



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CASH DE NANTERRE -
HOPITAL MAX FOURESTIER**

**403 avenue de la republique
Direction cash nanterre
92014 Nanterre
JUN 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	45

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
 - des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.
- et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL MAX FOURESTIER	
Adresse	403 avenue de la republique 92014 Nanterre
Département / région	HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	920110020	CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS DE NANTERRE	403 avenue de la republique 92014 Nanterre
Etablissement de santé	920809837	HOPITAL DE JOUR DE MEDECINE	403 avenue de la republique 92014 NANTERRE
Etablissement de santé	920170040	HOPITAL DE JOUR POUR ADULTES CENTRE DIOGENE	3 rue fernando 92000 Nanterre
Etablissement de santé	920000577	HOPITAL MAX FOURESTIER	403 avenue de la republique Direction cash nanterre 92014 Nanterre

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Gyneco-Obstétrique	24	/
MCO	Médecine	117	5
Santé mentale	Psychiatrie générale	67	20
SLD	SLD	80	/
SSR	SSR	40	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	cf. Fiche interface HAS/ARS
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Gastroentérologie Pneumologie
Création d'activités nouvelles ou reconversions	UGA USLD

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

Recommandation d'amélioration

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
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 en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Hospitalisation complète	sepsis d'origine urinaire	Non programmé	Complexe (USC)	MCO
2	Adulte	Hospitalisation partielle	Traitement sous perfusion	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Hospitalisation complète	AVB	Non programmé	Complexe HPP via USC	MCO
4	Personne âgée	Hospitalisation complète	Fracture du fémur , suites opératoire, rééducation	Programmé	Complexe (hospitalisé en chirurgie et UGA avant)	SSR
5	Adulte	Hospitalisation complète	Psychotique	Programmé	Complexe (réhospitalisation)	Santé mentale
6	Adulte	Hospitalisation partielle	Troubles comportementa	Programmé	Simple	Santé mentale

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
7	Personne âgée	Hospitalisation complète	ux Troubles cognitifs	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

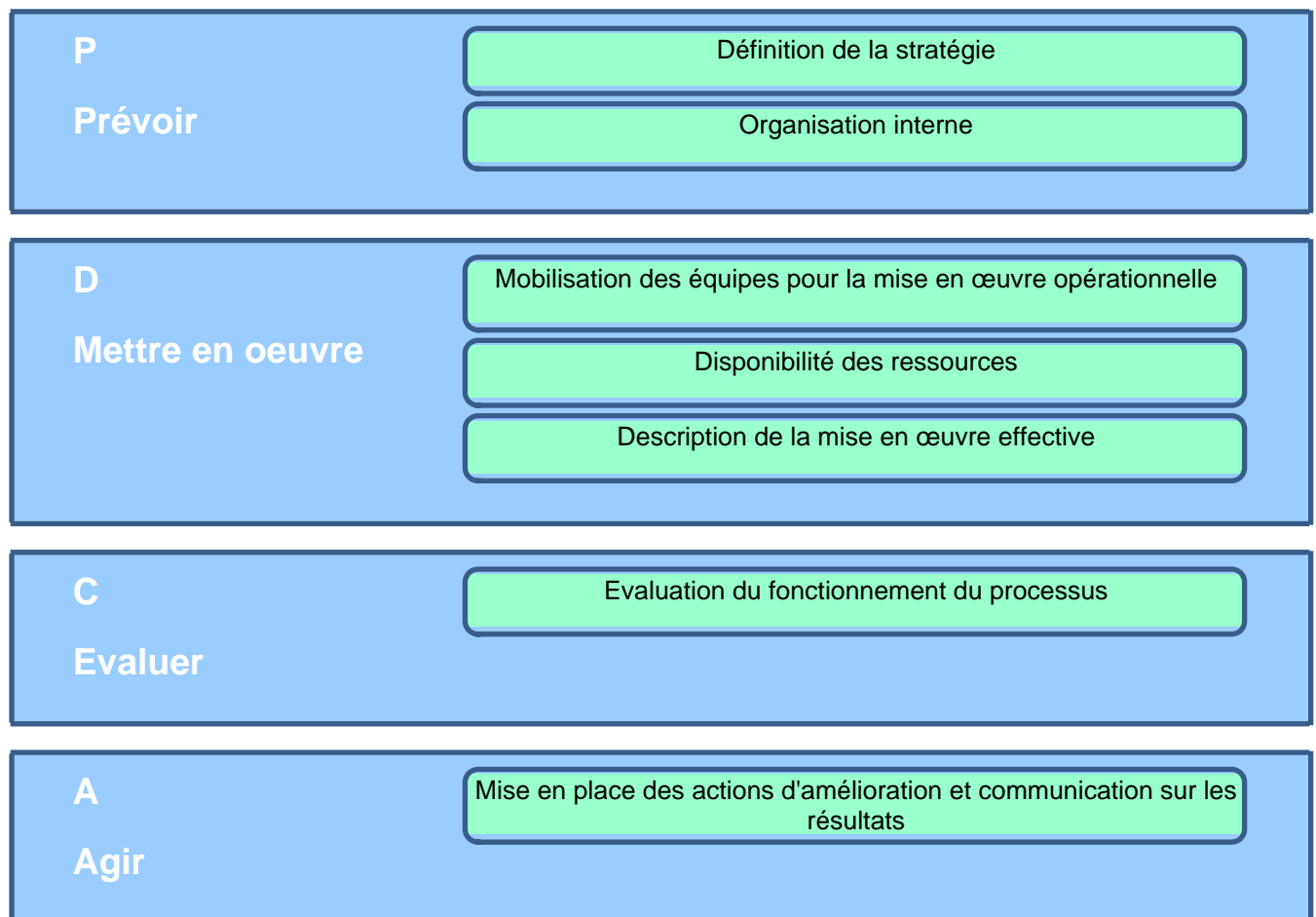
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La politique qualité et sécurité des soins 2016 cosignée par le chef d'établissement et le président de la CME est centrée sur la sécurité des soins, l'optimisation de la prise en charge et la satisfaction des usagers. Elle cite cinq engagements pour l'année 2016 : renforcer la sécurité des soins, respecter les droits du patient et évaluer sa satisfaction, informer et éduquer le patient sur sa santé, agir contre la douleur, favoriser les démarches d'évaluation et la dynamique d'amélioration.

Les orientations stratégiques sont portées par le top management et la CME notamment dans le cadre d'un projet stratégique régulièrement réactualisé.

La politique EPP est initiée par la CME. Il existe une sous commission EPP désignée par la direction sur avis de la CME. Ladite sous commission associe des praticiens, des cadres, des professionnels para médicaux et administratifs. Les professionnels disposent d'une procédure de gestion d'une EPP depuis 2012 qui précise les modalités d'intégration d'une démarche dans le programme, les modalités de suivi et de communication.

La gestion de crise est intégrée dans les orientations de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en terme de déclinaison des plans d'urgence et du plan blanc. La politique est accessible dans la gestion documentaire.

Les orientations de la politique sont issues d'une identification et de l'analyse des besoins et risques propre à l'établissement. Celui ci s'est appuyé sur la réglementation (veille sanitaire et vigilances), les cartographies des risques à priori, analysées dans chaque thématique, la revue des déclarations d'événements indésirables, le bilan des instances et de leurs programmes, les résultats des évaluations des pratiques professionnelles, les rapports d'inspection, les plans d'action issues des cartographies de risques. Le délégué qualité et risques a travaillé étroitement avec les pilotes

de chaque risque à l'évaluation de la criticité ,au niveau de maitrise et la priorisation des actions et la détermination d'indicateurs en lien avec le risque déterminé.

De la politique qualité et sécurité des soins résulte un PAQSS. Il est suivi en mode projet et comporte des objectifs, actions, responsables, échéances, modalités de suivi en prenant en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu. Le PAQSS 2016 2017 est décliné par pôle et par service en 14 axes regroupant plus de 200 actions distinctes. Ces axes portent sur la lutte contre les infections nosocomiales, le bon usage des médicaments, les risques associés aux soins invasifs, les dispositifs de vigilance, la prise en charge de la douleur, la maîtrise de la résistance aux anti infectieux, la sécurité des personnes en situation de fragilité psychologique, les droits des patients, le système de management de la qualité, le déploiement des EPP, les risques professionnels et techniques.

Les axes de traitement des risques ont été validés en CME et un retour a été fait aux équipes sur le terrain. Le compte qualité a été présenté aux instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage interne est assuré par le comité qualité et sécurité des soins en articulation avec le délégué qualité et risques également coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les représentants des usagers sont associés à ce dispositif en participant à la CRU, mais également au comité de pilotage qualité sécurité des soins et aux sous commissions de la CME.

Le comité qualité et sécurité des soins qui se réunit mensuellement selon un planning défini annuellement assure la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques entre les sous commissions issues de la CME (CLUD, CLAN, EPP,...), l'ensemble des correspondants des différentes vigilances , le comité de gestion des risques et le délégué qualité risque. Ledit comité assure avec la CDU la communication des données utiles issues des risques a posteriori (événements indésirables, plaintes et réclamations suivi des protocoles...).

La veille réglementaire est organisée depuis la délégation qualité et risques. Le délégué qualité et risques est invité aux réunions de la CME durant lesquelles un point de l'ordre du jour est consacré à l'avancement de la démarche qualité et sécurité des soins, de même en CSIRMT.

Tous les responsables participant au dispositif qualité et gestion des risques sont identifiés (responsable qualité de la PEC médicamenteuse, délégué qualité risques) à partir de fiches de poste consultables à la DRH.

Le plan de formation prend en compte les besoins de formation aux outils qualité utilisés sur l'établissement.

La gestion documentaire est opérationnelle et connue. Le dispositif de gestion des événements indésirables est organisés à la fois sur support papier et sur support informatisé.

La gestion des interfaces entre les secteurs cliniques médico techniques, logistiques, administratifs est opérationnelle.

Néanmoins, le document unique n'est pas évalué à périodicité définie sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accident du travail et d'événements indésirables. Le document unique n'a pas été mis à jour depuis 2014.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement développe une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins en s'appuyant sur l'encadrement. La formation à l'analyse des causes profondes des événements indésirables a contribué à la sensibilisation de certains professionnels à la gestion des risques .

L'établissement recueille à périodicité définie les indicateurs qualité, sécurité des soins sur le délai d'envoi du courrier de sortie, la tenue du dossier patient, le dépistage des troubles nutritionnels , les indicateurs hôpital numérique et les indicateurs liés aux infections nosocomiales.

Le délégué qualité et risques communique périodiquement les résultats des évaluations ; notamment par l'intranet sur les indicateurs qualité sécurité des soins.

Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels notamment par les CREX, les RMM.

Il a été recensé pas moins de 7000 déclarations d'événements indésirables en 2016.

Les pôles sont sollicités par la direction pour répondre aux courriers de plaintes et de réclamations les concernant.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matérielles et documentaires sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Outre le délégué qualité risque, un gestionnaire des risques est affecté à 0,50 à la délégation qualité gestion des risques.

La contribution de la délégation qualité risque en lien avec le comité de gestion des risques à l'analyse des risques a été décisive dans la préparation de la démarche de certification.

Le plan de formation sur le processus est mis en œuvre.

La gestion documentaire est accessible aux professionnels dans les différents secteurs à partir de intranet et du serveur système documentaire. L'actualisation des procédures est réalisée régulièrement.

Le maintien des compétences est assuré dans les pôles. L'accueil de stagiaires dans toutes les unités s'inscrit dans cet objectif d'optimisation des compétences. Les effectifs sont suffisants. Les locaux sont globalement conformes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le suivi des déclarations des événements indésirables est effectif, à la fois par le délégué qualité risques et le comité de gestion des risques lequel participe au traitement des événements indésirables graves. L'établissement a formalisé une procédure décrivant les modalités de déclaration d'un événement indésirable ainsi qu'une charte de signalement. Le dispositif de gestion des événements indésirables permet une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.

L'exploitation des plaintes et réclamations implique de façon effective les professionnels en particulier les chefs de pôle en lien avec la personne chargée des droits des patients. En 2014, quarante trois réclamations ont été adressées à la directrice de l'établissement.

Les médiateurs médicaux et non médicaux sont appelés à se réunir le cas échéant.

La satisfaction des usagers est recueillie dans le cadre des plaintes et réclamations. Les instances sont opérationnelles sur le terrain entre l'encadrement et les professionnels autour de la prise en charge des patients. La traçabilité des réunions, des actions , des projets est réalisée.

Le plan de formation est mis en œuvre. Le délégué qualité et gestion des risques a dispensé en interne des formations aux agents sur la démarche et les outils qualité.

L'indicateur global de lutte contre les infections nosocomiales est favorable à l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le réajustement du PAQSS est établi en fonction du bilan des évaluations menées et des résultats obtenus à partir du tableau de bord qualité et sécurité des soins. Les résultats des évaluations de la satisfaction font l'objet d'une présentation auprès des instances dont la CRU, ainsi qu'en comité qualité et sécurité des soins.

Vingt huit EPP présentées dans le tableau de bord institutionnel font l'objet d'un suivi d'indicateurs régulier. Le tableau de bord EPP met en lumière les divers niveaux d'avancement desdits EPP.

L'établissement réalise des enquêtes de satisfaction des patients dont le taux de retour global est en nette progression mais reste encore faible au regard de l'activité d'hospitalisation.

En conséquence, le dispositif d'évaluation se concrétise à la fois par une évaluation à chaud (questionnaires de sortie, enquête de satisfaction des patients par les représentants des usagers, enquête de prévalence un jour donné) et une évaluation à froid (enquête nationale ISATIS).

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

Des actions d'amélioration en adéquation avec le compte qualité sont mises en œuvre: le paramétrage et le déploiement du module de déclaration des événements indésirables sur intranet,; la mise en ligne des procédures qualité sur intranet depuis septembre 2016.

Le journal interne " direct infos" à diffusion tous les deux mois transmet des informations sur les démarches qualité en cours , le compte qualité, les patients traceurs.

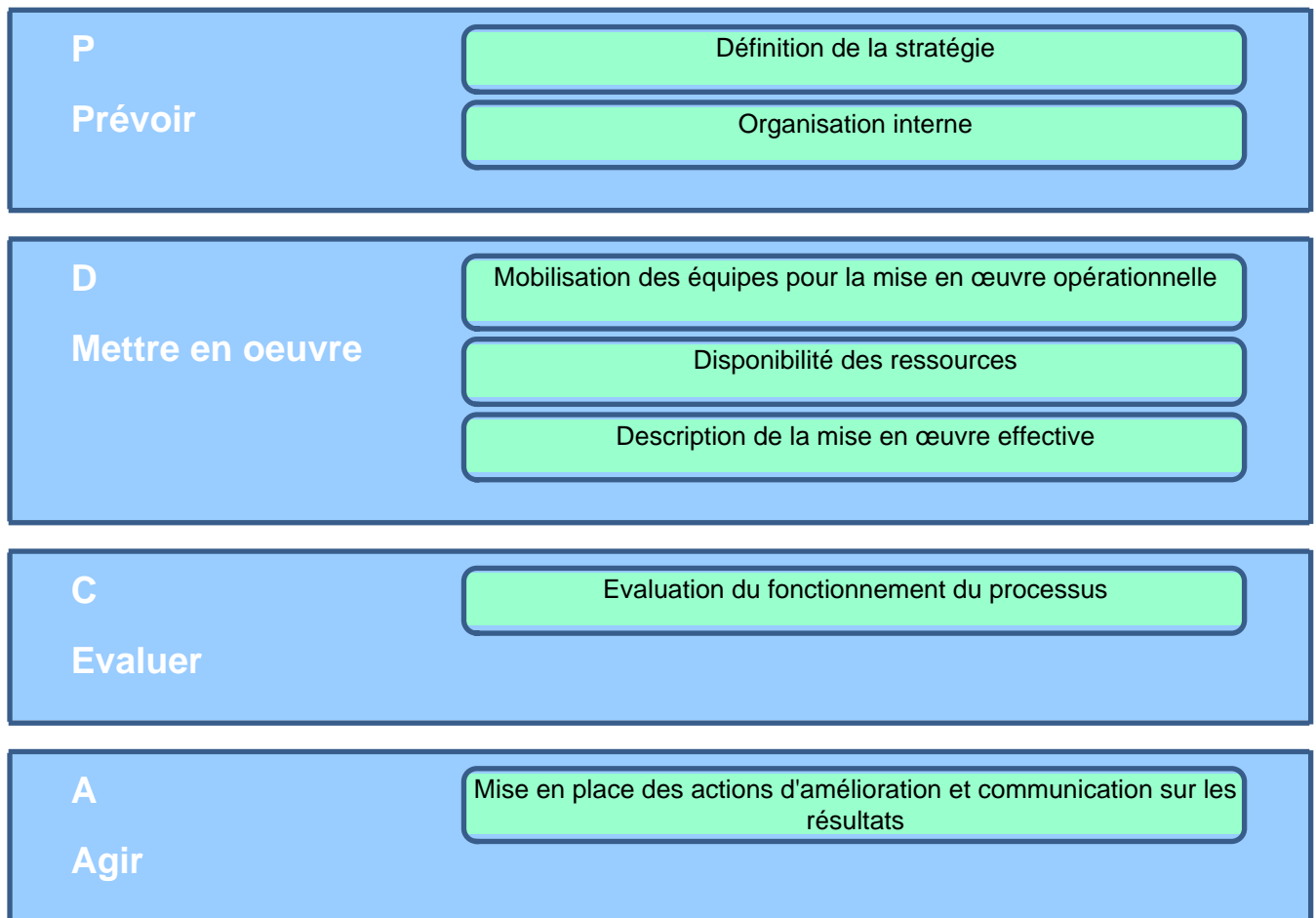
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le processus de maîtrise du risque infectieux est organisé à partir d'orientations définies dans la politique qualité de la thématique. Des objectifs stratégiques sont formalisés dans le CPOM. Ils répondent aux besoins et aux activités de l'établissement et aux orientations régionales en matière d'hygiène et de surveillance du risque infectieux. L'organisation est définie et s'articule avec le programme qualité et sécurité des soins institutionnel.

L'établissement s'est appuyé sur les résultats d'audits de pratiques, de dossiers, les IQSS, les inspections pour identifier et analyser ses risques avec les responsables: l'EOH, Le CLIN, la COMAI (Commission des anti-infectieux de la CME) et la coordonnateur de la gestion des risques. Une cartographie des risques a été élaborée en 2015 et réajustée. Ces responsables ont hiérarchisés les risques selon une grille de criticité et en ont déterminé 16 comme étant prioritaires à maîtriser.

Les risques identifiés : défaut de formalisation, de bonnes pratiques en matières d'hygiène, de précautions complémentaires, de gestion des excréta, de formations sont déclinés dans un programme d'actions institutionnel alimentent le compte qualité avec les risques priorités. Douze actions sont également priorités.

Les objectifs sont définis au regard de chaque risque et action d'amélioration et reprennent les objectifs institutionnels (prévention des infections nosocomiales, maîtrise de la diffusion des BMR avec suivi des indicateurs, respect du bon usage des antibiotiques, renforcement de la sensibilisation des professionnels, dépistage des microorganismes infectieux (BHRE)). Les responsables des actions sont identifiés, les échéances arrêtées, les modalités de suivi prévus .

Le PAQSS (ou PROPIAS) est validé après passage aux instances dont le CLIN, le COMAI et la CME, le Comité de pilotage qualité sécurité des soins. Il est suivi annuellement par les indicateurs, EPP, RMM et les évaluations de pratiques et de dossiers. Le compte qualité reprend intégralement les éléments du programme d'actions avec les 16 risques prévalents.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assurée par le médecin responsable de l'EOH (sur un mi-temps dédié), biologiste, et le médecin président du CLIN, infectiologue et formée à l'hygiène (DU). Ces deux professionnels ont été informés des missions confiées et des attentes de la démarche de certification par la délégation à la qualité. Pour mener leurs missions, les pilotes s'appuient sur la présence d'une IDE hygiéniste, sur une équipe de médecins infectiologues dont le président du COMAI référent pour l'antibiothérapie (avec un 0,20 temps médical dédié), et les responsables du pôle logistique pour l'environnement; le linge, la restauration. Des correspondants en hygiène IDE et AS de chaque service complètent l'équipe impliquée dans les travaux de la maîtrise du risque infectieux.

Le CLIN et le COMAI se réunissent plusieurs fois par an. Les professionnels pilotes de l'EOH, du CLIN et du COMAI sont formés: hygiénistes, infectiologues, l'IDE de l'EOH a un DU d'hygiène. La formation aux bonnes pratiques d'hygiène et aux IAS est prévue pour chaque catégorie de professionnels y compris pour les correspondants en hygiène, relais dans les services de soins. La formation est également organisée pour les équipes du bionettoyage et du brancardage par l'EOH ainsi que pour l'hygiène de la restauration (HACCP). Une session est prévue à chaque arrivée des nouveaux médecins et internes par le président de la COMAI.

L'organisation de l'entretien des locaux est assurée par une équipe interne d'agents formés pour les secteurs de soins, et par une société extérieure, dont les agents possèdent les bases en hygiène, chargée de l'entretien des locaux communs et publics. La maintenance des équipements est prévue et planifiée (carnet sanitaire, surveillance des réseaux d'eau, de l'air). En cas d'épidémie, d'isolement infectieux, préventif pour les patients, le matériel adapté est prévu et à disposition. La protection des personnels est organisée : le kit pour les accidents d'exposition au virus, pour les mises en isolement, les vaccinations.

Les interfaces sont organisées entre les services et l'EOH par des réunions, des communications, des affichages, des documents explicatifs. Les circuits logistiques, de surveillance, de déclaration et de suivi des infections sont formalisés et diffusés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard des risques identifiés, le plan d'actions d'amélioration de l'établissement mis en œuvre est transversal et décliné dans les services de façon homogène. Les secteurs à risque (comme l'endoscopie, la salle de césarienne) font l'objet d'une surveillance spécifique du risque infectieux. Les professionnels des services sont sensibilisés et informés par l'EOH, par le COMAI et le CLIN sur les objectifs du risque infectieux et sur les risques qui les concernent. L'infirmière de l'EOH intervient régulièrement directement

dans les unités pour évaluer la mise en œuvre des bonnes pratiques avec le soutien de l'encadrement. Les investigations et les patients traceurs ont confirmé la mobilisation et les connaissances des équipes. Le suivi des actions d'amélioration est assurée par des audits, des enquêtes, des RMM et des EPP menés par et avec les acteurs des différents secteurs d'activité. Pour exemple des actions sont menées sur la collecte des objets tranchants, le tri des déchets après des enquêtes de pratiques, sur les tenues des professionnels. Un REX est organisé sur la dernière infection à bactérie hautement résistante identifiée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CLIN, aidé de l'EOH remplit sa mission de prévention et de surveillance des infections, de formation et d'information des professionnels. Il se réunit en plénière au moins trois fois par an. L'EOH se met à disposition des services pour l'accompagnement de la maîtrise du risque infectieux et le suivi des infections, le suivi de l'entretien des matériels, des locaux et de l'hygiène alimentaire.

Les ressources humaines sont disponibles dans les secteurs d'activité avec les compétences des responsables de la thématique et le temps dédié à leur mission. Un temps plein infirmier dédié à l'équipe EOH permet de mettre en œuvre les missions confiées et dans chaque service les relais sont assurés par un IDE et un AS identifiés «correspondants en hygiène». Les actions de formations prévues sont réalisées auprès des professionnels : soignants, médecins, personnels de la logistique, de la société extérieure pour le nettoyage des locaux. Elles sont suivies par des audits de pratiques par l'IDE de l'EOH et les responsables encadrants. Les formations sont inscrites au plan annuel, l'intégration des nouveaux arrivants se fait par tutorat dans les unités, les nouveaux médecins et internes sont tous formés par le président de la COMAI.

Les documents, référentiels, protocoles et guides sont à disposition dans la GED et sont connus. Des affiches sur les conduites à tenir en cas d'infections sont connues et utilisées par les soignants (précautions standard, complémentaires, clostridium, isolement gouttelettes). Un guide pour la prescription d'antibiotiques est à disposition des médecins ainsi qu'un flyer sur le bon usage des antibiotiques à l'hôpital (antibiothérapie probabiliste).

Le matériel est disponible pour la prévention des infections, du risque de transmission de l'infection et la protection des agents des différents secteurs exposés. Des unités mobiles de protection sont utilisées par toutes les unités en cas d'isolement infectieux avec mise à disposition du matériel de protection nécessaire. L'équipe du bio-nettoyage utilise un matériel adapté. Les locaux des secteurs à risques sont majoritairement conformes en terme de respect des standards d'hygiène (bloc d'endoscopie, salles de naissance, locaux de stockage et de soins).

Néanmoins le système de mise à jour des documents est opérationnel pour les documents informatisés mais pas opérationnel pour les documents papier qui subsistent. Dans les services, des classeurs papier "hygiène" persistent alors que la gestion documentaire est informatisée et actualisée. Ces classeurs de protocoles et procédures papiers ne sont pas mis à jour, des fiches datant de plus de 15 ans sont retrouvées dans des postes soignants lors des investigations du processus dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité ainsi que les procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH. Les pratiques des professionnels sont conformes aux organisations prévues. Les circuits en matière d'hygiène sont respectés. Les procédures et protocoles et les mesures de précautions sont appliqués pour prévenir le risque infectieux ou pour éviter la transmission lors d'une infection avérée. Lors d'une infection identifiée, le laboratoire transmet une alerte au service, ainsi qu'à l'infectiologue référent et au CLIN qui activent la mise en œuvre des précautions et du suivi auprès de l'unité concernée. La traçabilité des informations, du suivi et de la surveillance des infections est réalisée dans le dossier du patient et par l'EOH et le CLIN.

Un tableau de bord de suivi et de surveillance est tenu à jour (quotidiennement en cas d'isolement infectieux). Les prescriptions d'antibiothérapie font l'objet d'un accompagnement du référent du COMAI. La surveillance des consommations d'antibiotiques et de la résistance bactérienne est réalisée. L'infection nosocomiale éventuelle est déclarée, selon la procédure interne et externe. Le réseau d'eau est surveillé, l'établissement a corrigé les résultats non satisfaisants sur le risque de légionelles depuis les inspections de 2015.

Les interfaces entre les secteurs, les comités et équipes transversales sont effectifs. Le lien avec les comités régionaux sont assurés (CCLIN nord). Des journées sur l'hygiène sont organisées. Les patients traceurs et les investigations menées dans les services confirment ces constats.

Néanmoins la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et la 72^e heure n'est pas toujours tracée dans le dossier patient. La réévaluation de la prescription d'antibiothérapie est essentiellement tracée lorsqu'elle est accompagnée par l'infectiologue. La traçabilité de la réévaluation n'est pas retrouvée pour toutes les prescriptions d'antibiotiques. Ceci a été constaté lors des consultations des dossiers patients dans les services, et confirmé lors de la rencontre avec les infectiologues lors de l'audit de processus. Un audit de fin 2015 un jour donné sur la prescription d'un antibiotique spécifique montre la non réévaluation de la prescription.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs de suivi des actions d'amélioration du processus sont intégrés au compte qualité et sont surveillés et enrichis par les pilotes et les équipes responsables de la mise en œuvre. Les indicateurs IQSS sont relevés et suivis chaque année : ICABMR, ICALIN, ICATB, ICSHA, Indice SARM. Les résultats sont en voie d'amélioration pour les SARM, le niveau A est maintenu pour les autres indicateurs. D'autres modalités de surveillance sont mises en œuvre : suivi de la consommation annuelle d'ATB, audits de dossier sur la prescription d'antibiotique un jour donné, des audits de bonnes pratiques lors de l'installation d'un isolement infectieux, des audits d'hygiène des mains, suivi et analyse des AEV (11 déclarés en 2011). Les infections à SARM sont toutes analysées par une méthode participative en REX.

Des EPP sont organisées : une sur l'avis pharmaceutique pour l'antibiothérapie, une sur l'endoscopie, un troisième sur l'élimination des objets tranchants et coupants.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en place en lien avec les résultats des indicateurs et audits réalisés par l'établissement. Par exemple, suite au dernier audit sur l'élimination des objets tranchants, une nouvelle session d'information des professionnels a été réalisée sur les bonnes pratiques directement dans les services concernés par l'axe de progrès. Un second audit est prévu. Des actions d'amélioration sont en cours pour répondre à des dysfonctionnements relevés par la Direction Départementale de la Protection de la Population en matière d'hygiène alimentaire sur les lieux de distribution des repas (inspections de 2015 et Septembre 2016): des réajustements de pratiques sont réalisés par l'encadrement avec une évaluation suivie par des audits, des formations sont adaptées et réalisées sur le lieu d'exercice professionnel, des achats de matériel adapté sont décidés.

Les procédures et pratiques sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs et des analyses d'évènements évitables en utilisant le vecteurs des réunions des cadres et des correspondants en hygiène pour assurer une diffusion large des informations sur les nouvelles références.

Le bilan et le tableau de bord des indicateurs sont présentés en commissions (CLIN, COMAI, CME, CSIRMT) et mis sur l'onglet intranet du CLIN. Le suivi du processus global est assuré au moins une fois l'an en instances (COMLITE QUALITE, CLIN, COMAI) mais les réajustements se font en temps réel en fonction des besoins. Les indicateurs obligatoires font l'objet d'un affichage institutionnel dans toutes les unités. Les usagers sont informés lors des instances (CDU) et sont invités aux séances du CLIN.

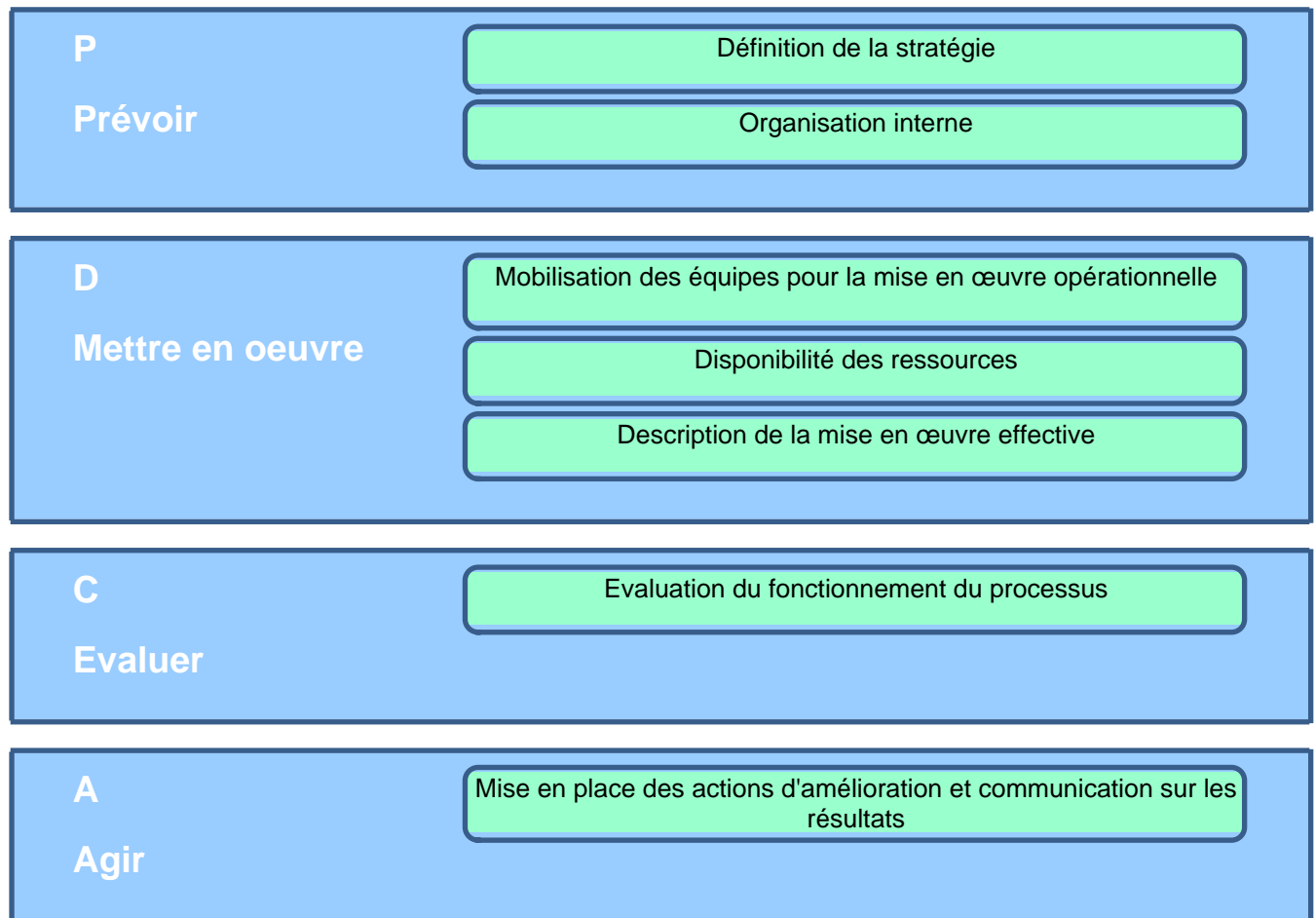
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte, et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Le respect des droits des patients et évaluer sa satisfaction est intégré dans la politique qualité et sécurité des soins 2016 cosignée par la directrice et le président de la CME. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, chaque action étant assortie d'un responsable et d'un échéancier. L'établissement a inscrit dans son compte qualité deux risques prioritaires à criticité élevée, à savoir le défaut d'information sur un dommage associé aux soins et absence d'accompagnement dans le suivi, méconnaissance de la procédure institutionnelle; absence de recueil du consentement du patient en transfusion.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'est organisé pour assurer le pilotage de ce processus, par la désignation d'un pilote, en l'espèce la personne chargée des droits des patients. Sa mission est précisée dans une fiche de fonction.

Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients. Le plan de formation prévoit une formation institutionnelle, pluriannuelle à la bientraitance concernant un nombre important d'agents. Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins a été définie. La personne chargée des droits des patients a suivi une formation spécifique sur l'information au patient d'un dommage lié aux soins. Il existe une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.

La documentation nécessaire notamment pour les soins sans consentement (dont l'information du patient) est disponible dans le système de gestion documentaire. Le livret d'accueil permet l'information sur les droits et sur les missions de la CDU. Les circuits avec les secteurs cliniques, les secteurs médico-techniques, logistiques, administratifs sont définis.

Ces organigrammes sont actualisés régulièrement.

Les signalements de situations de maltraitance sont réalisés soit en externe par les patients ou leurs proches via un courrier de plainte ou de réclamation soit en interne par l'intermédiaire du système de déclaration d'événement indésirables. Le traitement des situations est systématique dès réception avec une revue collégiale chaque semaine et une présentation est faite en CDU et/ou en comité qualité et sécurité des soins. Toutefois, les modalités de signalement en cas de maltraitance ne sont pas définies et diffusées. Il n'a pas été défini de procédure de signalement de maltraitance, ni de mode opératoire en cas de signalement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé des unités visitées sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le compte qualité. La mobilisation des acteurs est organisée à partir des réunions de synthèse, des réunions d'encadrement mensuelles cadres supérieurs, cadres de santé à l'initiative de la direction des soins, des réunions de préparation de la certification en lien avec le terrain. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par le biais des événements indésirables et de leur analyse. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Il existe de nombreuses conventions avec les partenaires hospitaliers : hôpital Louis Mourier principal partenaire du cash situé à 3 kilomètres, Hôtel Dieu, CH de Rueil Malmaison, CH d'Argenteuil, les CMS de Nanterre, Suresnes, Argenteuil, Bezons, Malakoff, Asnières.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matérielles, documentaires sont assurées au niveau des secteurs d'activité.

Le personnel est sensibilisé au respect de la dignité et de l'intimité du patient à travers la charte du patient hospitalisé affichée dans les services et le livret d'accueil du personnel. La charte de la bientraitance et la charte de la confidentialité sont affichées dans toutes les unités.

Des formations ont été réalisées en 2016 sur les droits des patients à destination d'une trentaine d'agents, intégrant les nouveaux recrutés. En psychiatrie, des formations sur la personne de confiance ont été réalisées.

Les réunions hebdomadaires de l'encadrement avec les acteurs de terrain constituent l'opportunité de rappeler les droits des patients dans la mise en œuvre des pratiques de soins au quotidien.

Les ressources en équipements informatiques sont en adéquation avec les besoins, dans les unités de soins. Les locaux sont globalement adaptés.

L'établissement s'est doté en psychiatrie d'un dispositif structuré d'hospitalisation sans consentement : procédures, information et recherche d'adhésion des patients, formation des professionnels et notamment des cadres de santé sur les soins sans consentement. En cas de soin psychiatrique sur demande d'un tiers, en cas de péril imminent, le directeur ou son représentant se déplace systématiquement à la rencontre le patient, il lui signifie son admission et ses droits et lui fait signer une attestation par laquelle il a eu connaissance de ses droits. Une procédure de mise en chambre d'isolement a été formalisée, validée sur un plan institutionnel. la gestion documentaire permet l'accès aux informations et documents nécessaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne dans le respect des droits des patients. Les interfaces entre unités sont opérationnelles par le relais de l'encadrement. La traçabilité est assurée (personne de confiance, personnes à prévenir).

La charte des usagers fait l'objet d'affichage dans toutes les unités ainsi que les chartes de bientraitance et de confidentialité.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est opérationnelle. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie institutionnelle de l'établissement. L'établissement prend en compte le fait que la configuration des locaux ne permet pas de garantir le respect de l'intimité dans toutes les situations chambres doubles, absence de locaux pour recevoir individuellement le patient ou sa famille dans certains services. Pour autant, les chambres doubles sont pourvues systématiquement de paravents et dans le cadre des réfections d'unités de soins, l'aménagement de chambres particulières est privilégié.

L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Dans la structure polyclinique, dédiée aux consultations, il y a des lignes de démarcation afin de rendre plus effectif le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Les entretiens médicaux, se déroulent dans des espaces dédiés, des bureaux permettant de garantir la confidentialité des informations. La participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est effective. Le consentement du patient est systématiquement recherché. Outre les autorisations de soin, il existe une procédure de consentement du patient. Il y a un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent avec des rencontres médicales des patients et des familles en lien avec une procédure accueil accompagnant en date de 2016.

En psychiatrie, les mesures de restriction de liberté de type isolement, contention font l'objet d'une prescription médicale initiale et réévaluée. La surveillance est également tracée. Le registre de contention et isolement est en place.

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'indicateurs de suivi : recueil de la personne de confiance, délai de réponse à l'usager porteur d'une réclamation, retour du questionnaire de satisfaction, PAQSS, bilan d'activité.

les résultats sont transmis à la CDU.

il faut noter également une évaluation annuelle réalisée durant une semaine par un groupe d'élèves de l'IFSI encadrés par des cadres de santé avec la participation des représentants des usagers. Cette évaluation concerne les indicateurs IPAQSS, les patients traceurs, la satisfaction des usagers.

Les représentants des usagers réalisent chaque année une évaluation sur une spécialité, afférente aux droits des patients, à partir de leur propre questionnaire. (ex urgence, SSR).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration diverses ont été mises en œuvre comme la mise en place de paravents dans toutes les chambres doubles, la pose de films occultant sur les hublots de médecine, la procédure d'accueil des patients au bloc opératoire, la traçabilité du souhait du patient quant à la position ouverte de la porte de sa chambre. En lien avec la CRU, il a été amélioré en 2016, le contenu du livret d'accueil relatif à l'accès au dossier médical. La communication des résultats est réalisée, en interne par la délégation qualité et en externe par la direction générale.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

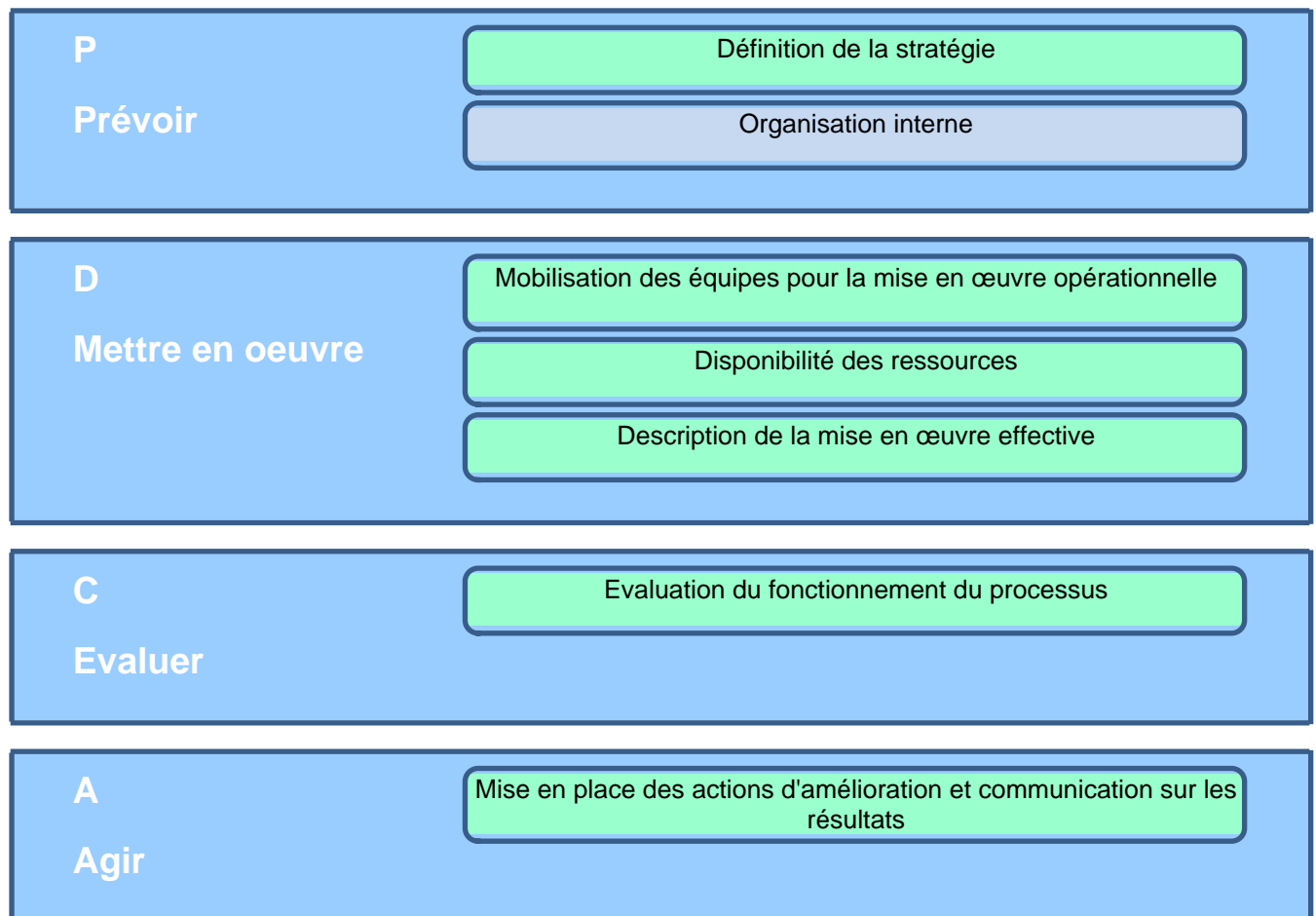
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

En sus de son rôle d'hôpital de proximité dans un environnement se démedicalisant avec une précarité élevée le Centre d'Accueil et de soins Hospitalier de Nanterre (CASH) assure aussi des missions d'accueil d'hébergement d'urgence de nuit complétées par une prise en charge de médecine sociale, s'adossant sur un pôle de compétences : médecins généralistes, psychiatres, addictologues, travailleurs sociaux, psychologues, une unité de stabilisation et une structure médico-sociale pour les populations les plus fragiles.

Le Centre Hospitalier a également une activité de soins et de prévention en milieu pénitentiaire : il existe une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) avec une PUI dans la nouvelle maison d'arrêt de Nanterre.

Le CASH, est un établissement pavillonnaire étendu sur 14hectares, il présente depuis plusieurs années des difficultés d'entretien, de mises aux normes et de gestion financière, de plus les activités de chirurgie, de gastroentérologie, pneumologie et de chimiothérapie ont été transférées à l'hôpital Louis MOURIES (APHP) en 2016. Un troisième plan de redressement doit être présenté au COPERMO au 2ème trimestre 2017.

L'établissement a utilisé plusieurs sources de données pour identifier et analyser ses risques. Il a pris en compte les résultats de la dernière visite de certification, les résultats des indicateurs nationaux, les résultats de l'analyse de déclarations d'évènements indésirables, les plaintes et réclamations, les résultats des enquêtes de satisfaction et ceux issus des évaluations (EPP), mais aussi des injonctions des tutelles. Une cartographie des risques a été élaborée avec des groupes de professionnels prenant compte la vulnérabilité de l'établissement, les risques liés aux secteurs et propres aux processus. En sus de la révision des projets stratégiques successifs, un compte qualité a été formulé articulé avec un plan d'amélioration "parcours" (21 actions) prenant en compte les risques à criticité élevée et à faible niveau de maîtrise identifiés.

La stratégie d'établissement a évolué avec de nouveaux objectifs selon les contraintes récentes et les priorités tout en prenant en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et le projet médical de territoire. Une réflexion concernant le volet relatif au parcours du patient et selon les profils a été conduite et proposée au Conseil d'administration et aux tutelles. Dans le cadre de la mise en place des GHT Groupements Hospitaliers de Territoire depuis le 1 juillet 2016, le CASH a intégré le GHT Sud Val d'Oise - Nord Hauts de Seine qui comprend le CH d'Argenteuil (pilote), Eaubonne, Roger Prévot et Taverny, le projet médical partagé est en finalisation. Le CASH présente aussi un projet médical commun avec l'Hôpital Louis Mourier selon un accord-cadre et avenants selon l'évolution des partenariats dans le but de consolider l'offre publique de soins sur le territoire.

Le CASH de Nanterre a ainsi développé certaines spécialités en rapport avec les besoins de la population locale : Cardiologie avecUSIC de 6 lits, Diabéto-Endocrinologie, Médecine Interne, Maternité, Endoscopie, enfin une unité de Surveillance Continue de 6 lits a pris la place de la réanimation. Les flux de patients se répartissent entre les deux sites, Louis Mourier disposant d'un service de Médecine Polyvalente et d'un service de Pneumologie. Cette stratégie inclut la réalisation de la mise en conformité du secteur de naissance (24 lits, déménagement prévu dans le bloc quasi neuf qui héberge actuellement l'endoscopie et aussi la refonte du secteur des urgences.

De même il a été créé Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD Boucle Nord) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Pour répondre aux besoins de prise en charge des patients âgés une réorganisation de la gériatrie a été conduite avec la constitution d'une Unité de Gériatrie Aiguë (UGA) de 30 lits; USLD de 40 lits, SSR 39lits, (et un EHPAD). (Plan solidarité grand âge, participation à la filière gériatrique territoriale)

Dans le cadre du projet médical de territoire (neuf secteurs) le CASH développe l'activité de Psychiatrie (39 lits, 20 places) avec priorisation de l'accès aux soins, la réinsertion (logement, travail) et la PEC des populations spécifiques. (Intégration de 35 lits de COURBEVOIE).

Dans le cadre du programme d'amélioration du parcours patient on retrouve la mise en place de dispositif d'amélioration de l'accueil, de la sortie, (procédures, interfaces, livret...), le développement de l'éducation thérapeutique, prévention des chutes, PEC des pathologies chroniques. Des actions relatives au repérage et la prise en compte des besoins médico sociaux du patient, du risque suicidaire en psychiatrie, de la dénutrition, prévention des escarres, les urgences internes ont été mises en place,. Les interfaces entre services ont été améliorées dans le but de fluidifier les parcours (Transport). Concernant les écarts constatés lors de contrôles réglementaires l'établissement a mis en place des plans d'actions avec un suivi référencé.

Un dispositif structuré de communication a été mis en œuvre dans l'établissement pour informer les personnels sur les stratégies retenues. Les échanges avec le CDU et la collaboration avec les usagers sont très fructueux. Enfin une politique de communication avec la ville a été mise en place, avec de nombreuses plaquettes concernant les différentes filières de soins et les spécificités de l'hôpital, et de

nombreuses coopérations sont mises en œuvre de manière à poursuivre une offre de proximité.
Le programme stratégique et le plan d'amélioration ont été présentés aux instances, et à la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel du Parcours Patient est assuré par la directrice, le coordonnateur général des soins, et le président de la CME. Le pilotage opérationnel est confié au chef de pôle de médecine et à une cadre supérieure de santé qui animent les groupes de travail avec la participation de la cellule qualité. Des réunions d'information/formations ont été réalisées pour expliciter les attendus et les missions définies selon les thématiques touchant au parcours.

Des organisations différenciées sont définies pour la prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques, les interfaces ont été développées et travaillées selon les objectifs des différentes prises en charges et selon les types de patients. Les admissions directes répondent à des procédures spécifiques, la fonction transport a été réorganisée. L'ensemble de l'organisation est prévue pour assurer l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge des différentes filières. La sortie du patient est aussi organisée notamment avec les partenaires extérieurs ; un dispositif PRADO est en place.

Les besoins en formation continue sont identifiés pour les personnels concernés, le plan de formation de l'établissement prend en compte les dimensions du parcours patient ; ainsi que les formations répondant à des besoins particuliers (Risque suicidaire, violence) ou à des compétences spécifiques : formations pour le développement de l'éducation thérapeutique, formations IAO, Endoscopie, dénutrition ...sont organisées. Ainsi l'éducation thérapeutique est en développement : 2 ETP (Diabète et Pec VIH) ont été contractualisés avec l'ARS, d'autre part deux autres programmes sont proposés aux patients Participation au Programme Régional ARS « Sauve ma peau » (escarres) et para chute.

Les formations des nouveaux arrivants sont assurées après un entretien d'intégration et ensuite par un tutorat de plusieurs semaines sur le secteur d'activité.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est défini et opérationnel, des formations de maintien des compétences (AFGSU), urgences vitales sont en place.

Le S.A.U. permet d'accueillir et d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Depuis le transfert de la chirurgie les patients nécessitant une intervention sont transférés sur L'hôpital Louis Mourier, la prise en charge de la petite traumatologie (plâtres, sutures etc) est assurée par un PH de chirurgie. L'organisation de l'accueil et du traitement des populations spécifiques repose sur une prise en charge par filière (Médecine, chirurgie, psychiatrie et médico-social). Le projet de transfert de la maternité vers le bloc est validé, suivra ensuite la relocalisation des urgences.

Deux fois par jour et plus si tension, la cellule d'encadrement, conformément à la fiche de poste du cadre de cette unité, analyse la disponibilité des lits et propose la solution d'hébergement en cas de tension.

Un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées existe sur l'intranet de l'établissement. Pour les patients, un livret d'accueil est remis ainsi que plaquettes et autres supports d'information (affiche, carnets..) sont disponibles.

La maintenance préventive et curative des matériels et équipements est organisée au fil des remaniements structurels ainsi que l'organisation de la correction des remarques d'inspections.

Le développement du système d'information est défini et planifié au regard des besoins des secteurs, la mise en place du dossier informatisé est en cours.

L'activité d'anesthésie en obstétrique et en endoscopie, les consultations, la permanence des soins avec un tableau de garde sur place en anesthésie obstétricale, ont été maintenues par une mutualisation des médecins anesthésistes au travers d'une convention avec l'Hôpital Louis MOURIER.

Les règles de présence, garde, et astreinte des différentes catégories professionnelles sont définies en vue d'assurer la permanence des soins H24. Les coordonnées des spécialistes sont à disposition.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à chaque pôle et unité de soins sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle du CASH. Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en effectuant des contrôles réguliers sur le terrain et dans les dossiers.

Des staffs cliniques et des réunions régulières, la pratique des patients traceurs, favorisent l'adhésion des personnels aux projets menés dans les différents secteurs. Les évaluations sont aussi réalisées aux travers des EPP mises en place dont le nombre est en croissance (N17), parmi ceux touchant au parcours on peut citer EPP sur le dispositif d'accueil, en cardiologie le dispositif de sortie, communication avec le médecin traitant, en psychiatrie la prise en compte du risque suicidaire, les comorbidités en psychiatrie...

De même le développement de la politique qualité a permis un nombre conséquent de déclarations en passant à plusieurs milliers un an ...Ceci a eu pour effet une augmentation dans les divers secteurs de l'analyse des EI avec développement des RMM et CREX.

Les résultats des indicateurs et des audits sont communiqués aux professionnels qui participent à la

définition des actions d'amélioration à mettre en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La continuité des soins est assurée (permanence médicale) et respecte les dispositions prévues dans l'organisation. Dans l'ensemble les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs en particulier concernant le recours aux avis de spécialistes. Cependant, Les dispositions ne sont toujours mises en œuvre pour assurer la prise en charge des patients dans le cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Malgré un tableau d'effectif de 6.5 ETP et une campagne de recrutement l'effectif est lors de la visite, insuffisant en nombre de kinésithérapeutes pour assurer pleinement la prise en charge ou la continuité des soins de physiothérapie au sein de l'établissement. Lors de visites de service et des rencontres il est apparu en raison d'absentéisme que deux kinésithérapeutes seulement étaient disponibles un pour les services de médecine et d'obstétrique et un pour le SSR ne pouvant répondre toutes les sollicitations.

La gestion documentaire informatisée de l'établissement permet aux professionnels un accès aisé aux protocoles qui concernent leur lieu d'exercice et son informatisation a pratiquement remplacée les « bibles ». Ces documents sont actualisés avec la participation des personnes impliquées.

Les demandes de formations sont déclinées dans chaque unité lors d'un entretien annuel avec le cadre. Des formations mises au plan ont été effectives sur la prise en charge des patients alcooliques, prévenir et gérer la violence aux urgences et en en psychiatrie, la PEC des urgences vitales, et concernant les ETP déployées...(11 Formées, 2 DU)

Le matériel informatique utile et nécessaire à la prise en charge du patient est mis à disposition, et les formations concernant l'utilisation des différents progiciels (dossier, déclarations EI, médicament, GED) ont été réalisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Comme cela a été constaté par plusieurs patients traceurs, l'information du patient sur son séjour est assurée ; le livret d'accueil est donné au plus près de l'admission et de nombreuses structures ont élaboré des plaquettes d'accueil spécifiques une évaluation initiale médicale et infirmière dès l'admission, permet d'identifier les besoins de soins du patient.

Il existe une intégration d'un volet somatique par un médecin (généralement urgentiste) dans le projet de prise en charge en santé mentale et l'évaluation initiale somatique des patients hospitalisés sans leur consentement est réalisée systématiquement dans le délai réglementaire.

En hôpital de jour psychiatrique la douleur est évaluée, tracée et suivie à chaque venue, l'évaluation de l'autonomie est tracée, la prise en charge est multidisciplinaire avec un suivi et réajustement hebdomadaire du projet thérapeutique comme le confirme le patient traceur.

Concernant les détenus (UCSA) la visite a permis de confirmer la coordination des différents professionnels concernant la prise en charge et l'évaluation des besoins de cette population.

Dans l'ensemble des secteurs la prise en charge des patients repose sur des réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires si besoin.

En psychiatrie, l'évaluation du risque suicidaire est tracée par le médecin, les IDE ont aussi réajusté pendant la visite le support d'entretien d'accueil en y ajoutant cette évaluation. Cependant, en dehors du secteur de psychiatrie le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire n'est pas effectif ni tracé dans les secteurs cliniques. Lors des visites et des entretiens avec les professionnels ceux ci appréhendent avec difficultés l'évaluation du risque suicidaire, ceci est confirmé par l'absence de mention de cette évaluation dans les dossiers patients consultés.

Pour les patients qui le nécessitent, le projet de soins personnalisé inclut des activités de soins de suite et de réadaptation; l'établissement dispose de plateaux techniques de rééducation ; ces activités sont prescrites et mises en œuvre en cohérence avec le projet personnalisé du patient établi en fonction de la réflexion bénéfice risque, celui ci est tracé, réévalué, et retrouvé dans les dossiers de patients. (PT). Des réunions cliniques pluriprofessionnelles sont organisées régulièrement dans toutes les unités de soins pour assurer la concertation et la coordination des personnels autour des projets personnalisés et du degré de consentement du patient

Les partenariats en interne et en externe permettent le recours aisé à des compétences complémentaires sur tous les sites de l'établissement.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est adapté. Les professionnels des secteurs de soins connaissent la procédure et sont formés.

L'informatisation du dossier a permis d'améliorer la traçabilité de l'évaluation de la douleur, de l'IMC, du risque d'escarre. Le dépistage et suivi des troubles nutritionnels sont ainsi tracés dans la partie informatisée du dossier du patient comme le confirme l'amélioration de l'IQSS.

Le déploiement de l'éducation thérapeutique est assuré pour programmes autorisés, Dans d'autres secteurs des actions ponctuelles structurées d'éducation à la santé, à la maladie et son traitement sont réalisées. La formation des professionnels est effective dans ce domaine.

Les activités de soins de suite et de réadaptation se retrouvent dans le projet de prise en charge et sont tracées dans les CR de réunion de service et les dossiers.

Pour les différents types de prise en charge, la sortie du patient est organisée de manière coordonnée en interne dans les unités et en collaboration avec les professionnels d'aval ou de la ville (EPP). Les documents nécessaires à la sortie sont préparés : ordonnances, courrier médical de sortie et fiche de liaison infirmière le cas échéant. Une démarche d'amélioration a été initiée pour réduire les délais de

transmission des courriers de fin d'hospitalisation, suite aux résultats insatisfaisants des indicateurs antérieurs, en gériatrie aigüe les comptes rendus sont produits «à flux tendu» et suivent le patient à sa sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés dont le suivi des événements indésirables. Il existe des indicateurs et des évaluations régulières par exemple sur les escarres, les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation, la tenue des dossiers. Des audits ont été réalisés : dossier de soins, préparation/montage des perfusions, traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier IDE, sur l'antibiothérapie, non conformités des prescriptions de laboratoire.

L'évaluation selon la méthode du patient traceur (n12) est mise en place depuis 2015 dans différents secteurs.

Les campagnes de relevé des indicateurs IQSS transversaux et de spécialité sont effectives dans tous les types de prise charge concernés.

Des indicateurs d'activité sont également disponibles, en lien avec les objectifs stratégiques.

Les questionnaires de sortie sont analysés, les représentants des usagers ont réalisés dans plusieurs secteurs des enquêtes de satisfaction à la sortie des patients, enfin l'établissement participe à l'enquête nationale ISATIS.

Plusieurs EPP concernant le parcours patient sont en cours à des états d'avancement différents et plusieurs à la mesure d'impact (Par exemple Etape4: «optimisation des traitements de sortie», «optimisation de la communication avec le Médecin traitant», «pertinence de l'HDJ en odontologie»).

Les résultats sont présentés dans les diverses commissions ad hoc et en CME, Commission des soins, ou CDU.

A / AGIR

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

Les actions engagées font l'objet d'un suivi structuré par la cellule qualité. Le suivi des actions d'amélioration a conduit à réexaminer les risques (nouvelle cartographie début 2016) afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les résultats des indicateurs IPAQSS sont analysés afin de définir des plans d'actions, ces résultats sont affichés dans les services et communiqués aux professionnels et usagers.

Selon les constatations au décours des patients traceurs, des enquêtes ou des audits des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, par ex : Refonte du livret d'accueil, formation à l'HACCP (suite aux inspections),

La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne réunions de service, via l'intranet et le journal interne " direct infos " à diffusion tous les deux mois, notamment auprès des professionnels comme en externe et des usagers (CDU).

Les évaluations de la satisfaction font l'objet d'une présentation auprès du comité qualité et sécurité des soins et des instances dont la CDU, les usagers sont d'ailleurs force de propositions et entendus, à titre d'exemple amélioration de l'accueil des patients, de la circulation, amélioration de l'ergonomie des chambres etc.

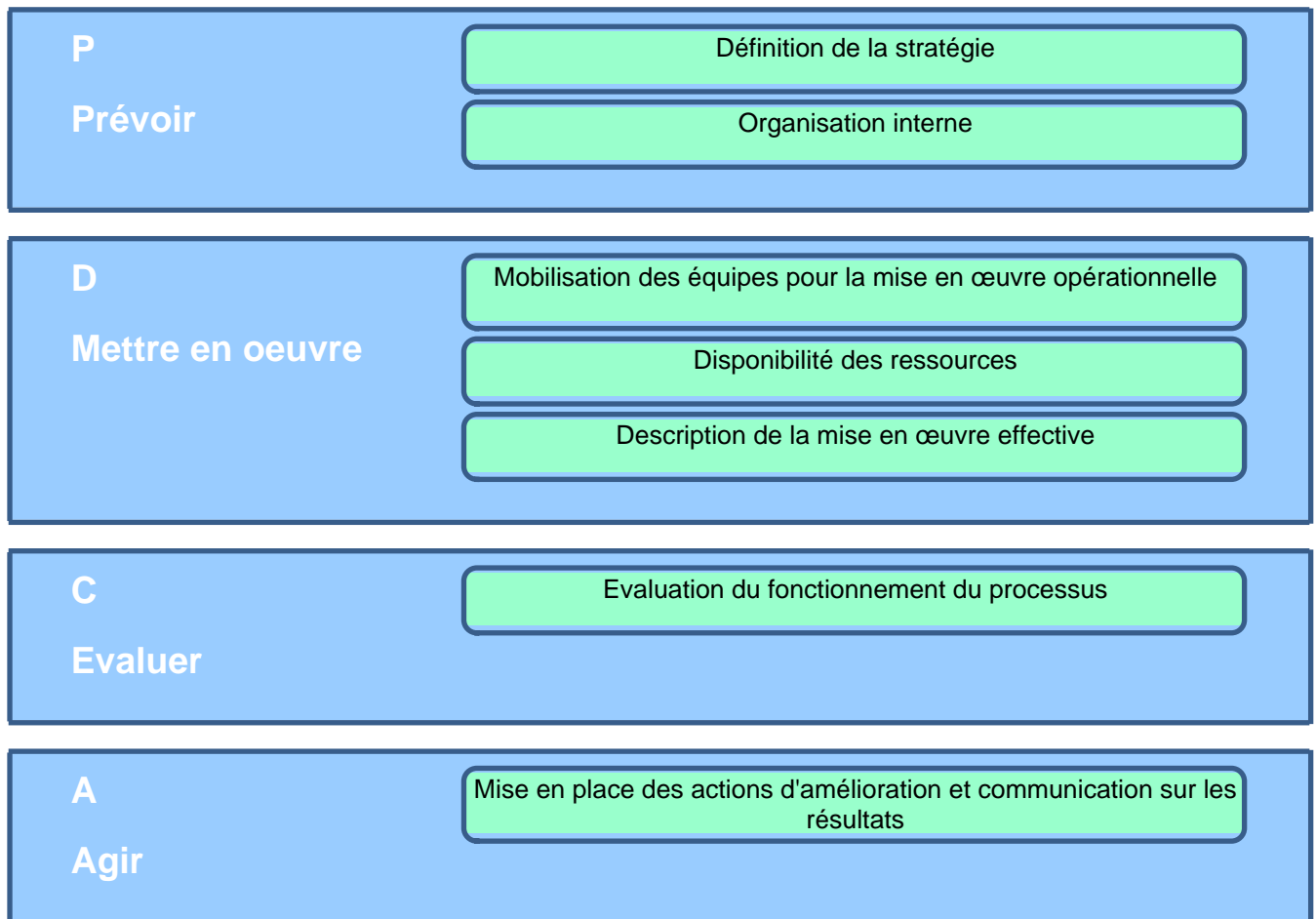
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CASH s'est engagé depuis plusieurs années dans une étude de besoins et dans une dynamique d'informatisation du dossier du patient et a contribué au choix du logiciel du groupement. Ce choix a privilégié l'interopérabilité, l'intégration de la prise en charge aux urgences et la prescription des médicaments. On peut toutefois rappeler que l'orientation générale de l'établissement était à la fois de conserver momentanément un dossier papier organisé autour d'un contenant unique, mais aussi de développer l'outil informatique.

La politique 2017 relative au dossier patient fixe les objectifs suivants: fin du déploiement du module prescription, déploiement des urgences, déploiement du dossier médical de l'EPHAD, déploiement du dossier infirmier, déploiement du dossier médical par spécialité: diabétologie, médecine interne, cardiologie, déploiement du module planning.

Une analyse du processus DPU et une cartographie des risques ont été réalisés par le groupe de travail DPU de l'établissement. Il existe un programme d'amélioration pour chaque action et des modalités de suivi ainsi que des responsabilités sont précisées.

Il existe une procédure de tenue du dossier patient et un guide d'utilisation du dossier de soins en date de mars 2017.

L'établissement a inscrit dans son compte qualité les risques prioritaires suivants: anomalie de traçabilité dans le dossier patient santé mentale, la traçabilité de l'avis médical psychiatrique n'est pas toujours retrouvée dans le dossier de prise en charge des urgences, les professionnels administratifs ne sont pas systématiquement formés à l'utilisation des procédures relatives à la gestion du dossier patient.

ORGANISATION INTERNE

Il existe pour le déploiement du DPI un pilote institutionnel, qui est l'ingénieur informatique dont les missions sont précisées dans une fiche de mission. Les unités de soins disposent d'un dossier patient unique au format papier, dont une partie est informatisée dans les unités de diabétologie (service pilote dans le déploiement du DPI), de médecine interne, unité gériatrique aiguë, psychiatrie, SSR).

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient tant en écriture qu'en lecture sont définies en fonction de leur profil et de leur qualification. L'accès aux différents volets du dossier patient est réservé aux seules personnes habilitées, sécurisé par des logins et mots de passe pour les applications informatisées. Une procédure définit les modalités d'archivage et d'accès au dossier du patient sous format papier par les différents professionnels de l'établissement.

Les besoins en formation initiale à l'usage du DPU ont été définis pour l'ensemble des professionnels concernés. L'ensemble des secrétariats médicaux et des cadres de santé a été formé aux modalités d'accès au dossier une fois celui-ci archivé. La recherche d'antériorité avec le logiciel des archives permet de localiser le dossier antérieur. La procédure ainsi que les modalités sont connues des professionnels. La recherche de dossiers en dehors des heures d'ouverture des archives est organisée selon des modalités définies (cadre de santé de garde). L'accès 24h/24 aux données antérieures est possible pour les médecins pour la partie informatisée du dossier. Les urgences ont accès aux données des hospitalisations ou des passages antérieurs par l'utilisation de logiciels, 24h/24. Tous les dossiers d'hospitalisation jusqu'à vingt ans sont classés dans le local central sécurisé d'archivage. Une procédure de destruction des archives est en place.

L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile.

Une organisation est structurée en s'appuyant sur des procédures et sa mise en place pour garantir l'accès et le respect des délais concernant l'accès du patient à son dossier.

Les professionnels bénéficient d'une formation structurée et reproductible pour mettre en œuvre le DPU. Les plans de formations 2015 et 2016 permettent d'identifier la formation de professionnels aux transmissions ciblées et à l'usage du DPU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé communiquent auprès de leurs équipes sur les modalités structurant l'usage du dossier du patient et notamment sa composante informatisée. A cet effet, des réunions spécifiques sur le DPI sont initiées. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le bon usage du DPU et des différentes applications logicielles est le plus souvent respecté.

Certains professionnels participent à l'élaboration de protocoles et aux évaluations du dossier du patient. Les résultats des indicateurs sont disponibles dans la gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels en poste et les nouveaux arrivants sont formés. Les personnels remplaçants bénéficient de la création d'un accès transitoire et sont invités à consulter les documents d'information disponibles. Il y a l'attribution d'un code d'accès au logiciel dossier patient informatisé au personnel infirmier intérimaire.
Les procédures et les documents utiles sont disponibles dans la gestion documentaire ou sur le site.
Les ressources en personnel sont suffisantes. Au local des archives, sont affectés deux archivistes, trois coursiers, un cadre aux fiches de postes définies.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accès au dossier est sécurisé tant pour sa composante informatique ou papier. Le déploiement du DPI (6ème objectif, action 17 du PAQSS 2017) est opérationnel dans sa dimension "prise en charge médicamenteuse du patient" depuis janvier 2017. Il existe une traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient est assurée.
Le délai défini par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier est respecté.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour le DPU et le volet informatique, l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement sur la base d'outils identifiés. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Dans le pôle psychiatrie, santé mentale, il est organisé tous les ans un audit du dossier à partir des vérifications mensuelles des dossiers de soin (personne de confiance, personne à prévenir, check list à l'entrée, douleur, diagramme des aides soignantes, indice masse corporelle).
Un bilan de l'accessibilité du patient à son dossier est réalisé chaque année à la CDU. Le rapport annuel 2015 de la CDU précise que les délais de communication aux patients des pièces de leur dossier sont conformes pour les dossiers médicaux de moins de 5 ans et de plus de 5 ans par rapport aux délais en vigueur.
Les indicateurs hôpital numérique sont suivis et les résultats présentent des seuils au regard des attendus. Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

A / AGIR

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

En lien avec la CDU, le contenu du livret d'accueil relatif aux modalités d'accès au dossier médical a été amélioré en 2016. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés.

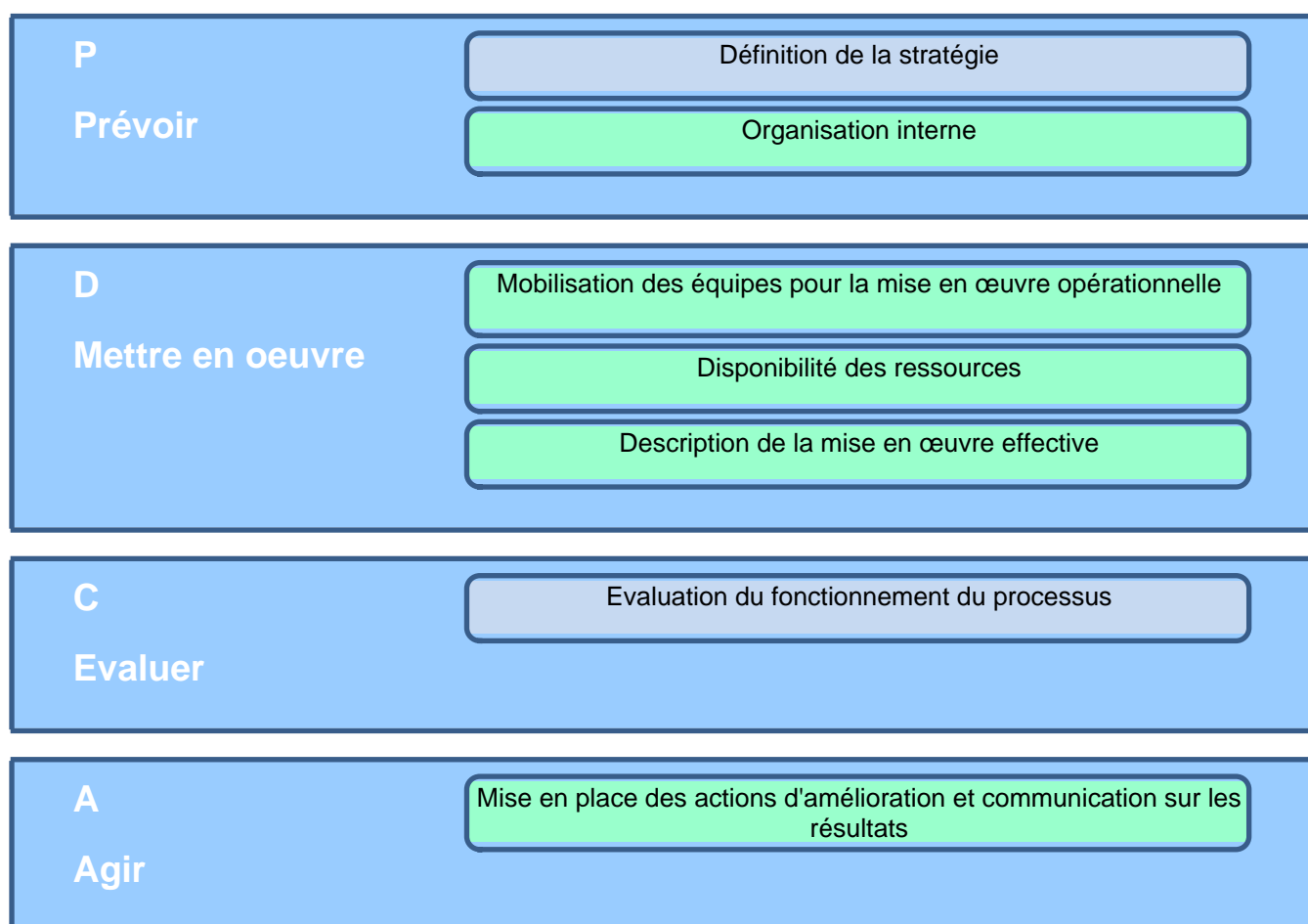
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CASH de Nanterre a identifié ses besoins et définit ses missions en terme de prise en charge médicamenteuse. La politique d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient 2017 est incluse dans la politique de qualité et de sécurité des soins de l'établissement.

Cette politique est pilotée par le Pharmacien Chef de service et le RSMQPCM, qui s'appuient sur le COMEDIMS la COMAI, le comité de pilotage qualité et sécurité des soins et la sous commission EPP de la CME.

Pour identifier et analyser ses risques l'établissement s'est appuyé sur différentes sources, notamment, les EI les plus graves, le rapport de la précédente certification, les indicateurs nationaux, les différentes évaluations, etc.

La cartographie des risques à été réalisée avec la participation des professionnels et piloté par le service qualité.

Un programme d'actions en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux est réalisé annuellement et validé e COMEDIMS, il comporte des objectifs, des actions, des dates et des responsables de tâches, il est intégré au PAQSS de l'établissement.

Le compte qualité intègre les 7 risques prioritaires de la thématique.

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient comporte un objectif sur le renforcement de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

ORGANISATION INTERNE

Le Comité Qualité Sécurité des soins pilote la politique qualité. Les rôles et responsabilités sont définies. Le pharmacien chef de service est président de la CME.

Le COMEDIMS, présidé par un pharmacien, également référent CBU, est missionné par la CME pour lui proposer une politique qualité. Ce comité est également partie prenante pour la mise en place du CBU.

Un pharmacien a été nommé responsable du Système Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse ses missions sont formalisées depuis 2014 et il réalise un bilan d'activité annuel.

Les ressources humaines sont identifiées, l'organisation des pharmaciens et des préparateurs correspond aux besoins du processus.

Le personnel est sensibilisé aux risques d'erreurs médicamenteuses, 110 personnes ont été formé en 2015 et le plan de formation 2016 intègre ce thème.

La gestion documentaire est structurée elle est accessible aux professionnels sur l'intranet.

Les règles et les supports de prescription sont validés par les prescripteurs et sont opérationnels.

Les matériels et équipements qui le nécessitent font l'objet de maintenance préventive et curative.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est très largement engagée avec un logiciel partagé, reste à réaliser son déploiement en cardiologie, maternité, USIC, USC, urgences et HDJ. Les services non encore informatisés assurent une traçabilité papier conforme, sans retranscription.

Les circuits entre les unités et la pharmacie sont connus et formalisés. Exemple : commandes, dotation, transport, délivrance, gestion des périmés, traitement personnel des patients, etc.

Des IDE sont référentes pharmacie dans les unités. Les préparateurs sont également présents, ils réalisent le réapprovisionnement des armoires de stockage informatisées.

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour tous les traitements des patients des services bénéficiant de l'informatisation de la prescription.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action d'actions en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux de l'année en cours est déployé dans les différentes unités sous la coordination des pharmaciens, du délégué qualité et des cadres.

Les professionnels de terrain sont sensibilisés aux actions menées pour atteindre les objectifs fixés (11 objectifs en 2016; 10 en 2017).

Des actions d'évaluation sont menées auprès des professionnels, exemples : audit ARCHIMED sur l'ensemble du processus en 2016, suivi des déclarations d'EI, audit des prescriptions et de la traçabilité des MDS.

Les actions correctives sont déterminées en groupe de travail.

Le personnel a bénéficié d'une formation délivrée par les pharmaciens en 2015 intitulée : connaissance et information : déclarations des EI et RMM au sein de l'hôpital. 110 personnes ont participé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en terme de compétences, effectif et formation pour la réalisation de la prise en charge médicamenteuse sont adaptées à la mise en œuvre actuelle.

Les documents d'application sont mis à jour et accessibles sur l'intranet de l'établissement. Le livret thérapeutique est disponible à partir du logiciel de prescription.

Une procédure spécifique concerne la gestion des médicaments à risque.

Une procédure de dépannage en cas de besoin urgent en dehors des heures d'ouverture de la PUI est en place.

Les organisations liées au circuit du médicaments, commandes, tenue des armoires à pharmacie sécurisées, transport y compris des produits thermosensibles, etc. sont formalisées et diffusées au près des personnels.

Les services sont dotés d'armoires informatisées, sécurisées connectées avec la pharmacie, sauf aux urgences, en salle de naissance et en HDJ.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies mais pas totalement respectées ainsi en salle de naissance pouvant recevoir du public les tiroirs contenant des médicaments, côté anesthésie et côté sage femme, ne sont pas sécurisés ; de même aux urgences les armoires à pharmacie, inconstamment fermées sont dans un local non sécurisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est assurée depuis l'entrée du patient et la prise en compte de son traitement personnel, un test sur la conciliation médicamenteuse à l'entrée est réalisé en unité de gériatrie, jusqu'à sa sortie.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet est réalisée dans tous les services informatisés.

La dispensation nominative est effective en USLD et UCSA pour l'ensemble du traitement, partielle, antibiotiques et stupéfiants dans les autres services.

La traçabilité est réalisée par les IDE lors de la distribution sur le dossier informatique ou papier.

Les panels des armoires sont régulièrement revus de concert par les services et la pharmacie. Le réapprovisionnement est réalisé par commande en liaison directe informatique. C'est un préparateur qui réalise le réapprovisionnement des armoires de service.

L'établissement dispose de 2 programmes autorisés d'éducation thérapeutique, un concernant les patients diabétiques, un concernant les Antirétroviraux.

L'établissement met en œuvre dans ses services des dispositifs d'information des patients concernant les médicaments considérés par les praticiens comme présentant un risque.

Des groupes de travail thématique regroupant pharmacien, préparateur, cadre, référent assurent la mise en œuvre opérationnelle des actions d'amélioration du processus et notamment la diffusion de l'information auprès des autres professionnels concernés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge médicamenteuse dispose d'un dispositif d'évaluation et de suivi structuré :

- Audits, notamment des audits de procédures;
- Suivi des indicateurs nationaux (CBU);
- EPP, ARCHIMED sur le circuit, PEC médicamenteuse chez le sujet agé, gestion des traitements personnels, prescription des stupéfiants en diabétologie, etc.
- Analyse des EI, 8,7 % de la totalité des déclarations concerne le circuit du médicament.
- RMM : 3 réalisées en 2016.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisés par les professionnels concernés.

A / AGIR

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

Les résultats des actions d'amélioration sont diffusés par mail, sur l'intranet, par les cadres de proximités, par les référents soignants et préparateurs en pharmacie, par les pharmaciens responsables des actions.

La politique d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient est réévaluée chaque année en fonction des résultats des différentes évaluations réalisées l'année précédente. C'est de cette réévaluation que va découler le nouveau programme d'actions.

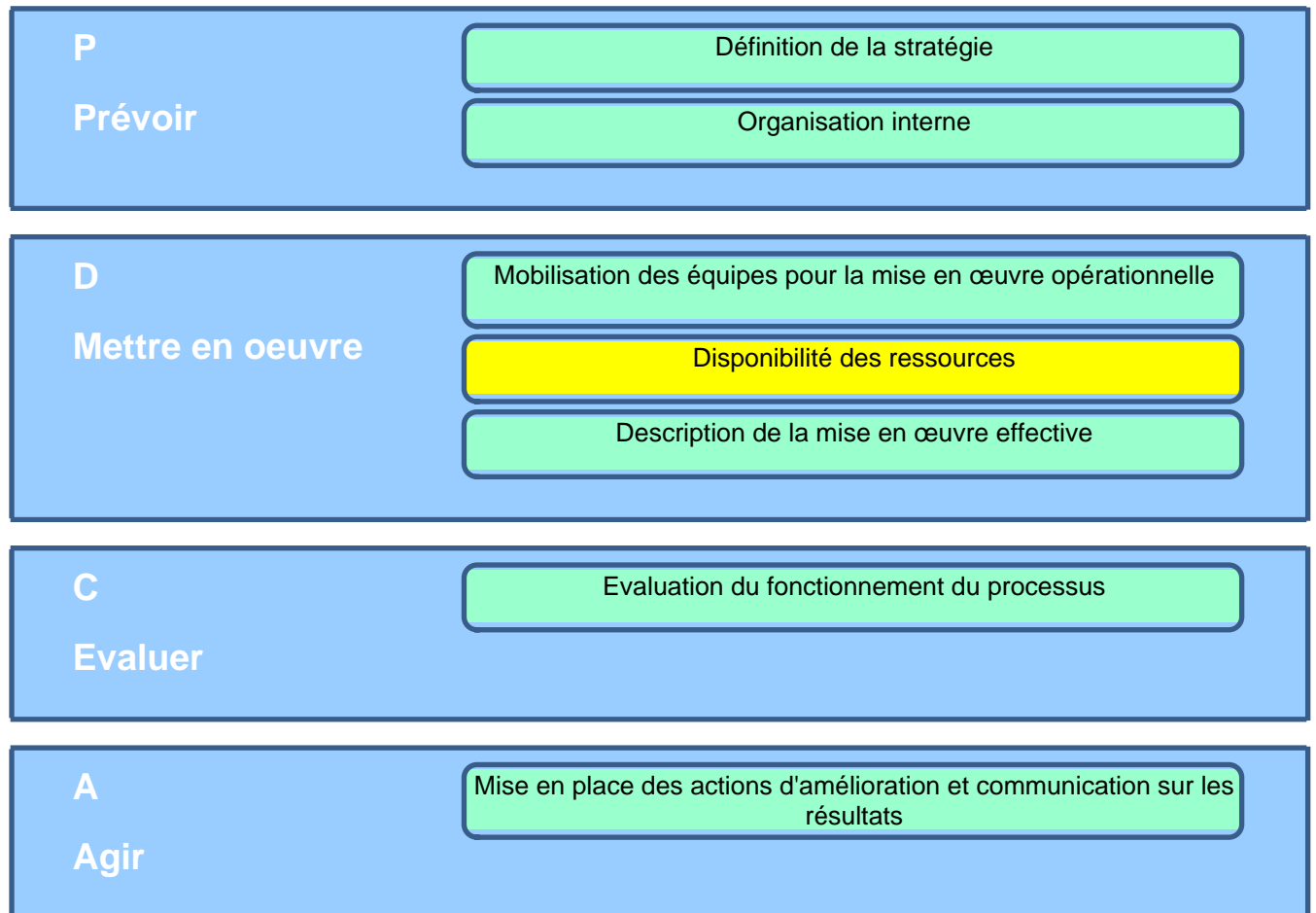
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences du CASH de NANTERRE (Centre d'Accueil et de Soins Hospitalier) assure la prise en charge de petite traumatologie (30%) non chirurgicale (adulte et enfants), les urgences médicales et Psychiatriques adultes ; les urgences médicales infantiles ne sont pas assurées, les urgences obstétricales sont prises en charge directement au niveau du secteur salle de naissance. Depuis l'arrêt de l'activité de chirurgie (août 2016) le nombre de passages s'est réduit, actuellement à 1748 /an (57/jour) avec un taux d'hospitalisation de 23%.

En raison de la précarité et de la chute de densité médicale sur ce territoire les urgences du CASH assurent un rôle de proximité et de recours dans la prise en charge des urgences médicales, de petite traumatologie, et de soins non programmés courants. Au-delà de l'évaluation de ses contraintes l'établissement a analysé ses risques avec les professionnels et identifié les filières concernées. Les différents secteurs de prise en charge des urgences (médecine maternité et psychiatrie) ont été Identifiés et le pilotage institutionnel commun défini.

La cartographie des risques a été réalisée avec les professionnels du secteur, leur identification a été établie à partir de l'analyse du processus, de la réglementation, des indicateurs et recommandations, l'analyse des plaintes des EI, EPP et RMM permettant l'identification de 38 risques. Les risques priorités ont été reportés au compte Qualité et les plans d'actions intégrés au PAQSS institutionnel après validation par les instances. L'établissement en prenant compte la politique régionale de l'ARS et des structures de la région a élaboré une politique et un nouveau projet médical pour la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Ce projet présenté au CA récemment et aux tutelles comprend la réhabilitation du SAU et la position de son rôle dans le projet territorial au plan médical (Maternité, Urgences), médico-social et en santé mentale.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter et mettre en œuvre la politique, le cadre supérieur et le chef de service des urgences sont les pilotes identifiés. Leur rôle est formalisé, un document d'identité du processus est rédigée par le directeur qualité et comprend notamment les exigences (qualité attendue et qualité voulue) pour l'identification des risques inhérents au processus. Ce document comprend les acteurs, les interfaces et les ressources nécessaires en identifiant un groupe de travail composé des responsables des services des urgences, maternité et psychiatrie, des cadres supérieurs et de proximité de ces services et cadres sage-femme. Il se réunit régulièrement pour décliner le pilotage du processus. Les missions, et la périodicité des réunions formalisées ont été validées en COPIL.

Les filières spécifiques de prise en charge sont formalisées, les urgences gynéco-obstétricales sont accueillies directement aux urgences du secteur de naissance, les urgences psychiatriques sont assurées avec la prise en charge par un psychiatre dans les 30mn après examen somatique. Pour les urgences pédiatriques seule la petite traumatologie est assurée, la petite traumatologie est aussi prise en charge chez les adultes du fait de la présence h24 d'un praticien compétent en chirurgie. La permanence de soins est assurée avec des tableaux de garde séniorisés affichés et une disponibilité adaptée dans la journée au flux des passages. Concernant le recours à des spécialistes le CASH dispose d'une USIC avec un cardiologue présent, et le SAU est adossé à une USC avec un réanimateur (selon DHOS/SDO2003/413 du 27 août 2003), enfin présence H24 d'un anesthésiste en maternité. Depuis le transfert de la réanimation pour la prise en charge de patient présentant une défaillance viscérale, le CASH a contractualisée avec l'hôpital Louis Mourier et le CH d'Argenteuil. Les filières spécifiques de prise en charge sont organisées. La disponibilité des spécialistes est organisée sur le selon des tableaux affichés au SAU (par ex UNV, Endoscopie digestive, OPH etc. Le recours aux spécialistes non présents sur le CH est formalisé selon des conventions avec les hôpitaux partenaires AHP ou du GHT (CH Mourier, Bichat, Beaujon, Argenteuil...).

L'hospitalisation directe en service est possible, il existe une procédure spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes). Enfin une procédure "hôpital sous tension" est prévue et le plan blanc a été révisé avec les instances en décembre 2016.

A l'initiative de la direction et de la CME afin de permettre le recours aux avis spécialisés et pour faciliter la fluidité des parcours patients une charte « d'aval » urgences décrit l'ensemble de cette organisation, certaines prises en charges spécifiques : mineurs, santé mentale, AVC, font l'objet de procédures particulières validées.

Les types de prise en charge sont définis selon le degré d'urgence en 5 catégories et la typologie des patients. Le SAU dispose d'un box de déchoquage équipé de matériel de réanimation et de monitoring, de 5 box d'examen, d'un box dédié aux malades agités ainsi que de 4 chambres d'hospitalisation de très courte durée. Il existe à l'entrée du SAU une salle d'attente et un bureau d'accueil avec un agent administratif et pendant la vacation de jour une Infirmière d'accueil formée.

La gestion documentaire comportant les diverses procédures organisationnelles et de prise en charge est

informatisée et accessible aux professionnels. Le service des urgences est informatisé avec un progiciel métier permettant de suivre la prise en charge des patients. Il existe une organisation permettant de connaître la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps utile, le point des lits est communiqué trois fois par jour et plus si tension. Il existe des procédures de secours ou dégradées en cas de panne informatique et/ou électriques. Les professionnels ont accès au plan de formation institutionnel mais aussi aux formations propres à leur secteur d'activité. Les besoins en formation sont identifiés, le CESU du SAMU 92 participe aux formations. Les interfaces avec les services supports sont définies : transport, imagerie, pharmacie, SIH, biomédical).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement, et les responsables du secteur des urgences ont organisé, avec l'assistance de la cellule qualité la mise en place des objectifs et du plan d'actions opérationnel. Cette déclinaison repose sur une concertation au sein de l'équipe de l'analyse et du traitement des EI (taux de déclarations élevé), et des plaintes ou réclamations, des audits, et du résultat des indicateurs. Les temps d'attente, de passage, d'activité, selon le degré d'urgence sont extraits et analysés mensuellement à partir du logiciel patient.

L'encadrement et le Médecin chef de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et aux procédures et protocoles en vigueur. Des actions correctives sont menées en cas de besoin au sein du service. Le service a réalisé en 2016 une EPP et une RMM. Dans le cadre de la réhabilitation les professionnels sont associés au projet de restructuration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs en médecins et infirmières sont adaptés aux besoins de la prise en charge des patients, dans la journée des IAO participent à la prise en charge. Le service dispose aussi d'une prise en charge Sociale (PASS).

Les formations pour le maintien des compétences ou la promotion professionnelle sont effectives : congrès des urgences, (DIU urgence vitale, CAMU, AFGSU, NRBC). Des IDE ont été formées à l'accueil et à l'orientation des patients (IAO). La formation des nouveaux arrivants est assurée par un tutorat de plusieurs semaines.

La documentation, informatisée ou papier (en cas de panne) est accessible et actualisée.

Le SAU du CASH dispose d'un plateau technique sur place : imagerie, échographie et scanner, laboratoire de biologie à proximité et sur le site Louis Mourier (3km) d'une IRM et bloc opératoire.

Le SAU dispose de 5 box d'examen et de 4 chambres d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Cependant, la vétusté et la disposition des locaux des urgences ne permet pas la prise en charge et l'hébergement dans le respect de la dignité, d'intimité et d'accueil bienveillant des patients. L'agencement, la conception et la surface des locaux est insuffisante cela conduit à une promiscuité des patients, des accompagnants et des personnels. Les professionnels travaillent dans des locaux exigus que ce soit pour le personnel administratif, médical ou soignant. Les boxes sont fermés par de simples rideaux. En raison des circulations internes exigües un malade devant être mis en hospitalisation de très courte durée sera brancardé à l'extérieur repassant par l'entrée des urgences pour rejoindre la chambre sur le même palier à 5m.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au niveau de l'accueil, la prise en charge du patient repose sur une hiérarchisation de l'urgence à l'aide d'une échelle de tri validée les circuits sont en place en fonction du degré d'urgence (Déchoquage, box, consultation...). La permanence des soins est assurée et un tableau accessible à tous, permet d'identifier les professionnels ressources en garde et en astreinte, ainsi que les moyens de les joindre.

L'identification du patient est vérifiée avec pose systématique du bracelet. Le relevé des constantes est effectif. Les pratiques de prescriptions et d'administration sont conformes aux recommandations.

La traçabilité de l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques est assurée dans les dossiers observés. Les professionnels connaissent les procédures relatives à la prise en charge des urgences.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Malgré la disposition des locaux à l'UHTCD les patients bénéficient d'une surveillance rapprochée.

La traçabilité est aussi réalisée sur le logiciel métier des urgences. Une attention particulière est portée sur la qualité des prises en charge psychiatrique et d'intoxication.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service évalue mensuellement son fonctionnement : nombre de passage quotidien, taux de fonctionnement, délai d'attente, de passage selon le type de prise en charge selon 5 catégories (Urgence absolue, relative, consultation urgente, sans RDV et de MG).

De même le nombre d'évènements indésirables est suivi et ils sont analysés avec le service qualité. Des tableaux de bord sont communiqués aux professionnels, aux instances et aux usagers (CDU).
Il est à remarquer que le service des urgences est celui qui a le taux le plus important de participation déclarative ce qui reflète l'acculturation à la démarche. La cellule qualité communique sur le recueil, le taux et les catégories d'EI, lorsque cela est indiqué une analyse ou une RMM est réalisée.
Le tableau de bord des plaintes et réclamation fait aussi l'objet d'un suivi en collaboration avec les usagers avec une analyse au cas par cas.
Les résultats des évaluations et des actions sont diffusés en interne aux professionnels concernés.

A / AGIR

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

La communication des résultats et des ajustements sur les actions d'amélioration se fait lors des réunions de services. Les tableaux de bords sont communiqués au travers du journal interne.
Le groupe de travail sur les urgences au-delà du réajustement et de la déclinaison du PAQSS institutionnel a mis en place un programme d'action du secteur avec les objectifs suivants :

- Renforcer la sécurité des soins, (Prise en charge médicamenteuse)
- Déploiement du dossier informatisé du patient,
- Réorganisation du circuit de prise en charge administrative des patients et consultants (bureau de la clientèle, secrétaires médicales, agents d'accueil et assistantes sociales)
- Respecter les droits du patient et évaluer sa satisfaction, Informer et éduquer le patient sur sa santé,
- Agir contre la douleur,
- Favoriser les démarches d'évaluation et la dynamique d'amélioration

La CDU est tenue informée des plans d'actions issues des plaintes et des événements indésirables, les usagers sont également force de proposition.
Enfin l'établissement a présenté un projet de restructuration architecturale des urgences.

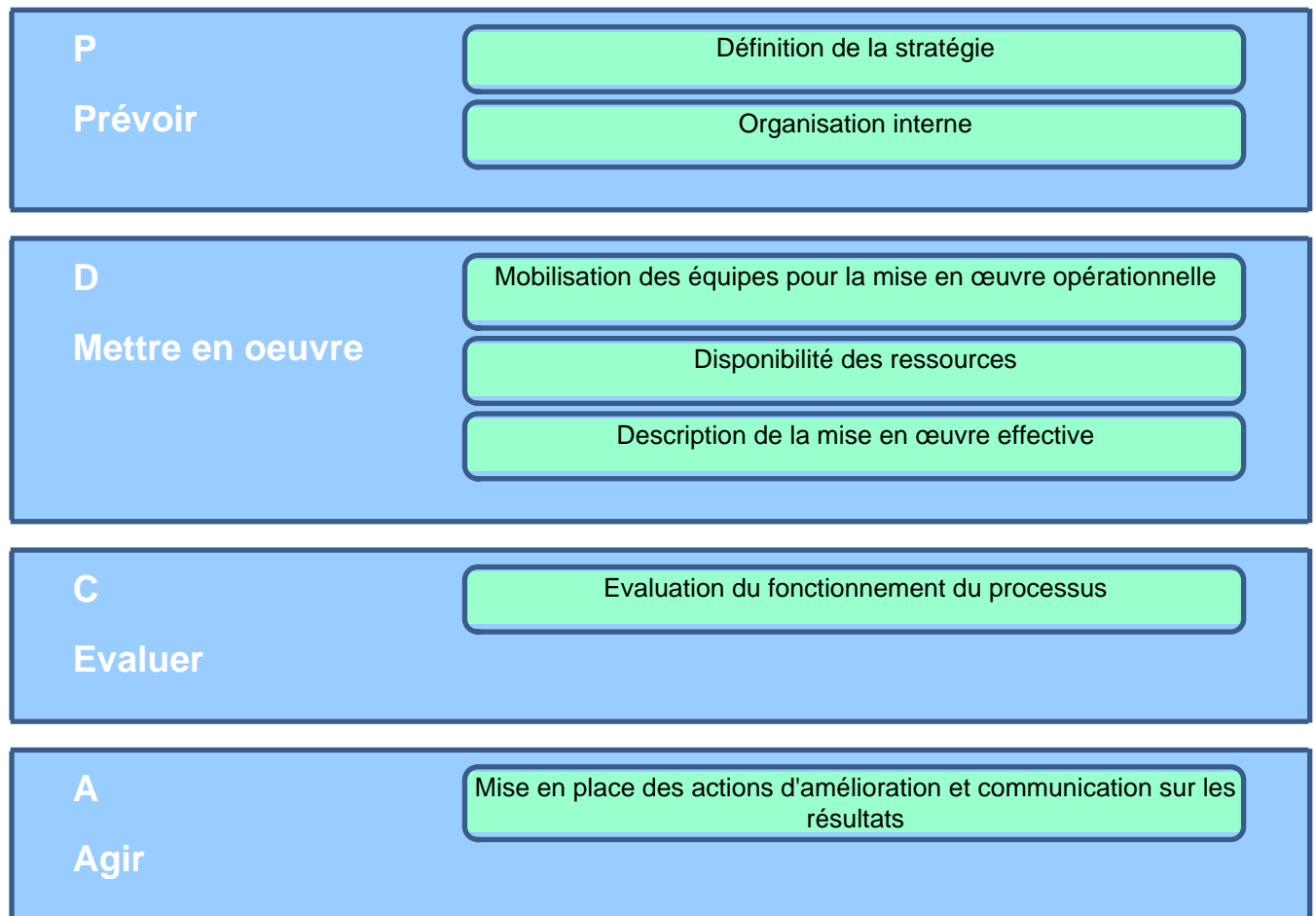
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement organise la réalisation d'examen endoscopique essentiellement fibroscopie digestive (gastroscopie et coloscopie). Les fibroscopies bronchiques sont exceptionnellement réalisées dans l'établissement et exclusivement pour des patients hospitalisés.

La prise en charge des patients pour des examens d'endoscopie digestive apporte une réponse aux besoins de la population locale, ils sont réalisés en hôpital de jour.

la cartographie des risques en endoscopie a été réalisée par un groupe de travail pluridisciplinaire avec la participation de l'EOH. La méthodologie a été définie en amont. Initialement réalisée en 2015 elle a été réévaluée en 2016.

Des objectifs d'amélioration ont été déclinés dans un plan d'action de réduction des risques. Ce plan comporte les risques priorités, les responsables de tâche et la planification de la mise en œuvre.

Le CQ reprend les risques essentiels détectés. Les plans d'action liés à l'activité intègrent le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

La charte de fonctionnement de l'HDJ mise à jour en octobre 2016 a été élaborée en concertation et approuvée en CME.

Le pilotage du processus est organisé, un praticien gastroentérologue responsable, la collaboration de l'EOH et de la cellule qualité.

Les circuits de prise en charge, les ressources humaines mises à disposition, les moyens dédiés en locaux et en matériels, la continuité des soins, sont formalisés dans la Charte de fonctionnement.

Les besoins et les ressources sont identifiées :

Une gestion documentaire actualisée est disponible sur l'intranet;

Le personnel est formé en endoscopie, en hygiène.

Les maintenances des matériels sont suivies et un programme d'investissement pluriannuel est réalisé.

Les circuits et interfaces sont opérationnels. Le circuit de prise en charge du patient est organisé depuis la consultation hospitalisante jusqu'à sa sortie.

Les endoscopies réalisées sous anesthésie sont faites dans une salle dédiée au bloc opératoire. La check-list d'endoscopie est en place. Le dossier suit le patient.

La coordination entre les professionnels est effective.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre opérationnelle est organisée, une réorganisation a été formalisée après l'arrêt de l'activité chirurgicale en aout 2016. Ces actions sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement et accompagnées par le service qualité.

Les professionnels sont intégrés aux plans d'actions déployés en endoscopie et accompagnés par l'encadrement et l'EOH.

L'évaluation des activités est opérationnelle, c'est le cadre et l'IDE hygiéniste qui s'assurent de la conformité des pratiques et du suivi des recommandations. L'encadrement, le pilote du processus et l'EOH réalisent la communication avec les professionnels.

Le recueil des EI est réalisé conformément au système de déclaration et de traitement institutionnel.

L'identification des actions correctives intègre les professionnels en fonction de leurs compétences.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les processus à risques sont identifiés et les compétences sont adaptées, les professionnels sont formés. Les compétences spécifiques en endoscopie sont formalisée dans la fiche de poste de l'IDE en endoscopie. La logistique est organisée notamment en terme de circuit de matériel entre les salles de réalisation des actes et le secteur de décontamination.

Les documents d'application, procédures, protocoles et les documents de traçabilité liés à l'activité d'endoscopie sont disponibles et mis à jour. La surveillance des endoscopes est réalisée et traçée. L'évaluation du risque lié aux ATNC est tracée. La check-list d'endoscopie est réalisée.

Les locaux sont adaptés, les endoscopies sous anesthésie sont réalisées dans l'enceinte du bloc opératoire, pour les autres actes une salle est dédiée dans le secteur de l'HDJ. Les locaux de désinfection avec la zone de stockage (armoire de stockage vertical) sont également en HDJ.

La traçabilité des endoscopes et du matériel de désinfection (paillasse, laveur/désinfecteur) est réalisée. Au total le matériel et les locaux sont adaptés et fonctionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les étapes de la prise en charge du patient sont organisées et réalisées conformément à l'organisation de l'HDJ, c'est le secrétariat de programmation du bloc qui coordonne la prise en charge. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour lors des différentes consultations.

La continuité des soins est assurée, une convention avec l'AP-HP assure une prise en charge des patients pour les endoscopies en urgence en dehors des heures de présence des praticiens au CASH.

La mise en œuvre de l'organisation est conforme à la formalisation institutionnelle. Les interfaces sont opérationnelles : consultations, service HDJ, Bloc, pharmacie. La transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient est assurée. Les professionnels sont formés à la prise en charge des endoscopes conformément aux règles définies et formalisées.

Les instances sont opérationnelles, un gastroentérologue est pilote et coordonne l'activité, le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH qui est impliquée dans les surveillances, les contrôles des matériels et la réalisation des bonnes pratiques.

La traçabilité est organisée et opérationnelle, le dossier du patient contient les informations relatives à la prise en charge ainsi que les éléments de traçabilité des actes.

Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon des procédures définies.

En ce qui concerne les matériels, les maintenances sont assurées, biomédical en interne et contrats de maintenance externe.

Les contrôles microbiologiques sont réalisés et tracés.

Cependant certaines pratiques professionnelles s'appuient pas toujours sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. Actuellement l'appel du patient le lendemain n'est pas réalisé selon les recommandations de bonnes pratiques pour les procédures réalisées sous anesthésie en ambulatoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont réalisées :

- EPP sur la traçabilité des informations sur la check list en endoscopie.
- Audit du GREPHH en 2015 évaluation de la désinfection des endoscopes thermosensibles.

Un recueil quantitatif d'Indicateurs d'activités est réalisé. Les EI sont recueillis, 3 à ce jour depuis début 2017. Ces évaluations entre dans le programme qualité et gestion des risques.

A / AGIR

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

Les évaluations réalisées, la démarche de gestion et maîtrise des risques avec l'intégration des EI font l'objet d'actions d'amélioration qui intègre la PAQSS général de l'établissement. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, au regard des résultats obtenus, avec les professionnels concernés et compétents (EOH)

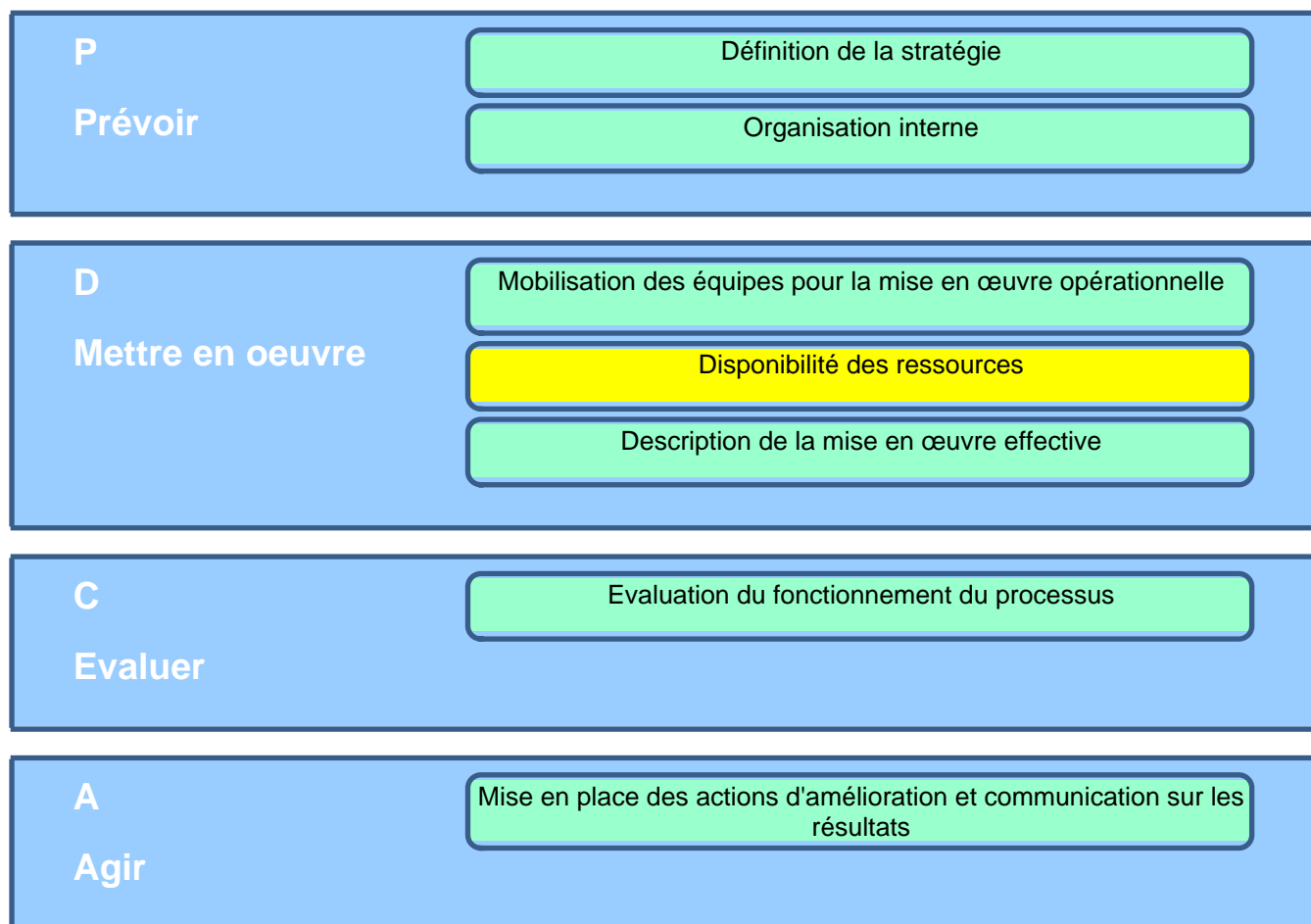
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité de l'établissement est de niveau 1 et comptabilise environ 1300 naissances par an. Le choix des responsables de ce secteur s'oriente vers une augmentation d'activité en choisissant de limiter la médicalisation de l'accouchement avec, pour 30% des parturientes, une proposition d'accouchement physiologique. Le taux de péridurale est inférieur à la moyenne (70%), celui des de césariennes est de 13%, la DMS est à 3-4 jours. La politique qualité du processus tient compte de cette activité et s'articule autour de cinq engagements : renforcer la sécurité des soins, respecter les droits du patient, informer et éduquer, agir contre la douleur et favoriser la dynamique d'évaluation et d'amélioration. Un programme qualité en découle. Il prend en compte le niveau de risque fœto-maternels, le contexte social de la structure et s'intègre dans le PAQSS global. Le processus salle de naissance concernent un secteur de prise en charge de la mère et du nouveau-né de l'entrée jusqu'à leur sortie. La gradation des soins nécessite que soient prévus l'amont et l'aval grâce à des conventions de recours avec des établissements de niveau 2 et 3 pour les suivis à risques, les grossesses pathologiques, les problèmes du nouveau-né (réanimation néonatale), les transferts in utéro.

Les données issues des recommandations, des suivis d'indicateurs qualitatifs, quantitatifs et les EI ont alimenté la cartographie des risques établie dès 2015 et validée en Copil Qualité. Les risques ont été hiérarchisés et analysés selon une grille de criticité de la HAS avec les professionnels de la maternité. Ces risques sont déclinés en un programme d'actions préventives et de surveillance global objectif et formalisé. Les actions d'améliorations. Des responsables des actions sont identifiés, les échéances sont prévues, les modalités de suivi des résultats sont définis. Le Copil Qualité a validé la stratégie et la délégation à la qualité suit l'évolution du tableau de bord. 8 risques et 6 actions sont priorisés et constituent le compte qualité du processus salle de naissance ainsi que le PAQSS de la thématique. Ils concernent l'organisation de la continuité des soins, le matériel, le stockage, l'hémorragie du post-partum, la détresse respiratoire du nouveau-né.

ORGANISATION INTERNE

Un pilote médical est désigné. Il est assisté du délégué à la qualité responsable de la coordination des risques qui est aussi professionnel sage-femme. Les pilotes ont été informés de leur mission par le Copil qualité. La communication interne est assurée lors des staffs de l'équipe.

L'organisation du secteur répond aux normes en terme d'effectifs sage-femme et paramédicaux (AS/AP) et en lien avec le nombre de 4 salles de naissance. La continuité de la présence sage-femme est assurée 24 heures sur 24 pour les accouchements et césariennes ainsi qu'une garde IADE et IBODE. La présence et la garde de médecin obstétricien est organisée pour répondre à l'activité de la maternité: les entrées en urgence, les accouchements, le service des suites de couches. Pour l'anesthésie et le pédiatre, une convention avec un autre établissement permet la mise à disposition de professionnels pour le secteur naissance et pour le service d'hospitalisation. La formation des professionnels est prévue avec un focus sur la prise en charge des situations d'urgences (par simulation, hémorragies du post partum, la réanimation néonatale, e-learning)

Des procédures et protocoles d'aide aux bonnes pratiques sont formalisés dans la GED pour assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge. Par exemple, logigramme décisionnel formalise le processus et la prise en charge de la mère et de l'enfant et notamment en cas d'hémorragie. L'accueil du nouveau-né est détaillé ainsi que sa surveillance. Ces documents sont élaborés et actualisés avec les professionnels concernés du secteur.

Le secteur est organisé de façon autonome sur un même lieu en optimisant les locaux en l'état. Les risques liés aux équipements sont analysés et pris en compte. Les circuits de prise en charge sont prévus. Les matériels et équipements sont prévus, surveillés et font l'objet d'une maintenance pour répondre aux besoins.

Le système d'information est opérationnel, le secteur utilise encore le dossier patient papier. Les bonnes pratiques sur les risques prévalents sont affichées (logigramme décisionnel en cas de complications lors de l'accouchement). Les interfaces avec les autres services sont organisées et permettent l'échange d'informations et la coordination entre les secteurs, notamment en cas d'urgence (lancement possible d'un appel multiple au bip en cas de césarienne). Les services concernés sont aussi l'Unité des soins continus en cas de transfert, les consultations, les services médico-techniques, logistiques et administratifs. Les liens avec les établissements d'aval et d'amont font l'objet de conventions pour les recours, pour la participation à la continuité de la prise en charge. La sortie précoce avec la démarche PRADO (avec les libéraux et l'assurance maladie) est organisée. Les liens avec le réseau périnatalité du 92 et la PMI sont définis.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les ressources humaines sont adaptées en compétences à l'activité pour gérer 3 à 4 accouchements jour en moyenne, les urgences et les suites de couche sur 25 lits. Les professionnels interviennent et tournent sur les différents postes secteurs de prise en charge (urgences, service d'hospitalisation, salle de naissance). Les équipes sont mobilisées : sage-femme, paramédicaux, médecins sont impliqués et acteurs dans l'identification des risques, des actions préventives et correctives liées au secteur de naissance. Ils connaissent les objectifs et les priorités définies et échangent lors des staffs réguliers. Les équipes suivent les indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources allouées sont en adéquation avec les besoins en nombre et compétences. Les formations réalisées sont ciblées sur les gestes d'urgence (AFGSU) les hémorragies, la réanimation néo-natale : toutes les sages-femmes sont formées. Les paramédicaux sont formés à la prise en charge et à la surveillance du nouveau-né. Une formation à l'approche moins médicalisée est proposée (massages, allaitement, peau à peau).

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées, validées (issues des sociétés savantes) et règlementaires. Les dossiers de la mère et de l'enfant sont exhaustifs sur les données utiles et les diagrammes de surveillance. Le partogramme est tracé. Les transmissions entre les professionnels et les différents secteurs sont assurées (vers le service d'hospitalisation, en cas de transfert, le carnet de santé). Des informations sont formalisées à destination des patientes (livret sur l'accouchement physiologique).

Les matériels sont surveillés, la maintenance est prévue à l'aide d'un logiciel de suivi. Une vérification quotidienne du fonctionnement des équipements biomédicaux est réalisée par une sage-femme à l'aide d'une check liste. Ces contrôles sont répertoriés dans un classeur spécifique. L'analyse des points d'eau est organisée, notamment ceux de la baignoire de la salle nature et du secteur interventionnel.

Néanmoins, l'organisation et les moyens définis ne sont pas adaptés aux activités de l'établissement pour permettre de maîtriser le risque infectieux dans le secteur interventionnel de la salle de naissance. Dans le secteur de naissance, le circuit de la salle d'intervention destinée aux césariennes passe par des portes en bois peintes abimées à ouverture manuelle (poignées). Le traitement d'air de cette salle de bloc est assuré par une unité mobile sans contrôle ni suivi régulier de la sur pression.

Le matériel d'urgence opérationnel est disponible dans le secteur de naissance pour les nouveaux nés mais non sécurisé. Le chariot de réanimation des nouveaux-nés n'est pas adapté car il ne peut pas être sécurisé. Les tiroirs renfermant les matériels, DMS et médicaments ne possèdent pas de fermeture sécurisée et ne peuvent pas être scellés après vérification du contenu par la sage femme.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les points critiques sont identifiés et suivis en adéquation avec la cartographie des risques et le compte qualité (salle de bloc, monitoring en salle de naissance, chariots d'urgence opérationnels pour la mère et pour l'enfant, péremption des consommables et DMS). La prévention des infections, des complications, des hémorragies de la délivrance font l'objet d'une surveillance organisée et tracée dans le dossier de la mère, de l'enfant. Cette traçabilité de l'ensemble du processus est organisée, opérationnelle, et inclue les vérifications effectuées, y compris le bionettoyage de locaux

Les IADES vérifient le matériel d'anesthésie de chaque salle de naissance et du bloc. La prise en charge est notée dans le dossier à toutes les phases du parcours de la mère puis de l'enfant: le monitoring autour de l'accouchement, le partogramme, le post-partum, l'hémorragie, les prescriptions et applications de protocoles thérapeutiques spécifiques, la surveillance du nouveau-né pendant les 2 premières heures de vie puis le suivi en suites de couches. En cas d'urgence l'appel au bip groupé est utilisé pour avertir les acteurs compétents de garde. La régulation de l'activité respecte la programmation des césariennes et garantit la sécurité du patient par l'application des recommandations autour de l'accouchement et des suites de couches.

Une association est présente et une consultation hebdomadaire en cas de violence faite aux femmes est organisée. La prise en charge des patientes est collaborative entre tous les différents professionnels. Les incidents ou événements indésirables sont déclarés et analysés avec l'aide de la délégation qualité. Les organisations et la mise en œuvre du processus ont été validées lors du patient traceur et de l'investigation du secteur de naissance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs quantitatifs est réalisé nombre d'accouchements, taux de césariennes, de péridurales, d'épisiotomies, d'accouchements physiologiques. L'évaluation

qualitative est réalisée. Les actions d'évaluations du processus sont définies dans le compte qualité et le PAQSS de l'établissement et au travers des suivis des résultats des indicateurs obligatoires. Les professionnels suivent notamment les IQSS nationaux : la prévention de l'hémorragie du post-partum initiale, préventive, le diagnostic, la trace du geste endo-utérin, la traçabilité complète de l'injection d'ocytocine, la surveillance minimale en salle de naissance. Les relevés de ces indicateurs sont annuels. Leur évolution est favorable et le secteur améliore ses résultats. La traçabilité des éléments de surveillance est auditée dans les dossiers : le remplissage des diagrammes de surveillance, du partogramme, du suivi et de la prise en charge de la douleur. Les EI sont déclarés selon la procédure institutionnelle. Le secteur les étudie et les analyse. Une RMM est suivie mensuellement par les professionnels du secteur d'activité avec l'accompagnement de la délégation à la qualité. Des EPP sont initiées depuis 2015 sur la délivrance dirigée, la traçabilité de l'injection d'ocytocine.

A / AGIR

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

Le plan d'actions d'amélioration est mis en œuvre en partie, avec un suivi de l'atteinte des résultats. Les corrections ont été amenées sur les supports de traçabilité du dossier de la mère et de l'enfant concernant la surveillance minimale en post-partum, la traçabilité exhaustive des injections prophylactique d'ocytocine, de la surveillance du nouveau-né, du risque infectieux. L'objectif d'identification de la personne de confiance est atteint. La révision du plan d'actions est annuel et prévu pour réactualiser les objectifs et réviser les risques résiduels. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus.