action, réactualisé en début d'année, est également présenté aux instances. De ce programme, trois risques principaux en lien avec la résistance aux antibiotiques, les erreurs médicamenteuses et l'informatisation de la prescription médicamenteuse ont été inclus dans le compte qualité. Le plan d'action présent dans le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel de la mise en œuvre et du suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans la prise en charge médicamenteuse du patient est assuré par le président du COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles), en collaboration avec la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RMQPCM). La composition et les missions du COMEDIMS sont détaillées dans un document institutionnel validé et actualisé.

Un organigramme de la PUI détaille les fonctions de chacun. Le pharmacien chef de service assure les missions de pharmaco et de matériovigilant. Un préparateur est référent "gestion des stocks" dans chaque secteur de soins.

Les pilotes du processus, le responsable de la prise en charge médicamenteuse et les référents "médicament" disposent d'une fiche de mission.

Une liste actualisée des médicaments à risque est établie et disponible dans la gestion documentaire. Ceux-ci sont signalés par un onglet dans le logiciel de prescription et par un pictogramme dans les armoires de stockage. Un nombre limité de concentrations d'un même médicament est privilégié autant que possible. Le stockage sécurisé des stupéfiants est organisé. La standardisation des dispositifs d'administration est recherchée, en lien avec le biomédical.

Les enfants disposent de dosages prédéfinis et les modalités d'administration sont adaptées. Des recommandations de bonnes pratiques de prescription chez le sujet âgé, rédigées en collaboration avec les gériatres, sont diffusées aux internes à l'arrivée de chaque nouvelle promotion, et auprès du corps médical dans la gestion documentaire. La conciliation médicamenteuse n'est pas encore déployée même si les personnels ont été formés.

Les compétences sont définies et réparties. Une liste des prescripteurs habilités est établie, actualisée

chaque année et validée par la pharmacie. La permanence pharmaceutique est organisée. Aux heures d'ouverture de la PUI (de 8h à 18h durant la semaine), un pharmacien est présent. Durant les week-ends et jours fériés, l'approvisionnement en médicaments est organisé conformément à la procédure de dépannage institutionnelle : une dotation d'urgence est disponible dans une armoire sécurisée (accès définis, traçabilité des agents qui ont ouvert l'armoire et des médicaments prélevés).

Des actions de formation continue sur la sécurisation du circuit du médicament, dont les erreurs médicamenteuses sont organisées. Cependant, peu d'agents sont formés au risque d'erreurs médicamenteuses (2 en 2016, 13 en 2017, 1 en 2018 et 3 en 2019). Cette formation n'implique pas les médecins de l'établissement, hormis les nouveaux internes qui sont sensibilisés à leur arrivée. Lors de la visite précédente, cela avait déjà été signalé.

Quelques actions de sensibilisation a posteriori sont réalisées grâce à la diffusion des comptes rendus des retours d'expériences relatifs à une erreur médicamenteuse, mais cela impacte peu d'agents. De même avec la diffusion de la newsletter ou du flyer des 5B. Tout cela consiste plus en une information qu'une véritable formation. La sensibilisation des personnels médicaux et soignants au problème des erreurs médicamenteuses n'est pas réalisée dans sa globalité. Les professionnels rencontrés lors des visites terrain n'avaient pas la connaissance du sujet.

Le risque que les professionnels ne priorisent pas cette source majeure d'événements indésirables graves est réel. L'établissement a identifié ce risque dans son compte qualité.

Les locaux de la PUI et l'URC sont exigus mais sécurisés. L'accès par des sas adaptés est réservé aux personnes habilitées. Les locaux sont identifiés par une signalétique appropriée. Les zones de stockage sont définies. La prise en charge médicamenteuse (notamment la prescription et l'administration des médicaments et des dispositifs médicaux) est informatisée, grâce au déploiement d'un logiciel d'aide à la prescription déployé dans tous les services, sauf dans le département de l'enfant qui dispose d'un document papier commun à tous les secteurs. Des documents et procédures, en lien avec l'organisation et le déploiement du processus, sont disponibles dans la gestion documentaire institutionnelle. Ils portent sur le circuit du médicament et sa logistique, les bonnes pratiques de prescription, les médicaments et populations à risque. Les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies. Des procédures détaillent également l'organisation générale du circuit des cytostatiques et le fonctionnement de l'URC.

Des outils d'aide à destination des professionnels (les 5B, guide de reconstitution et d'administration des anti-infectieux injectables, recommandations et bonnes pratiques de prescription et d'administration, stratégies thérapeutiques...) sont intégrés dans le logiciel de prescription ou distribués sous formes de flyers. Des documents d'information sont également destinés au patient, tels que les fiches « mes médicaments lors de mon hospitalisation », « préparation de la vancomycine per os » ou « vous et votre traitement anticoagulant par antivitamine k ».

Les circuits et interfaces entre les secteurs sont définis et organisés avec les différents services cliniques. Les commandes se font selon des jours établis pour chaque unité. La gestion des déchets pharmaceutiques et le retour des périmés sont organisés. L'acheminement des cytotoxiques et des stupéfiants vers les unités de soins s'effectue selon des circuits sécurisés. Les avis pharmaceutiques portant essentiellement sur l'antibiothérapie et en cas de prescription non conforme sont donnés par téléphone et dans le logiciel de prescription. Un module de réévaluation de l'antibiothérapie après 48h y est intégré avec alertes.

Le traitement personnel du patient est adapté et prescrit par les médecins de l'établissement, ce qui permet d'assurer la continuité du traitement médicamenteux du patient. Les médicaments personnels sont retirés à l'entrée dans le service et rendus à la sortie selon une procédure institutionnelle.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les pilotes pharmaciens assurent le déploiement du programme d'actions en lien avec les cadres et la cellule qualité. L'implication des équipes dans le signalement des événements indésirable est effective, et, ils participent à leur analyse quand ils sont impliqués.

Les professionnels des services de soins ont participé pour certains à des audits (circuit du médicament, administration des anticancéreux dans les unités de soins...) mais ne connaissent pas toujours les résultats ni les plans d'action prioritaires.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La prise en charge médicamenteuse est mise en œuvre avec toutes les ressources nécessaires, suffisantes pour l'activité.

Le maintien des compétences des professionnels de la pharmacie et des services de soins est prévu dans le plan de formation institutionnel. Une formation sur les erreurs médicamenteuses a lieu tous les ans mais les médecins n'y participent pas.

De nombreux documents relatifs aux différents processus de la prise en charge médicamenteuse, validés et actualisés, sont à la disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire ou par le biais de flyers. Les nouveaux internes bénéficient d'un temps consacré à la prescription à leur arrivée.

Les locaux sont conformes, entretenus et sécurisés. A la pharmacie et en URC, les zones de préparation sont adaptées, sous la responsabilité du pharmacien. Les postes infirmiers disposent de zones de préparation identifiées et d'armoires de stockage sécurisées, avec des systèmes de rangement adaptés. Les stupéfiants sont détenus dans des coffres réservés à ce seul usage, et fermant à clé. Les chariots d'urgence sont scellés, et leur contenu est vérifié tous les mois selon une procédure institutionnelle. La maintenance et la surveillance de la température des réfrigérateurs dédiés aux médicaments dans les services se fait selon une procédure institutionnelle validée. Les services disposent d'outils informatiques en nombre suffisant pour tracer la prescription et l'administration des médicaments.

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

La prescription, totalement informatisée sauf dans le département de l'enfant, est effectuée dans le respect des bonnes pratiques. En urgence, en cas de prescription orale, la validation est effectuée secondairement par le praticien.

L'analyse pharmaceutique est assurée dans tous les services qui bénéficient d'une prescription informatisée sauf en réanimation. La délivrance nominative concerne les médicaments hors tarification à l'activité, les antibiotiques critiques, et les cytotoxiques. Il existe des dotations spécifiques pour les chariots d'urgence et pour les morphiniques. La délivrance est tracée, et l'acheminement vers les unités de soins se fait dans des contenants adaptés, avec respect de la chaîne du froid pour les produits qui le nécessitent. Les stupéfiants sont transportés par l'infirmière au moyen d'un coffre sécurisé. Les cytotoxiques sont acheminés entre la pharmacie et l'URC dans des bacs sécurisés avec des sachets isothermes. Le rangement des médicaments obéit aux bonnes pratiques, notamment un seul médicament et un seul dosage par casier. Les médicaments à risque sont effectivement identifiés par un pictogramme spécifique. Des étiquettes de couleur conformes au code international sont utilisées au bloc opératoire pour identifier les drogues anesthésiques.

Les traitements personnels sont gardés dans des sacs étiquetés jusqu'à la sortie du patient.

Les réfrigérateurs sont entretenus et dédiés à l'usage exclusif des médicaments. La surveillance de la température est tracée.

Les chariots d'urgence sont scellés et la traçabilité de leur utilisation et de leur vérification est effective.

La mise en pilulier et l'administration sont effectuées exclusivement par l'infirmière. Les médicaments ne sont pas déconditionnés. Les visites de services ainsi que les patients traceurs ont permis de vérifier que les bonnes pratiques d'administration étaient respectées. La traçabilité de la prise du médicament, de même que la non-administration, sont enregistrées en temps réel au lit du patient.

### **C / EVALUER**

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

Des actions d'évaluation sont organisées, notamment par des audits portant sur l'évaluation des bonnes pratiques d'identification des préparations injectables, la traçabilité des médicaments injectables, le stockage des médicaments, l'administration des anticancéreux...

Des indicateurs issus du CAQUES, ainsi qu'une cinquantaine d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis régulièrement et sont reportés dans un tableau de bord. Ils alimentent le programme d'actions d'amélioration.

Les événements indésirables en rapport avec le circuit du médicament font l'objet d'une déclaration, et leur analyse est réalisée avec les professionnels concernés, notamment quand il s'agit d'erreurs médicamenteuses. Trois retours d'expérience (REX) ont été réalisés en 2018.

### **A / AGIR**

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

Certaines actions du compte qualité sont finalisées. D'autres sont en cours de réalisation (informatisation de la prescription, erreurs médicamenteuses). Le groupe de pilotage se réunit environ tous les deux mois pour suivre l'avancée du programme d'actions, en lien avec le service qualité.

La communication se fait grâce aux « newsletters » mensuelles, et le RMQPCM participe aux réunions de cadres. Des points d'information sont faits en CME si besoin.



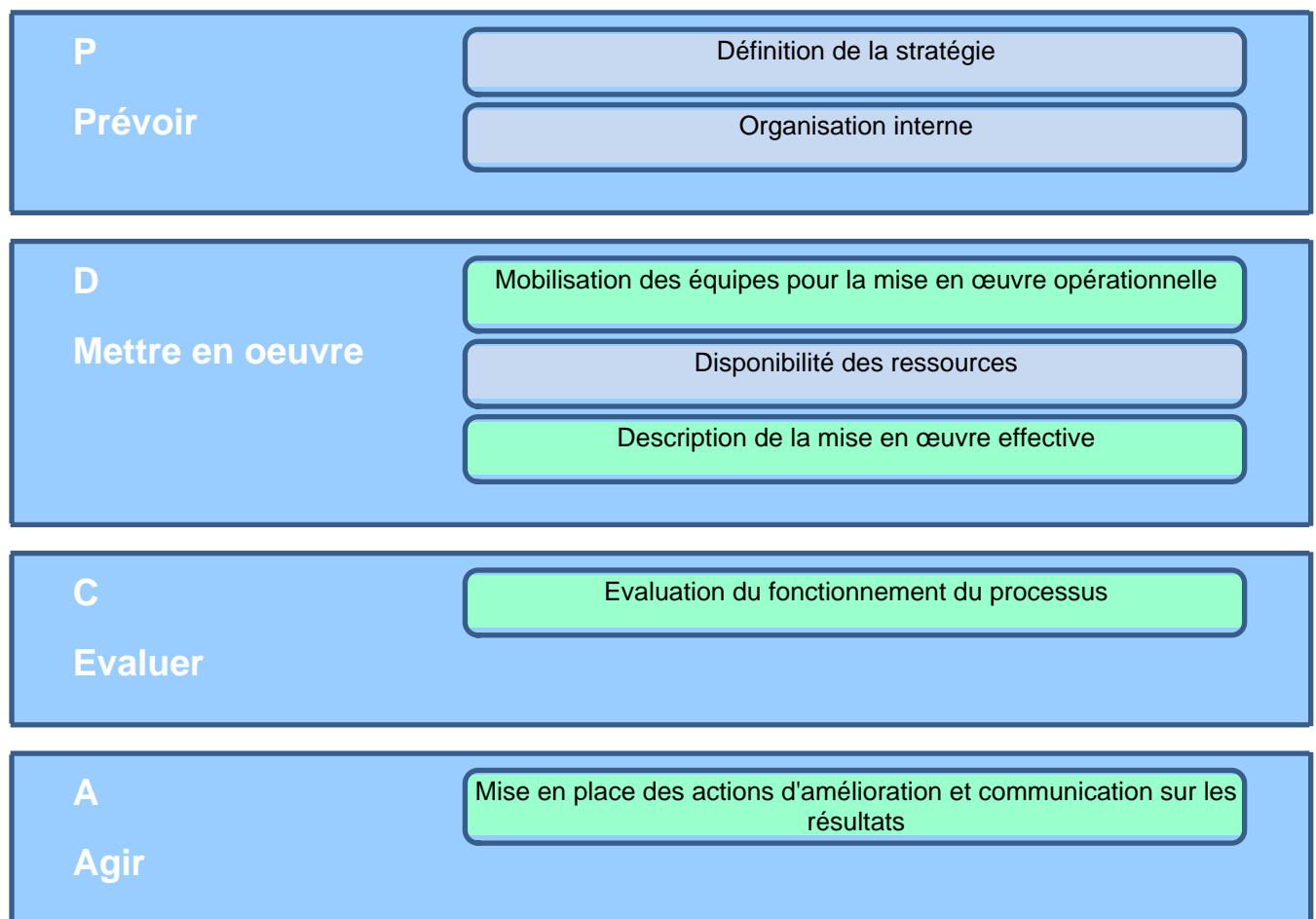
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'Hôpital Saint Camille assure l'accueil de patients non programmés depuis plus de 50 ans. La mise en œuvre d'une autorisation du SAU en 1999 permet à l'établissement de définir une politique de la prise en charge des urgences intégrée dans le projet d'établissement. L'objectif défini dans les orientations stratégiques 2019 est le maintien de la position forte du SAU dans le maillage territorial.

Les différents secteurs de prise en charge des urgences sont définis : un secteur adulte et un secteur pédiatrique ; un pilotage institutionnel est clairement identifié.

Une cartographie de processus intègre le parcours des patients aux urgences.

Les principaux risques du processus «prise en charge des urgences et soins non programmés » ont été identifiés sur la base des besoins au regard des autorisations administratives, de l'analyse des fiches événements indésirables, du suivi des délais d'attente, du questionnaire de satisfaction des usagers, du patient traceur ainsi que les audits réalisés. Ils ont ensuite été hiérarchisés et inscrits dans le compte qualité. Ils sont au nombre de sept.

Cette analyse a donné lieu à un plan d'actions qui vient enrichir le PAQSS institutionnel qui mentionne les objectifs d'amélioration, le pilotage des actions, les délais, les indicateurs de suivi et l'état d'avancement.

Le programme d'amélioration est suivi par les pilotes de la thématique aidé du service qualité.

Le compte qualité, en articulation avec le PAQSS, a été présenté et validé par les différentes instances.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du secteur des urgences est défini et organisé. Il est assuré par le binôme chef de service - cadre de santé, complété par une instance : la CACNOP. Un document formalisé « Organisation du service d'accueil des urgences » décrit l'organisation et le parcours du patient accueilli. Le service des urgences accueille les patients 24h/24 avec comme objectifs : l'accueil du patient, soulager sa douleur et sa souffrance, faire un diagnostic de sa pathologie, entreprendre les gestes de réanimation si besoin, initier une thérapeutique, orienter le patient de façon adaptée dans le cadre d'un parcours de soins.

L'organisation architecturale des deux secteurs (adultes et pédiatrie) dispose de plusieurs zones de prise en charge permettant le respect des droits du patient (modalités d'accueil, confidentialité, intimité). La répartition des zones est adaptable en fonction de situation de crise (plan blanc, service en tension).

L'équipe des urgences a défini les circuits de prise en charge et les a formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients (Fast Track, filière des patients faible en charge de soins, filière des patients forte charge en soins, urgences vitales ; il en est de même pour le secteur pédiatrie avec une filière médicale, traumatologique, urgences vitales et spécifiques).

Différents protocoles de prise en charge existent (protocole d'hébergement, protocole de prise en charge des coliques néphrétiques, protocole de prescription et de surveillance d'une contention et de sédation, prise en charge multidisciplinaire d'un traumatisé aux urgences pédiatriques, protocole prise en charge des adolescents psys...).

Les rôles et missions des professionnels sont identifiés dans des fiches de poste réactualisées (IDE, IAO, AS, Agent d'accueil). Une formation et un encadrement spécifique des nouveaux arrivants sont mis en œuvre. Un plan de formations institutionnel est en place avec des formations spécifiques pour le service des urgences (formation IAO pédiatrie : vomissement, hyperthermie, gêne respiratoire, douleur...), formation contention et isolement aux urgences, gestion de l'agressivité aux urgences... Une infirmière et un médecin pédiatre sont formés à l'enseignement de médecine par la simulation, un médecin urgentiste suit également cette formation. L'accès au plateau technique et au service de réanimation est facilité par la situation architecturale du service des urgences qui se trouve au même niveau.

La recherche pour des avis spécialisés est organisée en interne au travers d'une liste de praticiens d'astreinte accessible dans la GED, en externe avec des partenariats conventionnés tels que le centre hospitalier de Marne la Vallée, la neurochirurgie de l'hôpital Rothschild...

Si la prise en charge du patient nécessite l'hospitalisation sur le site, un contact est pris entre le praticien d'astreinte de la spécialité concernée et l'urgentiste.

Le système d'information aux urgences s'appuie sur le dossier patient informatisé spécifique Urgences mais également sur le dossier patient (format papier) de l'établissement.

La gestion documentaire est disponible sur le logiciel informatique. Les procédures et protocoles sont réactualisés.

Les interfaces sont organisées et permettent une articulation cohérente de l'activité. La coordination d'aval est organisée à la sortie du patient pour l'indication d'une consultation spécialisée non urgente dans

un délai court ou des hospitalisations programmées depuis les urgences vers l'ambulatorio après contact entre l'urgentiste et le praticien concerné.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

En tenant compte des risques et des besoins identifiés, les pilotes et la cadre de santé du service aidée des infirmières chef des urgences adultes et pédiatriques diffusent et accompagnent les objectifs et le plan d'actions définis.

Ils communiquent les résultats aux équipes (lors des réunions de service, des réunions médico-soignantes annuelles, des staffs hebdomadaires...). Ils s'assurent de la conformité des bonnes pratiques au regard des dispositions prévues et des nouvelles organisations à mettre en place. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels répondent aux besoins et à l'activité du service. Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés ainsi que la qualification des professionnels. La grande majorité des infirmières sont formées au poste d'accueil et d'orientation (adultes et pédiatrie). Elles disposent d'une procédure de prise en charge IAO. Les équipes médicales font des formations aux équipes soignantes (gestes d'urgence par simulation).

Les nouveaux arrivants bénéficient d'une procédure d'intégration non formalisée avec un doublage d'un mois systématiquement. Un livret d'accueil du nouveau salarié est en cours de réactualisation.

Les ressources matérielles et les équipements sont en adéquation avec la prise en charge : chariot d'urgence, fauteuils, scopes, brancards, outils informatiques dans chaque zone. Deux écrans muraux positionnés dans les salles de soins respectives adultes et pédiatrie permettent la visualisation de l'occupation des zones en temps réel. L'architecture du service met à disposition : côté adulte une zone d'accueil administratif, un box IAO, un box d'accueil « Fast-Track », 3 zones d'attente en lien avec la typologie des patients (circuit court, long, ...) une salle d'accueil des urgences vitales, un bureau pour les consultations de psychiatrie, une zone de régulation, une UHCD ; côté pédiatrie une zone d'accueil administratif, un box IAO, différents box dédiés en fonction des filières de prise en charge, une salle d'accueil des urgences vitales, une zone de régulation, une zone d'aérosols, une UHCD. Une association assure chaque jour des animations dans la salle d'attente des urgences pédiatriques.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service met en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement et le management interne des urgences. Les patients sont accueillis par l'agent d'accueil et enregistrés administrativement ; après vérification de l'identité avec pose d'un bracelet, l'IAO prend le relais avant la prise en charge médicale.

Le respect des droits du patient : modalités d'accueil, confidentialité, intimité (excepté la zone d'accueil pour patient allongé), informations données aux patients et aux familles est assuré. L'ensemble des IDES est formé à l'accueil et à l'orientation des patients. Les transferts vers des unités spécialisées sont opérationnels.

En cas de besoin des avis médico-chirurgicaux peuvent être recherchés en interne. Dans le cadre des différents partenariats, un avis extérieur est possible dans certaines spécialités (neurochirurgie, neurovasculaire, neuroradiologie interventionnelle...).

La disponibilité des lits pour les deux services d'urgence est effectuée trois fois par jour par l'encadrement.

Les circuits de prise en charge sont opérationnels. Les informations relatives à la prise en charge sont tracées dans le dossier patient informatisé utilisé aux urgences. Une évaluation de la douleur est réalisée et tracée. Les documents utiles sont prévus et adressés en cas de transfert interne ou externe

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.

Un tableau de bord synthétise les évaluations périodiques de l'ensemble du processus :

- suivi de l'activité du service : nombre de passages aux urgences, durée du passage, délai de prise en charge par l'IOA, par le médecin, patient de plus de 75 ans, enfant de moins de 24 mois, taux de fugue,
- suivi des plaintes et réclamations, des questionnaires de satisfaction,
- indicateurs IQSS AVC,
- nombre de prélèvements demandés par le SAU, taux d'envoi du CRU adultes et enfants, fusion des dossiers SAU, ...
- audits institutionnels (quick audit mensuel).

Des EPP spécifiques pour le service des urgences sont effectives depuis 2018 : «Prise en charge de la douleur aux urgences titration vs PC », «Prise en charge des patients traumatisés crânien ».

## A / AGIR

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

L'hôpital Saint Camille met en œuvre des actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. Les actions prévues sont effectuées dans les délais établis (exemple : mise en place d'un support d'information audiovisuel à destination du public dans les salles d'attente, signalétique au sol.), elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité et gestion des risques institutionnels. Le programme d'actions est réajusté et réactualisé en fonction de la réalisation des actions. Des supports et modalités de diffusion sont établis (GED, affichage...).

La communication des résultats est réalisée, en interne (réunions de service, réunion de service annuelle, staffs hebdomadaires, communication de proximité, la Newsletter ...) comme en externe à la CDU, par affichage, le livret d'accueil, les supports audiovisuels des salles d'attente.

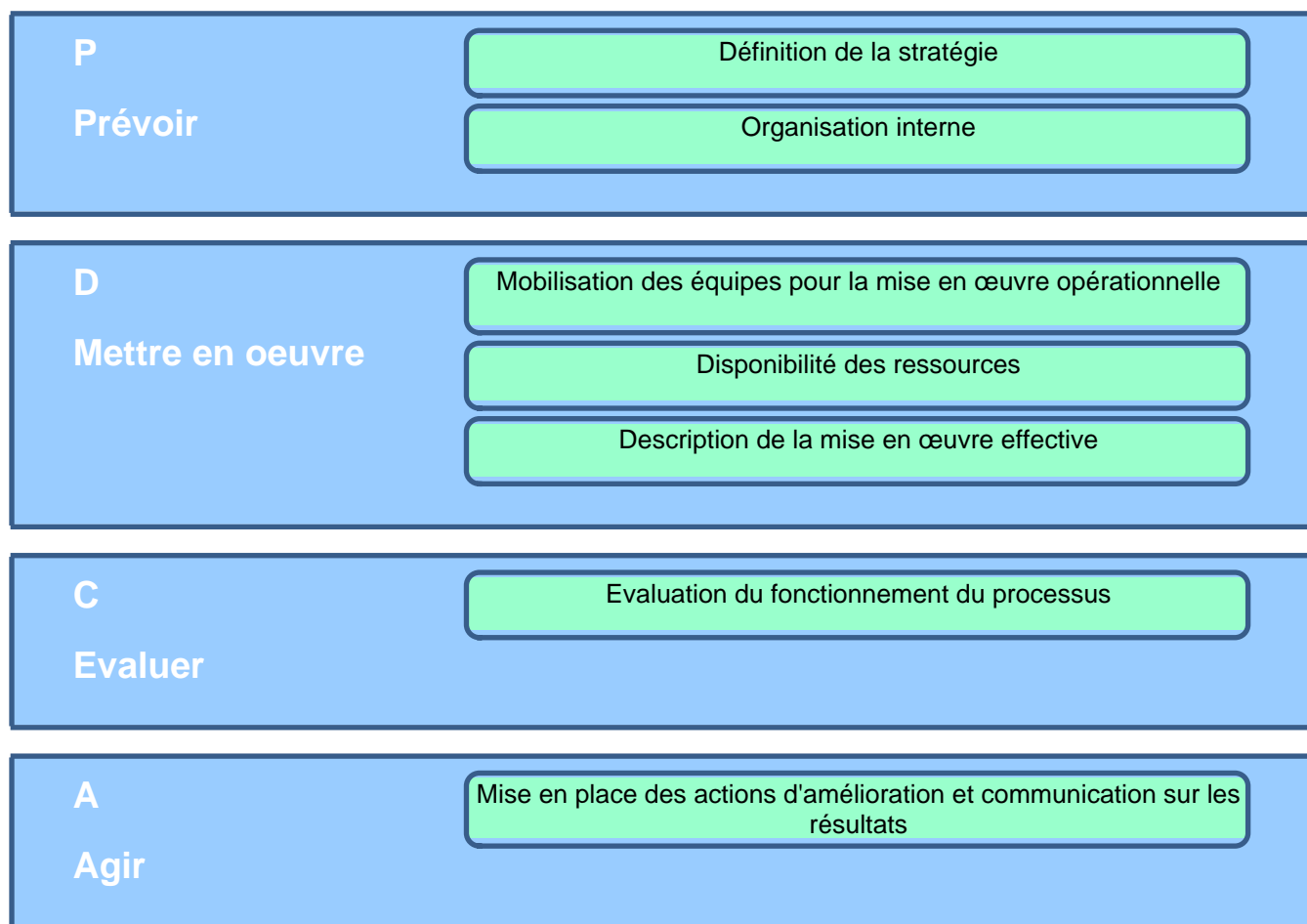
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAtoire

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le bloc opératoire de l'Hôpital Saint Camille comprend six salles d'intervention et une salle de surveillance post-interventionnelle de neuf postes. Deux structures de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire sont identifiées : une unité adulte de dix places et une unité enfant de trois places. Ces deux unités sont distinctes et ont leur propre organisation. Les vérifications terrain ont été réalisées au bloc opératoire et dans les deux secteurs de chirurgie ambulatoire.

Le projet d'établissement définit un certain nombre d'objectifs stratégiques en accord avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), tels que le développement de la prise en charge médicale et chirurgicale ambulatoire, le renforcement de l'activité programmée notamment en chirurgie, l'adaptation du département de médecine et de chirurgie pédiatrique, et le développement du pilotage médico-économique notamment au bloc opératoire.

Un des objectifs de la politique qualité institutionnelle est de former les professionnels à l'analyse préliminaire des risques dans les secteurs à risque dont le bloc opératoire.

Une identification des besoins et des risques a été réalisée par un groupe réunissant le président du conseil de bloc et coordonnateur de la chirurgie ambulatoire, les cadres du bloc, et ponctuellement avec des anesthésistes et des chirurgiens, à partir de l'écoute des professionnels, de la réglementation, des observations émises lors de la visite de certification précédente, de la visite de l'assureur, des résultats des indicateurs et des déclarations d'événements indésirables. Elle a débouché sur une cartographie des risques au bloc opératoire réactualisée en 2018.

Une partie de la charte de fonctionnement du bloc opératoire comprend un volet « prévention des risques » : signalement des événements indésirables, check-list sécurité du patient, risque infectieux et radioprotection, mais sans qu'une véritable stratégie du déploiement de la culture qualité avec des objectifs annuels et une organisation spécifique au bloc ne soit identifiée.

Quatre risques concernant le bloc opératoire ont été identifiés : la prise en charge de la douleur post-opératoire, l'organisation, l'hygiène et la traçabilité des dispositifs médicaux implantables. Les risques ont été hiérarchisés et font l'objet d'un programme d'actions formalisé et priorisé, avec identification de responsables, suivi et échéances.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) au bloc et en chirurgie ambulatoire, en lien avec les objectifs stratégiques et les risques identifiés, est déployé dans ces deux secteurs. Ce programme d'action est présenté annuellement en CME et à la commission des usagers.

Le plan d'action présent dans le compte qualité est articulé avec ce programme d'actions institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel de la mise en œuvre et du suivi du PAQSS est assuré par un conseil de bloc et un comité de pilotage pour le bloc opératoire et également par un conseil de l'ambulatoire et un comité de pilotage pour la chirurgie ambulatoire.

Le président du conseil de bloc est également le coordonnateur de la chirurgie ambulatoire, et la cadre du service de chirurgie ambulatoire participe à tous les conseils de bloc, ce qui permet de coordonner les objectifs des deux structures. Les pilotes du processus disposent d'une lettre de mission, et les cadres d'une fiche de poste.

Un conseil de bloc est en place. Il est présidé par un anesthésiste, par ailleurs pilote du processus et coordonnateur de la chirurgie ambulatoire. Il comprend dans sa composition un chirurgien de chaque spécialité, un médecin anesthésiste, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, les cadres du bloc. En réunion plénière participent un représentant de l'administration, un représentant du CLIN et toute personne invitée. Celui-ci se réunit une fois par mois. Ses missions et son organisation sont définies dans un règlement intérieur, notamment la planification et la programmation, l'allocation des plages chirurgicales et des salles, l'élaboration des règles de fonctionnement, le suivi des indicateurs et la mise en place des protocoles.

Un conseil de la chirurgie ambulatoire est également en place. Il est présidé par le médecin coordonnateur, également président du conseil de bloc, et ses missions sont définies dans la charte ambulatoire. Il associe décideurs hospitaliers et chirurgiens spécialistes impliqués dans l'ambulatoire, ainsi qu'un représentant du service qualité. Il se réunit au moins deux fois par an. Ses missions, décrites dans la charte de fonctionnement ambulatoire, sont l'organisation, l'optimisation du parcours intra-hospitalier du patient, la mobilisation des équipes et la continuité de la prise en charge entre la ville et l'hôpital avant et après l'intervention.

Par ailleurs, une cellule de programmation se réunit tous les jeudis. Elle comprend a minima les cadres du bloc, le président du conseil de bloc anesthésiste et un chirurgien. Sa mission principale consiste en la vérification du programme opératoire de la semaine suivante, qui sera validé le vendredi.

L'établissement a désigné comme coordonnateur médical l'anesthésiste d'astreinte du jour, sans qu'il dispose d'une fiche de mission. En chirurgie ambulatoire, un médecin anesthésiste assure la fonction de coordinateur. Il est par ailleurs président du conseil de bloc et du conseil de l'ambulatoire.

La charte de fonctionnement du bloc, actualisée et validée par le conseil de bloc précise notamment les règles de fonctionnement et les modalités d'organisation, les instances de pilotage, l'organisation des vacances et des programmes opératoires, les circuits de prise en charge du patient et la prévention des risques.

Il existe également une charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire présentant les activités autorisées, les missions du coordonnateur, les missions du cadre, l'organisation générale de la structure, le fonctionnement de l'unité, et l'organisation du conseil de la chirurgie ambulatoire.

L'organisation prévoit la mise en place des ressources humaines adaptées à l'activité du bloc opératoire et de l'unité ambulatoire. Les effectifs sont adaptés à l'activité, tant en personnel médical que soignant. Ils comprennent neuf médecins anesthésistes, neuf IADE et une IBODE, quatre IDE en cours de VAE IBODE et quatre IDE.

Les acteurs clé du management au bloc ont bénéficié de formations telles que « bonnes pratiques organisationnelles en chirurgie ambulatoire », et « gestion des risques au bloc ». Les soignants bénéficient de formations internes délivrées par les médecins anesthésistes (gestes d'urgence, usage du défibrillateur) ou par les chirurgiens (installation du patient et déroulés des interventions, nouveaux matériels). Des séances de simulation sur mannequin sont réalisées au bloc toutes les six semaines, afin d'améliorer le travail et la communication en équipe. Par ailleurs, trente-deux médecins (anesthésistes et chirurgiens) et vingt-cinq soignants ont bénéficié d'une formation en radioprotection en 2018. Il existe une procédure nouvel arrivant institutionnelle, mais aucune évaluation spécifique n'est en place au bloc opératoire concernant les nouveaux agents.

Les procédures sont intégrées dans le logiciel de gestion documentaire, validées et actualisées. Elles sont en rapport avec le management, les processus support et la prise en charge du patient au bloc.

Des documents d'information du patient sont disponibles : livret d'accueil, livret ambulatoire (adulte et enfant), documents d'information avant chirurgie ou anesthésie émanant de sociétés savantes, consignes pré et post-opératoires remises par le chirurgien et l'anesthésiste.

Les locaux, dont ceux de l'unité ambulatoire, sont adaptés à l'activité. Les circuits sont organisés, dont celui des enfants pris en charge au bloc opératoire, et les principales zones du bloc sont définies. L'hygiène des locaux est organisée, ainsi que la gestion de l'air, des gaz médicaux et de l'eau. Il existe un dispositif de maintenance préventive et curative organisé avec le biomédical. La gestion des travaux est organisée en lien avec l'équipe d'hygiène.

Le programme opératoire, le dossier patient, les prescriptions médicamenteuses (sauf pour les enfants) et d'examen, la consultation pré-anesthésique, la check-list, le temps anesthésique per-opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle sont informatisés et intégrés au système d'information de l'établissement. Le bionettoyage, les feuilles de liaison bloc-service et les feuilles d'ouverture de salle sont tracées sur papier.

Les interfaces avec les responsables qualité, la CME, l'EOH et les services médico-techniques sont organisées. Une fiche de liaison service-bloc/bloc-service et les réunions de cadres favorisent l'échange d'informations avec les services cliniques.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les cadres du bloc accompagnent la démarche d'amélioration au sein du secteur avec l'aide du service qualité, mais sans que des réunions soient systématisées. Elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment l'utilisation de la check-list, la traçabilité du bionettoyage et les pratiques de préparation des salles et d'installation des patients, et celles inhérentes à la chirurgie ambulatoire, en lien avec la cadre de l'UCA. Les dysfonctionnements sont analysés par les pilotes et débattus en conseil de bloc.

Les professionnels rencontrés ne connaissent pas les risques identifiés dans la thématique. Ils participent à la rédaction de certains protocoles, à la déclaration des événements indésirables et à certaines évaluations (hygiène des mains, ouverture de salle, douleur) et aux revues de morbi-mortalité.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs médicaux et soignants sont en adéquation avec l'activité opératoire, suffisants en nombre et en compétences. Chaque jour, trois médecins anesthésistes gèrent les six salles du bloc. La permanence des soins est assurée sous forme d'un système d'astreinte pour les chirurgiens et anesthésistes. Une équipe soignante (IADE – IBODE) est d'astreinte de 19h à 8h. Le médecin anesthésiste est sur place jusque 0 h, puis est d'astreinte.

Les professionnels rencontrés ont bénéficié de formations périodiques sur l'hygiène, les gestes d'urgence, la formation aux nouvelles techniques chirurgicales, et au rôle de l'IDE en SSPI.

Les documents utiles à l'activité, notamment le dossier patient, les prescriptions, le programme opératoire, les procédures et les documents de traçabilité sont disponibles et accessibles sur l'informatique ou grâce à des cahiers présents dans les salles d'opération.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité opératoire. L'intimité et la confidentialité sont respectées. Le bionettoyage est réalisé par les agents de l'établissement et tracé. La SSPI dispose de neuf postes. Un chariot d'urgence vérifié régulièrement et scellé y est disponible, ainsi qu'un chariot spécifique pour les urgences pédiatriques.

Les personnels disposent d'équipements de protection individuels.

Un interphone permet de transmettre l'alerte par appel général en cas de détresse d'un patient. Les contrôles réglementaires de l'air, des gaz, et de l'eau sont réalisés par un prestataire extérieur. Le matériel mis à disposition est adapté à chaque type d'intervention. Il existe des procédures dégradées en cas de panne. Les outils informatiques sont adaptés, disponibles en nombre suffisant. La maintenance curative est organisée en lien avec le biomédical et les fournisseurs.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de la visite du bloc opératoire, les effectifs médicaux et paramédicaux sont adéquats et concordants avec le programme opératoire du jour. La mise en place des circuits est réalisée, tant pour les patients que pour le personnel, le matériel, le linge et les déchets. Les différentes zones du bloc sont identifiées. La maîtrise du risque infectieux est effective, le principe de marche en avant est respecté. Le risque ATNC est évalué et tracé dans le dossier du patient. La suppression dans les salles est contrôlée et tracée, les portes sont fermées. Les bonnes pratiques d'hygiène du personnel au sein du bloc sont respectées (tenues, absence de bijoux). Le nettoyage des salles est réalisé et tracé à l'entrée de chaque salle d'intervention, de même que le contrôle de l'air, des gaz, de l'eau et des surfaces.

Le programme prévisionnel établi le jeudi pour la semaine suivante est validé par la cellule de programmation. Le programme est régulé chaque jour en fin d'après-midi pour le lendemain. L'accès aux procédures est bien connu des personnels.

Dans l'unité de chirurgie ambulatoire, les effectifs sont adaptés et en nombre suffisant. L'information du patient est réalisée et tracée. La prise en charge du patient est organisée selon les règles de bonne pratique, ce qui a été confirmé lors de la réalisation du patient traceur « ambulatoire » : éligibilité, remise des documents d'information au patient, appel de la veille, accueil au bloc opératoire et intervention, remplissage et archivage de la check-list, SSPI, brancardage, autorisation de sortie. Les appels du patient sont réalisés à J-2, J-1 et J+1 par sms selon une procédure institutionnelle. A J+1, un code spécifique permet au patient de signaler un problème ; une alerte est alors émise automatiquement au service qui rappelle le patient. La lettre de sortie est remise à la sortie du patient.

Les chirurgiens revoient systématiquement leurs patients avant la sortie, le score de Chung est toujours réalisé et tracé et l'autorisation de sortie est validée par le médecin. La continuité des soins est assurée en journée et en dehors des horaires d'ouverture grâce à un numéro de téléphone remis aux patients dans les documents de sortie.

En chirurgie ambulatoire enfants, un appel téléphonique est réalisé à J-1 pour donner l'heure d'arrivée et rappeler les dernières consignes. L'appel à J+1 est fait par téléphone en début d'après-midi. Les parents accompagnent leur enfant jusqu'à l'entrée du bloc. Le chirurgien et le médecin anesthésiste passent systématiquement avant la sortie. Les comptes rendus opératoire et anesthésique ainsi que la lettre de liaison sont remises systématiquement à la sortie et la présence des deux parents est requise.

L'accueil au bloc opératoire est adéquat. La check-list sécurité du patient au bloc opératoire est remplie et intégrée au dossier patient. La visite pré-anesthésique est effectuée (confirmée par les patients traceurs). La prise en charge en SSPI est tracée, et la sortie est validée par le médecin anesthésiste. Les prescriptions médicamenteuses sont conformes et tracées. La traçabilité est effective sur le dossier informatisé ou sur papier pour les enfants, de même que la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI). La participation des équipes à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables est effective.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Deux évaluations de pratiques professionnelles portant sur la qualité de l'analgésie après pose de prothèse de hanche ou de genou et sur le remplissage de la check-list ont été réalisées.  
Des audits de traçabilité du bionettoyage, du lavage des mains et de la traçabilité des DMI ont été effectués.  
Une revue de morbi-mortalité (RMM) a été réalisée en 2018 et une en 2019.  
Une trentaine d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis régulièrement dans un tableau de bord.  
Le conseil de bloc est responsable de l'analyse et du suivi de ces indicateurs, et un bilan du PAQSS est réalisé une fois par an, mais le COPIL assure un suivi mensuel de la mise en œuvre du programme d'actions.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration, avec des responsables désignés et un suivi de l'état d'avancement, ont été mises en place avec la participation des professionnels, en lien avec l'identification des risques et les actions d'évaluation. Toutes ces actions, dont certaines sont finalisées, sont intégrées au PAQSS et sont suivies par le cadre de bloc et le conseil de bloc. Les résultats des audits sont présentés en COPIL et en conseil de bloc et mis à disposition du personnel dans le logiciel de gestion documentaire ou par affichage, par mails ou dans le classeur de transmissions. A noter qu'un groupe « bloc opératoire » sur un réseau de messagerie instantanée favorise la communication et l'échange d'informations.



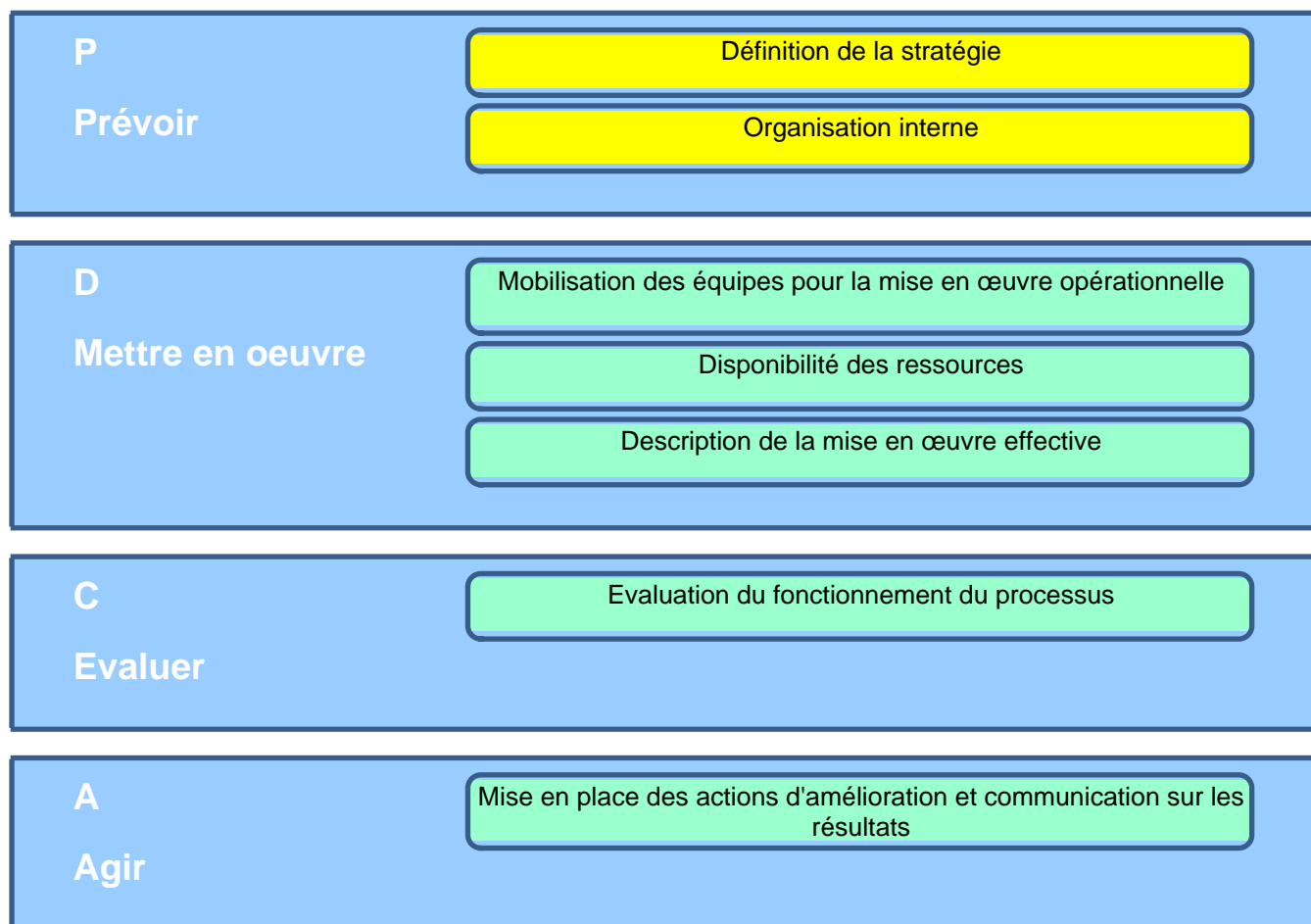
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le secteur d'imagerie interventionnelle se situe au sein du service de radiologie et se limite à une salle dédiée, prenant en charge les poses de cathéter central par insertion périphérique (PICCLine), les destructions tumorales par radiofréquence, les ponctions biopsies hépatiques, ... Les actes chirurgicaux utilisant des rayons au bloc opératoire se font sous amplificateur de brillance. L'imagerie interventionnelle ne représente qu'environ 1% de l'activité du service d'imagerie, soit 700 à 1000 actes par an.

L'établissement a identifié ses risques essentiellement à partir de la réglementation, d'inspections et de l'écoute des professionnels. Cela s'est traduit par la réalisation d'une cartographie des risques réalisée par un groupe de travail réunissant le radiologue chef du service, la cadre du service, la responsable qualité, la personne compétente en radioprotection (PCR) et un manipulateur.

Cependant, le service n'a pas mis en place une démarche qualité assurant la sécurité de la prise en charge du patient. L'établissement n'a pas établi sa stratégie qualité. On ne retrouve aucun document décrivant une organisation formalisée du déploiement de la culture qualité/sécurité des soins avec des axes en lien avec l'analyse des besoins et des risques, et prenant en compte les orientations nationales, régionales ou locales.

Les objectifs qualité, les modalités de la gestion des risques et les moyens opérationnels, notamment pour ce qui concerne la mise en place de retours d'expérience ou de revues morbi-mortalité, l'articulation avec les vigilances et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles ... ne sont pas définis dans un secteur pourtant à risque.

Le risque est que cette absence de diffusion d'une culture de sécurité ne permette pas la prise de conscience partagée de la sécurité des soins et n'entraîne pas la création d'une dynamique collective en vue d'une organisation sûre, alors qu'un arrêté récent émanant de l'ASN précise les obligations d'assurance de la qualité en imagerie médicale.

Ce risque n'a pas été identifié par l'établissement.

Cinq risques ont été identifiés, portant sur les obligations en matière de radioprotection (risque classé prioritaire), la gestion documentaire, les délais de comptes rendus, l'absence de tableau de bord et la surveillance des patients en post-procédure.

Les risques, dont ceux liés à la dosimétrie patient, ont été hiérarchisés, analysés, et font l'objet d'un programme d'actions spécifique, formalisé et priorisé, avec identification de responsables, suivi et échéances. Ce programme d'action est présenté au bureau de CME et en commission des usagers. Le plan d'action présent dans le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel de la mise en œuvre et du suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau de l'imagerie interventionnelle est assuré par le groupe cité précédemment.

Le médecin radiologue et la cadre disposent d'une lettre de mission générale en tant que pilotes de processus.

Cependant, les rôles et responsabilités des professionnels ne sont pas définis. Il n'a pas été rédigé de charte de fonctionnement décrivant les responsabilités et missions des professionnels, le fonctionnement du service ou encore les circuits de prise en charge des patients alors que l'activité d'imagerie interventionnelle est la plupart du temps réalisée en urgence, avec par exemple parfois des patients endormis devant repartir en salle de surveillance post-interventionnelle.

L'absence de formalisation des circuits a été pointée dans une revue de morbi-mortalité réalisée après un décès consécutif à un acte en imagerie interventionnelle.

Ce risque a été identifié partiellement par l'établissement dans son compte qualité (absence de continuité dans la surveillance des patients en post-procédure).

Les activités sont supervisées par la cadre qui dispose d'un logiciel de programmation d'examens, mais la majorité des actes d'imagerie interventionnelle se font en urgence.

Les ressources humaines sont en adéquation avec l'activité. La gestion des urgences est organisée. Il existe un radiologue d'astreinte chaque jour avec un manipulateur de garde sur place.

Suite au départ de la PCR, un contrat a été établi avec un organisme extérieur qui met à disposition de l'établissement une PCR. La radioprotection des patients comme celle des professionnels est organisée, en imagerie comme au bloc opératoire.

Les différents volets du processus « imagerie interventionnelle » sont identifiés dans la cartographie et alimentent le programme d'actions. Les procédures sont formalisées et intégrées au logiciel de gestion documentaire. Tous les actes d'imagerie font l'objet d'une feuille d'information remise au patient avant l'examen.

Toutefois, les pratiques professionnelles ne s'appuient pas toujours sur des procédures issues de documents de référence. La mise en place de la check-list "sécurité du patient en radiologie interventionnelle" n'est pas réalisée. Seule une check-list locale avant ponction biopsie hépatique est disponible. Ce document est adapté à ce type d'acte, mais ne reprend pas les items de la check-list HAS, telles que la vérification croisée par l'équipe de points critiques ou le partage oral des informations.

Le risque de rupture de la qualité des soins ou de survenue d'un événement indésirable grave est réel. Cela n'a pas été identifié par l'établissement.

Les locaux sont adaptés. Les zonages et les signalétiques sont en place. L'hygiène des locaux et des appareils est organisée.

Il existe un dispositif de maintenance préventive et curative contractualisé avec les fournisseurs. Tous les appareils subissent des contrôles réglementaires réguliers internes et externes et font l'objet de contrats de prestation.

La planification des actes se fait via le logiciel institutionnel. Les interfaces sont organisées avec le bloc opératoire, la pharmacie, les services d'hospitalisation, les responsables qualité et les sociétés extérieures.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La cadre communique auprès de son équipe sur les actions d'amélioration grâce à des réunions bimestrielles. Avec la PCR, elle s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, notamment dans le cadre de la gestion du risque radiologique : port des équipements de protection individuels, radioprotection du patient et du personnel.

Les professionnels participent parfois à des audits (lavage des mains) et à la déclaration des événements indésirables, mais ne connaissent pas les risques principaux identifiés et les priorités retenues.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service d'imagerie dispose de quatre praticiens temps plein, quatre assistants, deux internes et dix-sept manipulateurs en électroradiologie médicale. Les personnels rencontrés ont bénéficié de formations concernant l'hygiène, les gestes d'urgence et la radioprotection.

Les documents utiles à l'activité, notamment le dossier patient, les prescriptions, le programme des actes, les procédures et les documents de traçabilité sont disponibles et accessibles sur l'informatique.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité opératoire. Le bionettoyage est réalisé par les agents de l'établissement et tracé. La SSPI est accessible aux patients qui ont été endormis. Un chariot d'urgence vérifié régulièrement et scellé y est disponible.

Les équipements de protection individuelle (EPI) sont disponibles et en nombre suffisant.

Le matériel mis à disposition est adapté à chaque type d'intervention. Les outils informatiques sont adaptés, disponibles en nombre suffisant. La maintenance curative est organisée en lien avec le biomédical et les fournisseurs.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les procédures établies. Les circuits patients sont pour certains identifiés, mais sans être complètement formalisés. La check-list « imagerie interventionnelle » n'est pas en place. La traçabilité des contrôles, de la maintenance, et de la dosimétrie patient est opérationnelle.

Les règles de maîtrise du risque infectieux et d'identitovigilance sont respectées.

Les prescriptions médicamenteuses sont conformes et tracées. La traçabilité est effective sur le dossier informatisé ou sur papier. De même, pour la traçabilité des dispositifs médicaux implantables (DMI). La participation des équipes à la déclaration et à l'analyse des événements indésirables est effective.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place quelques indicateurs (taux d'indisponibilité des salles d'interventionnel, formation en radioprotection des chirurgiens). Une RMM a eu lieu en 2018.

Cependant, un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs n'est pas en place. Seuls quelques indicateurs d'activité sont suivis, mais aucun indicateur qualitatif. L'absence de tableau de bord est un risque identifié par l'établissement, mais les actions d'amélioration en rapport (réalisation d'audits, évaluation de l'attente des patients et taux d'indisponibilité des soins) sont, pour la plupart, non initiées.

## **A / AGIR**

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

La plupart des actions d'amélioration du PAQSS et du compte qualité ne sont pas initiées ou encore en cours, notamment celles concernant la mise à jour de la gestion documentaire, l'élaboration du tableau de bord et la surveillance des patients en post-procédure. La communication des résultats est réalisée, outre les réunions de service, par le biais d'une messagerie instantanée comme au bloc opératoire.

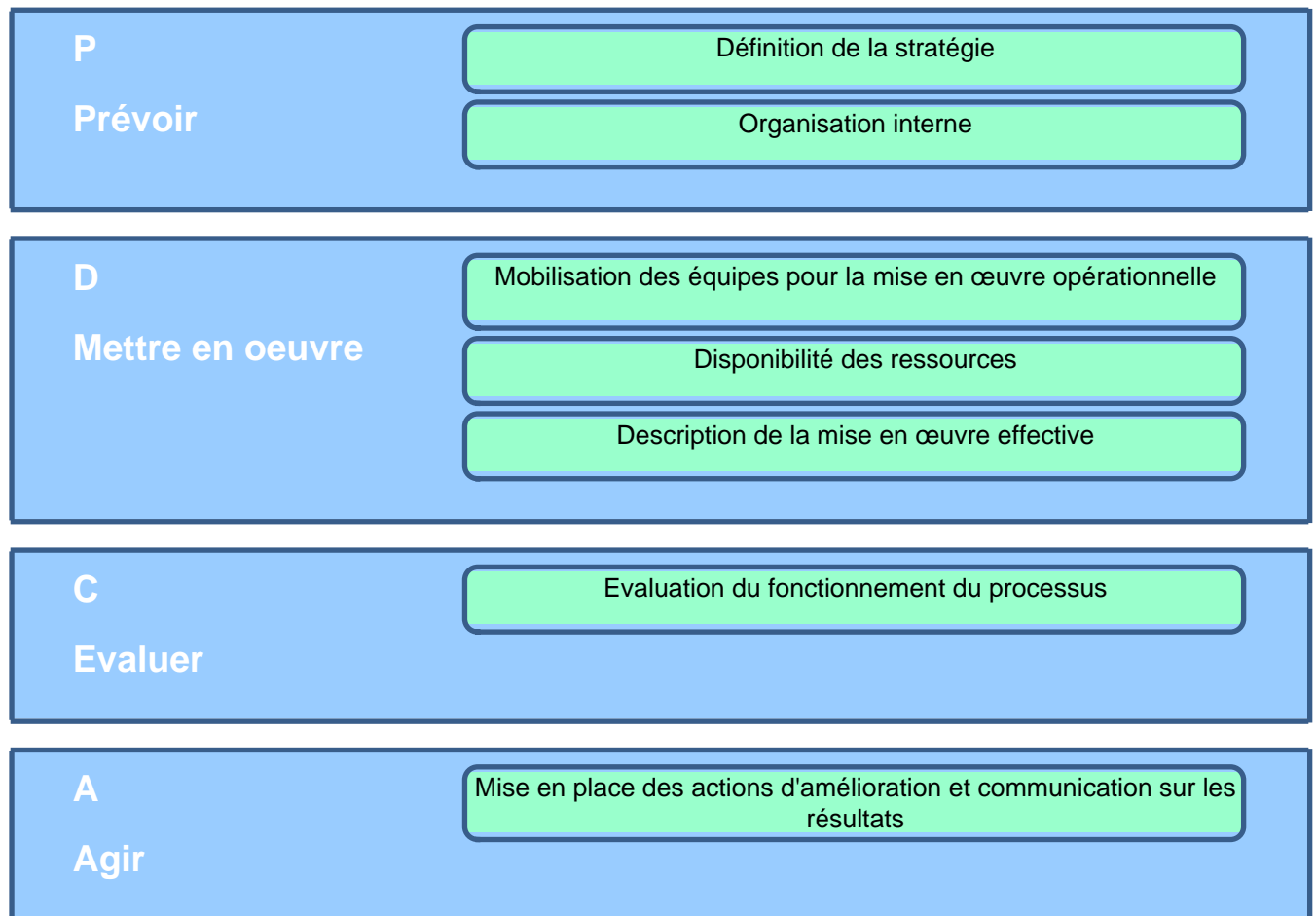
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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 réalise 1500 à 2000 endoscopies (pneumologie, urologie, ORL, cardiologie et gastro-entérologie) par an, réparties sur cinq sites : le plateau technique de cardiologie, les consultations, le bloc opératoire, le service de réanimation et le plateau technique 2ème étage gastro-pneumo. Tous les sites ont été investigués.

Une des orientations stratégiques institutionnelles est d'accroître l'activité d'endoscopie, et dans la politique qualité de l'établissement, il est prévu de former les professionnels à l'analyse préliminaire des risques en endoscopie.

Une identification des risques a été réalisée par les pilotes au moyen d'une cartographie réactualisée en novembre 2018, à partir d'observations de terrain, de l'écoute des professionnels, des recommandations des sociétés savantes, des déclarations d'événements indésirables, et de la particularité de la multiplicité des sites.

Dans la charte de fonctionnement rédigée fin 2018, un chapitre qualité – gestion des risques précise quelques objectifs généraux : incitation à la déclaration des événements indésirables, identification des risques dans chaque unité d'endoscopie, organisation d'EPP et d'audits, suivi des indicateurs. La charte précise également les axes de la politique qualité pour l'endoscopie : mettre en place un management commun de la qualité des endoscopies et adapter les structures aux nouvelles normes et aux évolutions d'activité.

Quatre risques principaux ont été identifiés et sont liés à : la gouvernance du processus endoscopie, la désinfection des endoscopes, l'information du patient, et l'information des professionnels pour réaliser les examens. Ces risques font l'objet de plans d'actions.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) en lien avec les objectifs stratégiques et les risques identifiés, est déployé. Les modalités de suivi sont décrites : responsables, planification et suivi des actions. Ce programme d'action, trop récent, n'a pas encore été présenté en CME ni à la commission des usagers. Le plan d'action présent dans le compte qualité est articulé avec ce programme d'actions institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage opérationnel du processus est assuré par un gastroentérologue et une infirmière hygiéniste en l'absence de la cadre, au sein d'un comité de pilotage. Ils disposent d'une lettre de mission.

Le pilotage stratégique est assuré par le conseil de l'endoscopie. Sa composition, ses missions, son organisation et son mode de fonctionnement sont détaillés dans la charte de fonctionnement. Sa mission essentielle est le suivi de la démarche qualité. Il se réunit deux à trois fois par an.

Ce conseil, outre les pilotes sus-cités, réunit un représentant de chaque type d'endoscopie, le médecin hygiéniste, la directrice des soins, l'ingénieur biomédical, la qualitiennne, un représentant des services techniques et la directrice. Il est présidé par le pilote gastro-entérologue, qui coordonne la démarche qualité pour l'ensemble des spécialités et des prises en charge.

Une charte commune des unités d'endoscopie décrit les principes généraux, les axes qualité, la cartographie des activités et des sites, la gouvernance, et la prise en charge des patients. Chaque plateau technique dispose également d'une charte spécifique qui décrit les fonctionnements propres à chaque site et spécialité, le parcours spécifique du patient, la personne responsable de la planification, les modalités de programmation et les références aux procédures des unités.

Les ressources humaines nécessaires (médicales et soignantes) sont adaptées à la prise en charge des patients pour la réalisation de l'acte endoscopique, à la prise en charge des complications éventuelles, ainsi qu'au nettoyage et à la désinfection des endoscopes. Un plan institutionnel prend en compte les besoins en formation des personnels, avec une formation annuelle en externe sur le traitement des endoscopes, et des formations internes pour les personnels de réanimation et des consultations. Les risques professionnels sont identifiés et les actions de prévention sont mises en œuvre.

Les différents processus ont été identifiés dans la cartographie et font l'objet d'actions préventives dans le programme d'actions institutionnel. Les procédures sont formalisées, validées et à jour. Elles concernent pour l'essentiel l'information du patient, les bonnes pratiques de prise en charge, l'hygiène, la maintenance et la désinfection des endoscopes. Les documents d'enregistrement et de traçabilité sont disponibles dans la gestion documentaire : fiches de liaison, formulaires de demande d'examen, fiches

de traçabilité...

Chaque endoscope dispose de son carnet de vie et la traçabilité permet de remonter de l'endoscope au patient et du patient à l'endoscope.

Le programme des endoscopies hebdomadaire est accessible à tous. Les patients reçoivent une information via « mon passeport endoscopie ambulatoire » et les fiches d'information émanant des sociétés savantes et remises lors de la consultation initiale par l'endoscopiste. Les comptes rendus d'endoscopie sont remis au patient avant sa sortie.

Les locaux des sites d'endoscopie sont conformes. Chaque site dispose d'une salle de décontamination et de stockage, sauf en réanimation où le recours au matériel à usage unique est de plus en plus fréquent.

Le circuit des patients et du personnel est organisé. Le principe de marche en avant est respecté et l'hygiène des locaux est organisée, en lien avec l'EOH. Le circuit des déchets est défini et conforme.

Quatre laveurs-désinfecteurs sont disponibles et le plateau technique au 2ème étage dispose d'une enceinte de stockage d'endoscopes thermosensibles (ESET). Un dispositif de maintenance préventive et curative est en place et la plupart des équipements font l'objet d'un contrat avec le fournisseur. Les contrôles microbiologiques sont organisés. Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes ainsi que leur traçabilité sont organisées, y compris en cas de risque ATNC.

La gestion des interfaces est organisée et active avec le service qualité, l'équipe opérationnelle d'hygiène, les prescripteurs, le bloc opératoire, les laboratoires et les services support.

## D / METTRE EN ŒUVRE

<b>MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE</b>
<p>Actuellement, le service ne dispose pas d'un cadre de santé unique, mais le management est réalisé par les pilotes, qui communiquent avec les équipes de chaque site sur le suivi des plans d'actions et sur l'atteinte des objectifs fixés et qui s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues, et qui veillent à l'harmonisation des pratiques dans les différents secteurs.</p> <p>Les infirmières dédiées connaissent les objectifs en matière de qualité et sécurité des soins ainsi que les procédures à suivre et participent à leur rédaction. Elles participent également à la déclaration des événements indésirables et aux actions d'évaluation.</p>
<b>DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES</b>
<p>Les effectifs sont suffisants pour l'activité, tant en nombre qu'en compétence. Les professionnels sont formés au nettoyage et à la désinfection des endoscopes. Toutes les infirmières du bloc opératoire qui prennent des astreintes ont été formées au traitement des endoscopes.</p> <p>Les documents utiles à l'activité sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. Les professionnels savent y accéder. Le dossier du patient est informatisé, et le programme des endoscopies est accessible aux professionnels.</p> <p>Les locaux sont adaptés à l'activité d'endoscopie sur tous les sites. L'hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des déchets sont contrôlés et tracés. Les médicaments sont disponibles dans des armoires sécurisées et un chariot d'urgence est disponible. Le matériel de protection des professionnels est complet, disponible et opérationnel, notamment pour les agents chargés du nettoyage et de la désinfection des endoscopes.</p>
<b>DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE</b>
<p>Le programme d'endoscopies est régulé au quotidien par les praticiens responsables de chaque site. Lors de la visite, les effectifs médicaux et soignants présents sont en adéquation avec le programme. Une astreinte médicale et paramédicale est disponible durant la permanence des soins. La déclaration des événements indésirables est effective et les personnels rencontrés y ont participé.</p> <p>La visite des locaux de nettoyage/désinfection des endoscopes confirme le respect des règles définies et leur traçabilité. Les contrôles microbiologiques réguliers des endoscopes et du laveur sont réalisés et tracés. Chaque endoscope et le laveur disposent d'un carnet de vie renseigné en temps réel. La mise en place des circuits est effective. Le principe d'asepsie progressive est respecté, et le tri des déchets est réalisé. Le nettoyage des salles est tracé. Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre : protection des agents vis-à-vis du risque chimique, radioprotection, accidents d'exposition au sang et ventilation en salle de nettoyage/désinfection des endoscopes. Le circuit patient est opérationnel. Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est renseigné lors de la consultation pré-interventionnelle.</p> <p>Le consentement éclairé du patient est recueilli. Lors de sa prise en charge, l'identité du patient est vérifiée à chaque étape, et l'intimité et la dignité sont respectées. Les informations médicales et les comptes rendus sont tracés et accessibles dans le dossier patient. Les check-lists spécifiques sont</p>



effectivement mises en œuvre et conservées, de même que les feuilles d'ouvertures et fermetures de salle. La traçabilité des DMI est effective. Les prélèvements anatomo-pathologiques sont identifiés et tracés.

Les attendus de l'ambulatoire sont retrouvés : information du patient, appels à J-1 et J+1, sortie validée par un médecin, consignes à suivre remises au patient, lettre de sortie remise le jour-même ...

## **C / EVALUER**

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

Un audit sur l'information du patient en endoscopie digestive est en cours et une EPP sur la qualité des demandes d'examens est en cours de déploiement.

Deux retours d'expérience sur la non-conformité des prélèvements microbiologiques du coloscope ont été réalisés.

Un tableau de bord permet le suivi d'indicateurs d'activité, de qualité (information du patient) et de sécurité (taux de prélèvements).

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec la participation des personnels, et intégrées au programme d'actions institutionnel. Les actions en lien avec les risques du compte qualité sont en cours ou finalisées. Elles sont suivies par les pilotes de la thématique et par le conseil de l'endoscopie.

Les résultats des actions conduites sont diffusés auprès des personnels du secteur par affichage et lors des réunions de service.