HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS HOPITAL ROBERT DEBRE

48 boulevard sérurier
75019 Paris
JUILLET 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

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL 12

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES 17

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX 22

DROITS DES PATIENTS 27

PARCOURS DU PATIENT 32

DOSSIER PATIENT 39

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT 43

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS 49

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE 53

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE 58

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE 62

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION 68

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 apects 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 maitriser 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 maitrisée 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 : *Sigle AP*	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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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 *Sigle P / D / C / A*	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : - 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 : *Sigle PT*	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 : - <u>Point sensible</u> : 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> : 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> : 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 ROBERT DEBRE - ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)	
Adresse	48 boulevard sérurier 75019 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750712184	ASSISTANCE PUBLIQUE-HOPITAUX DE PARIS	3 avenue victoria 75004 Paris
Etablissement de santé	750801797	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE AP-HP ROBERT DEBRE 75/I/14	15 sq des cardeurs 75020 Paris 20eme
Etablissement de santé	750803454	HOPITAL ROBERT DEBRE - ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)	48 boulevard sérurier 75019 Paris

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	56	/	15	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	60	2	/	/
MCO	Médecine	256	25	/	3042
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	24	20	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	- Accréditation laboratoire (COFRAC) - Pôle de biologie - octobre 2014 - Certification ISO - Service biomédical/Stérilisation centrale - AFNOR (Octobre 2015) / société VERITAS (27/05/2015) - Accréditation JACIE - Service d'immuno-hématologie - JACIE Accreditation Office (2013) - Labellisation Centre de Maladies Rares - L'hôpital dispose de 22 centres de référence « Maladies rares »,

- Autres reconnaissances externes : Lactarium - ANSM - 4 et 5 novembre 2015

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- L'hôpital Robert Debré entretient de nombreuses collaborations avec d'autres établissements sanitaires, qu'il s'agisse d'hôpitaux appartenant à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris ou d'établissements externes, et médico-sociaux. Le « maillage territorial » constitue un axe majeur du Plan stratégique 2015-2019 de l'hôpital. L'objectif est de renforcer et de développer la politique de coopération afin d'améliorer les parcours des patients, d'optimiser l'utilisation des ressources et des compétences. Les coopérations permettent l'organisation de la permanence des soins, l'amélioration des prises en charge sur le territoire par le biais d'équipes mobiles, d'équipes médicales de territoire, la structuration d'activité de télémédecine etc. Les principaux partenaires sont, au sein de l'AP-HP, Trousseau, Necker, Saint-Louis-Lariboisière, Jean Verdier, Louis Mourier. Hors AP-HP, les établissements partenaires sont également nombreux : Aulnay, Saint-Denis, Pontoise, Montreuil… - Les partenariats font l'objet de conventions qui précisent les champs d'intervention. - L'hôpital est membre du GCSMS « Maison des adolescents - Robert Debré ».
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Ouverture de 4 lits supplémentaires dans l'unité de surveillance continue pédiatrique d'aval de l'unité de réanimation pédiatrique spécialisée (16 octobre 2014) - Reconnaissance contractuelle d'équipe mobile de soins palliatifs - Reconnaissance contractuelle de consultations et d'équipe de liaison en addictologie pédiatrique (visite de l'ARS le 5 décembre 2013) - Préparation d'une extension des capacités de greffes du service d'hémato-immunologie

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Dossier patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Qualité de vie au travail
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Enfant/Adolescent	urgence pédiatrique/pédiatrie générale	Drépanocytose/hyperthermie	Urgences	1 patient(e) pour une urgence pédiatrique	MCO
2	Enfant/Adolescent	Pneumologie	Affection respiratoire	Hospitalisation programmée	"1 patient(e) pec en pneumologie avec endoscopie	MCO
3	Enfant/Adolescent	Chirurgie orthopédique	Chirurgie du rachis	Programmé	1 patient(e) pec pour une chirurgie orthopédique	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
4	Enfant/Adolescent	chirurgie ophtalmologique néonatale	Pathologie ophtalmique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chirurgie ambulatoire	MCO
5	Femme	Maternité	Accouchement	Hospitalisation programmée	1 patiente en obstétrique pour un accouchement	MCO
6	Prématuré	Néonatalogie	Pathologie néonatale	Hospitalisation programmée	1 prématuré hospitalisé en néonatalogie	MCO
7	Enfant/Adolescent	Pédopsychiatrie	Trouble psychiatrique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour troubles anxio-dépressif	Santé mentale
8	Enfant/Adolescent	Hôpital de jour épilepsie	Trouble épileptique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en HDJ pour des troubles épilept	Santé mentale
9	Enfant/Adolescent	unité d'hémodialyse	Insuffisance rénale	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en dialyse	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à mesurer la stratégie et le mode de management mis en place par l'établissement pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail,
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels,
- à mieux soutenir les professionnels, dans leur engagement au quotidien dans le travail,
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le projet d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP comprend un axe dédié à la promotion de la Qualité de Vie au Travail. Les orientations stratégiques procèdent de contributions alimentées par une étude de terrain et des apports des «collégiales » de médecins spécialistes, des groupes hospitaliers, des commissions centrale et locales et de la vie hospitalière et des données recueillies via le "baromètre interne", enquête ayant recueilli en 2013 les opinions de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux sur cette thématique. L'axe central du projet vise l'amélioration de la performance sociale et managériale et affirme le lien entre QVT et qualité des soins. Les principaux enjeux de la QVT ont été identifiés et articulés autour des objectifs suivants : favoriser un management prenant en compte la QVT, promouvoir la responsabilité et le dialogue social, améliorer les organisations pour une meilleure QVT au service de la qualité des prises en charge et conforter la responsabilité sociale de l'AP-HP. L'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURD) a placé la thématique QVT au cœur de sa stratégie. Elle est formalisée dans le volet social et professionnel du projet d'établissement 2015-2019 qui décline les orientations stratégiques de l'institution et définit 4 axes stratégiques : sécuriser les parcours et promouvoir le développement professionnel, promouvoir un management par la confiance, améliorer la santé et les conditions de travail, anticiper les évolutions des emplois et des effectifs. Ce projet, élaboré en concertation avec les représentants des professionnels, se révèle être en parfaite cohérence avec la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail publié pendant la visite de certification par le ministère chargé de la Santé. Il prend en compte les spécificités sociales et démographiques de ses personnels et de son environnement : données produites par la DRH (absentéisme, taux de renouvellement, profils démographiques…), le service de médecine du travail, la CHSCT locale, la base d'événements indésirables OSIRIS et l'analyse des réponses des personnels de l'HURD dans le baromètre interne de 2013 (30% de répondants). Les documents uniques d'évaluation des risques professionnels établis en 2014-2015 pour chaque service médical, médicotechnique et de support, ainsi que les programmes de restructuration sont également pris en compte. Des groupes de travail multiprofessionnels (administratif, médical, paramédical) ont analysé l'ensemble des données disponibles et évalué les risques qui ont été hiérarchisés selon une méthode définie et appropriée, prenant en compte notamment le niveau de maîtrise. Parmi les 23 risques identifiés, 5 risques principaux ont été identifiés, relatifs à l'organisation du travail (perte de sens et du cœur de métier pour l'encadrement et le personnel médical), à l'accompagnement des parcours (mauvaise intégration dans une équipe constituée pour les personnels médicaux et non médicaux), à la sécurité et à la santé (agressivité et conflits d'équipe par dégradation du collectif de travail, inadaptation à l'emploi lié à un handicap, sentiment d'inutilité et souffrance au travail), à l'environnement (accident du travail, usure physique et maladie professionnelle par inadaptation des conditions de travail) et à l'organisation du travail (perte de sens et du cœur de métier pour l'encadrement et le personnel médical). Ces risques ont donné lieu à la définition d'actions d'amélioration structurées (responsable, échéancier, mesures de suivi…) et réunies dans un plan d'actions. Le compte qualité reprend les actions correspondant aux risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE
Le pilotage a été confié en juin 2015 à un duo associant un gestionnaire (adjoint de la DRH, en charge du comité de prévention des RPS pour les personnels non médicaux) et un médecin (présidente de la CVH locale). Un CSS de la DSAP, en charge des accompagnements des projets professionnels et des compétences, a été associé au pilotage en juin 2016. Les missions des pilotes sont définies dans une fiche transversale pour tous les processus. Leurs nominations ont été formalisées par des lettres de mission cosignées par la directrice et le président de la CMEL. Ce trio de pilotes a été formé à la méthode de l'audit de processus et dispose d'un vademecum ad hoc comportant notamment une feuille de route en vue de la présente visite de certification et la liste des ressources méthodologiques disponibles. Il a participé à la conférence institutionnelle de l'AP-HP sur la thématique QVT en février 2016. Les pilotes se sont attachés à valoriser les ressources existantes. Ils s'appuient sur plusieurs instances, structures et groupes qui préexistaient à l'identification du processus QVT au sein de l'établissement : le service de médecine du travail, le CTE local, le CHSCT local, le comité de prévention des RPS chez les professionnels non médicaux, le comité de gestion personnalisée des agents, la CSIRMT, la commission des stages (soignants), la commission de formation, les sous-commissions "vie hospitalière" et "organisation et permanence des soins" de la CMEL, le responsable de la sécurité malveillance, notamment. La Commission de gestion personnalisée des agents, associant la médecine du travail, l'ergonome, la DRH et les organisations syndicales, a été réactivée en 2014. Une sous-commission de prévention des RPS chez les personnels médicaux a été créée récemment, en novembre 2016. Une cartographie du processus QVT, précisant le champ de chacun des registres (accompagnement des parcours, environnement du travail, organisation du travail, santé et sécurité) a été élaborée.

Les rôles respectifs et les contributions des différents acteurs au niveau de l'établissement (instances, commissions, service de médecine du travail…), des pôles, des services et de chaque agent dans les différents aspects opérationnels du processus QVT (veille/prévention/suivi, alerte/remontée d'information, expertise/gestion d'une situation difficile, actions d'amélioration ou de règlement) sont précisés dans un organigramme.
Le fonctionnement de l'ensemble des instances, commissions et services concernés est organisé. Des groupes de travail spécifiques sont mis en place pour étudier, faire des propositions et/ou intervenir sur certains points (élaboration de recommandations dans prévention de la gestion des conflits pour les personnels non médicaux, gestion des situations complexes et de souffrance au travail pour les personnels médicaux, notamment).
Les ressources humaines nécessaires pour le fonctionnement du processus sont prévues (professionnels médicaux, paramédicaux et administratif du service de médecine du travail, temps dédié des professionnels concernés pour leur participation au sein des instances, comités et commissions, professionnels spécifiques : ergonome, psychologues…). Un référent sur les troubles musculosquelettiques est prévu au niveau de l'établissement, ainsi que l'identification de référents dans les services concernés. Le renforcement des effectifs de certaines catégories de professionnels dans des circonstances particulières (travaux, épidémie) est organisé.
La participation des professionnels à la planification de leur affectation au sein d'un secteur est organisée. La valorisation des expériences est encouragée (participation des professionnels non médicaux à l'éducation thérapeutique, pratiques infirmières avancées, infirmières cliniciennes…). La promotion professionnelle est organisée pour favoriser le développement personnel : ainsi, une commission des diplômes universitaires a pour rôle de sélectionner et soutenir la budgétisation des inscriptions à un tel diplôme des professionnels porteurs d'un projet de valeur en phase avec les objectifs de l'établissement. Des modalités sont prévues pour la mise en situation de télétravail d'un professionnel handicapé.
Les formations et la diffusion des informations nécessaires pour chacun des acteurs sont organisées aux différents niveaux (établissement, encadrement, pôles, services). Plusieurs actions relatives à la QVT figurent dans la liste des actions prioritaires du plan de formation, par exemple : gestion de l'agressivité - Pour une meilleure collaboration, améliorons notre communication au sein du pôle chirurgie - Troubles musculosquelettiques - Le rôle de l'encadrement dans la prévention des risques psychosociaux - Sensibilisation aux risques psychosociaux – Gérer et manager les situations conflictuelles… Le séminaire d'intégration organisé chaque semestre comporte plusieurs interventions concernant la QVT. L'évaluation de l'adéquation du candidat à un emploi est organisée pour prendre en compte la dimension QVT. Des modalités spécifiques d'accompagnement sont prévues : pour les faisant-fonctions de cadre de santé (missions, responsabilités, préparation au concours, suivi et tutorat) et pour les médecins nouveaux chefs de pôle et de service (objectifs, formation ad hoc, documentation, suivi).
De nombreux documents d'intérêt pour le fonctionnement du processus sont prévus et visent à encadrer et harmoniser les pratiques : chartes (planification des temps de travail des personnels non médicaux, utilisation des réseaux sociaux), procédures de conduites à tenir (risque suicidaire, trouble du comportement…), fiche réflexe (agression), modalités de préparation, d'accompagnement et de nomination des faisant-fonctions de cadre de santé, modalités et supports d'accueil des stagiaires médicaux et non médicaux, d'intégration des nouveaux arrivants, de professionnalisation entre l'embauche et la titularisation, de formation et d'information des professionnels, tels la plaquette "Je suis victime d'une agression, que dois-je faire ?", le mémento "Bien vivre ensemble"…
Des réunions multiprofessionnelles de l'encadrement médical, paramédical, administratif, technique et logistique (ateliers d'encadrement) sont organisées sur divers thèmes concernant la QVT (interfaces entre secteurs, concordance des temps médico-soignants…) en vue de faire émerger d'une réflexion commune des pistes d'amélioration.
La participation des professionnels de l'établissement à des séjours thérapeutiques et à des activités extérieures proposées aux patients est encouragée, dans le but notamment de fortifier le sentiment d'appartenance. L'adaptation des matériels (ergonomie des postes et des outils de travail) est organisée. Les locaux et ressources nécessaires pour le fonctionnement des instances, commissions et groupes sont prévus. L'établissement dispose d'une crèche de 130 berceaux. La prise en compte de la QVT dans les projets de service, d'organisation et de travaux est organisée. L'expression et la participation des professionnels à l'élaboration et au suivi des divers projets est encouragée, notamment par la création sur l'intranet d'un forum du personnel, espace d'expression libre et d'échanges, supervisé par un membre de la DRH. Les interfaces entre les instances, services, comités et commissions de l'établissement et leurs correspondants au niveau du siège de l'AP-HP est organisée. Elles favorisent les échanges avec leurs homologues des autres GH/H.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les objectifs institutionnels relatifs à la QVT sont portés par l'encadrement des pôles. Les contrats des pôles médicaux et médico-techniques signés en décembre 2015 comportent un chapitre "Objectifs du projet managérial et de ressources humaines" dans lequel sont déclinés et adaptés les objectifs

institutionnels. L'encadrement médical et paramédical des secteurs décline les actions institutionnelles et déploie les actions spécifiques issues de l'expérience, des évaluations et des besoins exprimés par les professionnels. Le recueil systématique de l'avis des professionnels sur leur perception de la QVT est effectif, pour les stagiaires, les nouveaux arrivants et les professionnels en poste lors des entretiens annuels. L'incitation à la déclaration des dysfonctionnements et événements indésirables a été constatée, de même que la participation des professionnels à la résolution des problèmes. Les professionnels des secteurs sont informés des résultats lors des réunions de service, de secteur et de pôle. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des instances, commissions, comités et groupes de travail concernés par la thématique disposent des ressources nécessaires à leur fonctionnement. Les effectifs du service de médecine du travail sont en place, appropriés et formés (1,8 ETP de médecins spécialistes, 2 ETP d'IDE dont l'une est titulaire d'un DU Santé au travail, 1 ETP de secrétaire, une vacation hebdomadaire de psychologue clinicienne et de diététicienne). L'accueil, l'encadrement et le suivi des stagiaires des deux premiers cycles des études médicales et des internes est effectif. Les modalités prévues d'accueil et d'encadrement des élèves soignants sont mises en œuvre. La dimension QVT est systématiquement abordée pour ces étudiants : connaissance des divers métiers médicaux et paramédicaux, travail en équipe, respect des règles de conduite, de sécurité (repos de sécurité, rôle de la CVHL pour les internes). Les modalités prévues d'accueil, d'intégration, de professionnalisation des nouveaux soignants sont mises en œuvre : séminaire semestriel d'intégration, accompagnement des nouveaux recrutés… Le renforcement temporaire des effectifs de certaines catégories de personnels prévu dans des circonstances particulières est effectif, comme cela a été constaté pendant la visite qui s'est déroulée en période d'épidémie hivernale et de travaux de restructuration. Les diverses formations prévues sont mises en œuvre et tracées (programme, participants). Les matériels prévus pour préserver la santé au travail sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La consultation des instances (CMEL, CTEL, CHSCTL) sur les conditions de travail respecte les obligations réglementaires. Le CTE est consulté en outre sur d'autres sujets, tels le plan de formation, les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et des étudiants. Les avis et propositions de ces instances relatifs à la QVT sont tracés dans leurs comptes rendus. Le fonctionnement du service de médecine du travail répond aux attendus dans tous les registres de sa compétence. Les DUERP ont été élaborés pour l'ensemble des secteurs médicaux, médicotechniques, administratifs et de support en 2014-2015 et sont en instance de mise à jour. Le PAPRIPACT est régulièrement constitué, révisé et validé.
Le fonctionnement du CHSCT est régulier. L'interface avec les commissions de la vie hospitalière et de prévention des risques psychosociaux pour les professionnels non médicaux et médicaux sont effectives, par l'appartenance de responsables ou membres de ces commissions au CHSCT. Les séances sont préparées par la diffusion aux membres, s'il y a lieu, de documents préparatoires relatifs au prochain ordre du jour, le secrétariat est assuré, et chaque séance fait l'objet d'un compte rendu qui est validé puis diffusé.
Le fonctionnement du Comité de prévention des RPS chez les professionnels non médicaux est effectif et régulier, avec 3 réunions annuelles. La sous-commission de prévention des RPS chez les professionnels médicaux a commencé ses travaux récemment, peu avant la visite.
Le fonctionnement de la sous-commission locale de la vie hospitalière est effectif, avec 2 à 3 réunions annuelles. Le fonctionnement du comité de gestion personnalisée des agents est effectif, avec production de comptes rendus. Le fonctionnement de la CSIRMT, des commissions chargées des formations et des stages est conforme aux dispositions prévues. La participation des professionnels à l'élaboration des projets et des organisations est effective. Les comptes rendus des réunions formelles tenues au niveau de l'encadrement, des services et des pôles témoignent de l'inscription aux ordres du jour de questions relatives à la QVT (prévention des TMS, guide Bien vivre ensemble…). La tenue des ateliers d'encadrement est effective depuis 2015.
Les modalités prévues d'accueil des stagiaires médicaux et paramédicaux, d'intégration des nouveaux arrivants, de préparation des personnels accédant à des fonctions d'encadrement, de valorisation des expériences et des projets professionnels, de formation et de concertation, d'accompagnement personnalisé si besoin, sont mises en œuvre.
Il a été constaté que l'autogestion par les professionnels non médicaux de leur affectation à tel ou tel poste au sein d'un secteur, dans le cadre de la planification des temps de travail définie par l'encadrement, est effective et appréciée. Des événements indésirables relatifs aux conditions de travail sont déclarés sur le système institutionnel OSIRIS ; leur nombre est stable au cours des 3 dernières années. Les modalités prévues d'accompagnement des professionnels lors de leur accession à certains niveaux d'encadrement (faisant-fonction de cadre, chef de service ou de pôle…), et lors de situations de tension ou de risque individuel, sont effectives. Les interfaces entre les instances, services, comités et commissions de l'établissement et leurs homologues des autres GH/H sont effectives sous l'égide de leurs correspondants au niveau du siège de l'AP-HP.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
De nombreux indicateurs sont recueillis en routine et suivis sur des tableaux de bord dans les différents registres du processus : santé et sécurité (absentéisme, nombre de signalements par l'encadrement et les médecins du travail, de visites spontanées en médecine du travail), environnement du travail (taux d'accidents du travail et d'arrêts, demandes d'aménagements ergonomiques), organisation du travail (rotation de l'emploi, compensation de l'absentéisme par recours aux heures supplémentaires, suppléance, vacations ou intérim), parcours professionnel (promotions notamment). Le nombre et la nature des déclarations d'événements indésirables et des plaintes déposées par les professionnels, ainsi que le nombre des interventions des agents de sécurité sont suivis. De nombreuses évaluations produisent également des données d'intérêt pour l'évaluation de la QVT : questionnaire de satisfaction des stagiaires en médecine, des étudiants en IFSI, entretiens annuels. L'ensemble de ces indicateurs et données sont recueillis ou produits par les divers acteurs qui contribuent au fonctionnement du processus QVT dans l'établissement, et figurent dans divers rapports et bilans. Néanmoins, il n'existe pas au moment de la visite de dispositif structuré d'évaluation globale et régulière du processus ni de bilan synthétique.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des évaluations sont suivis et analysés par les acteurs qui les produisent ainsi que par les pilotes, et conduisent à des actions d'amélioration. De nombreuses actions d'amélioration sont identifiées sur la base des informations issues des indicateurs, des réunions des différentes structures concernées (instances, comtés, commissions) et des expériences des principaux acteurs du processus QVT. Ainsi par exemple, dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux (RPS), sont en cours de réflexion et de structuration par le comité en charge des PNM l'amélioration du rôle de veille du comité RPS pour les professionnels non médicaux (PNM), d'une analyse des causes des démissions par la sous-commission en charge des professionnels médicaux (PM). Les actions identifiées et définies sont intégrées dans le PAQ au niveau approprié (établissement, pôle...). Le suivi des actions d'amélioration est assuré. Le pilotage tient à jour un tableau synthétique d'avancement des actions dans chacun des registres (sécurité et santé, environnement, accompagnement des parcours, organisation du travail). La communication sur les résultats des évaluations collectives et sur les actions d'amélioration est assurée au niveau de l'établissement lors de réunions ouvertes à l'ensemble des professionnels, des réunions de la CSIRMT et de l'ensemble des cadres, des communications au niveau des pôles et la mise en ligne de certains documents sur l'intranet.

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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est inscrite dans le plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP. Elle est déclinée selon 4 axes : Mettre en œuvre un management de la qualité et de la sécurité des soins, Renforcer la sécurité de la pratique de soins, Primauté de l'expérience vécue par le patient, Assurer une organisation performante au service de la qualité/sécurité des soins. Le projet institutionnel du siège est décliné dans le projet d'établissement 2015-2019 de l'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURB) selon ses spécificités, ses enjeux et son territoire de santé. Le volet politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins intègre la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise. Les 4 axes de la politique qualité de l'HURB (Développer le management stratégique au service de la gestion des risques et de la qualité, Sécuriser et améliorer en continue nos pratiques, améliorer l'expérience vécue par le patient, optimiser l'organisation, au service de la qualité du soin) font l'objet d'un programme qualité gestion des risques 2015-2016 validé en CMEL du 07 juillet 2015, en CEL du 17 mai 2016 et présenté aux différences instances locales, à l'encadrement, aux directions de pôle, à la CDU et aux professionnels. Ce programme qualité 2015-2016 précise pour chaque axe les actions à mener, les indicateurs de suivi, le pilote, les échéances, et un état d'avancement. Il contient : - les actions des principaux risques identifiés et définis par chaque groupe de travail constitué selon les thématiques de la V2014, et il a servi à alimenter le compte qualité de l'HURB - les actions à mener sur les axes du plan stratégique du siège. Les risques ont été identifiés selon la méthode du processus en tenant compte des risques à posteriori et des critères du manuel de certification pour les risques à priori. Les représentants des usagers sont impliqués dans le cadre d'un groupe de travail (droits des patients) et de la CDU Toutefois, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques institutionnel ne rassemble pas l'ensemble des objectifs et des actions mises en œuvre à l'HURB. Le programme qualité des risques présenté ne rassemble pas l'ensemble des plans d'actions mis en œuvre dans l'établissement (EPP, EI, vigilants, soins…). Les plans d'actions des vigilants ne sont pas intégrés dans le programme institutionnel. Chaque pilote des groupes de travail est chargé d'assurer un suivi des actions à mener sur les risques prioritaires et résiduels. Les fiches de suivi communiquées aux EV mentionnent des risques résiduels sans qu'ils soient toujours identifiés et priorisés selon l'échelle choisie par l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
L'HURB a défini une organisation pour piloter la stratégie qualité et sécurité des soins. Trois directions sont responsables du pilotage et du suivi de son programme qualité : - la Direction de l'organisation des projets chargée de la gestion de crise, de la coordination de la gestion des risques, de la politique qualité sécurité, de la satisfaction et de l'amélioration continue. - la Direction des soins et activités paramédicales (DSAP) chargée de la gestion des risques liés aux soins, de la politique qualité sécurité - la Direction de la logistique et de l'hospitalité (DHL) chargée de la relation patient et usagers. La coordination des différentes composantes du système Qualité et gestion des risques est assurée par le comité qualité, vigilances, sécurité des soins et du service aux patients (CQVSSSP), auquel participent les pilotes de processus, des représentants de la CMEL, des directions, des vigilances, des usagers, les duos/trios des pôles et le référent de la commission des EIG. La CQVSSSP suit l'évolution du PAQSS. Dans son sein, la commission des vigilances et des risques (CVIRIS) assure, sous la responsabilité du CGRASS, la coordination des vigilances en lien avec les structures centrales de l'AP-HP. La coordination stratégique et opérationnelle associe le bureau qualité et les instances institutionnelles (CQVSSSP, CODIR, CEIG,...). Un comité exécutif local (CEL) est chargé de suivre mensuellement les projets et les actions des pilotes de processus. Le médecin coordonnateur des risques associés aux soins (CGRAS) a été nommé en septembre 2013. Ses missions sont précisées dans la fiche de poste institutionnelle et dans sa lettre de mission. Il est chargé, entre autres, d'animer le CVIRIS du CQVSSSP. Les vigilants sont identifiés dans l'établissement, leurs désignations et leurs coordonnées sont disponibles sur la gestion documentaire. Le dispositif de gestion des événements indésirables est organisé sur la base du logiciel de signalement institutionnel AP-HP disponible sur l'intranet de l'établissement. L'information des professionnels sur ce dispositif est organisée (présentation lors des journées d'intégration, guide de signalement sur le système de gestion documentaire, fiche action sur les modalités de déclaration des EIG, guide pratique « Événement indésirable grave, parlons-en »). Une cellule des événements indésirables est chargée d'analyser et de suivre périodiquement les déclarations des événements indésirable. Le suivi de la mise en œuvre des analyses et des actions correctives est réalisé par le CGRAS. Le comité de pilotage « certification » qui est une émanation de la CQVSSSP est chargé d'assurer le pilotage de la démarche MQGR, de former et d'assister les pilotes de processus nommés. Ce comité qui doit se réunir tous les

deux mois avec le Directeur, le président de la CMEL, le CGRAS, les directions de la qualité, des soins, de la communication et de la logistique et l'hospitalité, est chargé de coordonner l'avancée du travail des groupes. Un bureau qualité et sécurité des soins réunit chaque semaine les différents responsables de direction, le CGRAS, le responsable du système management qualité de la prise en charge médicamenteuse, le chargé de relation avec les usagers.
Une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'EPP avec un engagement effectif des professionnels est en place. Une stratégie de développement des CREX et RMM est mise en œuvre par le CGRAS qui assure le suivi des actions menées dans chaque service. Il existe une nouvelle charte de RMM validée en octobre 2016.
Le plan de formation institutionnel en lien avec le siège prévoit des formations sur les CREX et les RMM. Le programme d'accueil des nouveaux arrivants prévoit une sensibilisation sur la politique qualité et la gestion des risques et sur l'utilisation de la gestion documentaire. Un coordonnateur des risques non liés aux soins a été nommé récemment. Concernant la sécurité transfusionnelle, les professionnels sont évalués sur la base de leur connaissance au niveau du recrutement, et des cessions de formations e-learning sont organisées. Le dispositif des plaintes et réclamations est organisé en lien avec la direction juridique du siège de l'AP-HP.
La satisfaction des usagers est réalisée à travers des questionnaires de satisfaction, l'enquête I-satis, des bornes de satisfaction instantanée et un bureau d'évaluation de l'expérience des patients (BEEP). La gestion de crise est organisée. La veille documentaire est assurée par chaque vigilant.
Toutefois, le dispositif de gestion documentaire n'est pas totalement structuré. Malgré une dynamique de recensement de l'ensemble des documents existants réalisée par le service qualité de l'HURB, le système n'est pas homogène, ni toujours actualisé, et les documents ne sont pas tous au format qualité et conformes à la procédure des procédures existante. Trois dispositifs coexistent :
- Une gestion documentaire électronique
- un système intranet avec des rubriques dans lesquelles existent des procédures médicales, des documents anciens qui ne sont pas sous format qualité.
- Des dossiers partagés sur lesquels des protocoles médicaux destinés à guider les prescriptions notamment médicamenteuses ne mentionnent pas les auteurs et/ou la date de validation.
Ce risque a été identifié dans le compte qualité de l'établissement. Des plans d'actions sont en cours au moment de la visite.
La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison du PAQSS institutionnel est réalisée à travers les contrats de pôle signés pour 4 ans entre le Directeur de l'AP-HP, le chef de pôle, le directeur de la CME de l'AP-HP, le directeur de l'HURB et le président de la CME locale. Les derniers contrats de pôle ont été signés en juin 2016. Une annexe annuelle précise les objectifs cibles pour la formation des professionnels, les indicateurs qualités (IPQSS, ICSHA.2, RMM et CREX, identitovigilance, satisfaction des usagers) et le circuit du médicament. Le CGRAS pilote le dispositif des EPP et apporte une aide méthodologique aux professionnels qui évaluent leurs pratiques professionnelles. Les valeurs des IQSS de l'établissement et les résultats d'audits transversaux sont diffusés par le service qualité et relayés dans les pôles.
Chaque secteur d'activité met en œuvre les actions du PAQSS le concernant et formalise annuellement en équipe les actions prioritaires du projet de soins spécifiques à son activité. Les cadres de chaque service sont les référents qualité et s'assurent du suivi des actions à mettre en œuvre dans les délais impartis. Les réunions de pôle mensuelles permettent de faire un point de situation. La mobilisation pour le développement de la culture qualité des professionnels est cependant variable selon les secteurs. Il a en effet été constaté une disparité entre les secteurs dans l'appropriation par les professionnels concernés de la culture qualité : dans certains secteurs, absence de plan d'actions spécifiques, rareté de la déclaration d'EI, faible connaissance des professionnels sur les risques spécifiques, les priorités et les actions d'amélioration de leur secteur d'activité, déficit de contrôle interne. Malgré une dynamique de sensibilisation des équipes lors des journées d'intégration, des formations polaires et des formations aux CREX et RMM, notamment, les professionnels concernés ne se sont pas tous appropriés les outils et les méthodes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels des services ont été sensibilisés à leur arrivée, lors des journées d'intégration de 4 jours (qualité gestion des risques, hémovigilance, gestion documentaire). Des formations internes sont réalisées sur le terrain CREX, RMM) et les formations polaires (4 /an) et intrapolaires périodiques complètent ce dispositif. Une réunion d'information hebdomadaire (amphi du lundi) propose des conférences ouvertes de 30mn sur les projets, la certification, les différents processus, les risques identifiés, …). Les référents qualité nommés ont reçu des sensibilisations à la V2014, aux CREX et RMM. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés. Le risque de non-retour d'information vers le déclarant, identifié par l'établissement, a conduit à mettre en place un dispositif qui permet d'

informer les professionnels des dispositions prises. L'établissement a identifié un effort à faire sur la clôture définitive des EI. Les ressources documentaires spécifiques MQGDR sont accessibles aux professionnels concernés sur le système de gestion documentaire ou sur le site intranet de l'HURB.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels concernés (intranet, gestion documentaire et dossiers partagés). Le dispositif de déclaration des évènements indésirables est connu et les professionnels déclarants reçoivent depuis peu un retour d'information. Des sensibilisations à la qualité-gestion des risques sont réalisées par le CGRAS, des objectifs sont définis dans les des contrats de pôle et on observe une légère progression des déclarations d'EIG.
Toutefois, il existe un déficit d'analyses collectives des causes profondes dans les secteurs à risques. Elles sont peu développées en chirurgie. Il n'a pas été présenté de CREX ou RMM réalisée en endoscopie digestive.
Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées et évaluées pour les patients en cancérologie. Les EPP sont enregistrées et suivies sur la base EPP/AP-HP avec un suivi et un point de situation réguliers par le CGRAS. Les professionnels de terrain connaissent les dispositions à appliquer dans le cadre du risque transfusionnel (information, dossier transfusionnel,...), tous ont été formés et connaissent les procédures. Le fonctionnement des diverses instances, comité, groupes et responsables impliqués dans le MQGDR est conforme à l'organisation prévue. La gestion de crise est mise en place. Des exercices réguliers sont réalisés soit inter hôpitaux, soit en interne (plan blanc aux urgences). Le suivi et la mise à jour de chaque plan, Plan blanc, plan NRBC, Plan EPIVER, Plan hôpital en tension, Plan canicule, Plan incendie, plan SI est assuré. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est effective. Les professionnels et les usagers sont impliqués dans l'exploitation des plaintes et réclamations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif structuré d'audits (plus de 90 audits) avec des responsables identifiés est suivi par le CEL. L'HURB participe aux recueils nationaux des IQSS. Certains cadres ont mis en place un suivi de points sensibles sous la forme de contrôles internes : prise de poste, identitovigilance, planification des soins, nutrition, ... Un tableau récapitulatif mensuel permet d'assurer un suivi et une vérification des conformités. La direction des soins réalise des audits ponctuels sur un jour donné. Des évaluations selon la méthode du patient traceur sont réalisées dans les différents services. La direction des soins dispose d'un tableau des indicateurs avec des valeurs cibles, au regard des audits réalisés dans le secteur des soins. Le dossier transfusionnel est audité chaque année. La satisfaction des usagers est évaluée par l'enquête e-satis (accueil du patient, respect de l'intimité et patient associé aux décisions le concernant), les questionnaires de satisfaction et les résultats d'une borne tactile. Toutefois, malgré le dispositif formalisé de la Direction des soins, il n'existe pas de dispositif structuré (organisé, formalisé et permanent) permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus management qualité gestion des risques et la vérification du niveau de maîtrise de l'ensemble des risques. La visite terrain a montré que tous les services ne réalisent pas les points de contrôle mensuels définis institutionnellement dans le programme de contrôle interne (chirurgie viscérale par exemple). Il n'est donc pas possible de s'assurer de leur réalisation (parcours patient).

A / AGIR

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

Le réajustement du programme qualité et gestion des risques est réalisé annuellement en fonction des résultats des évaluations obtenus par le bureau qualité, en cohérence avec le plan d'actions du projet de soins et de suivi du projet médical. Il est présenté en CQVSSSP qui réunit l'ensemble des pilotes QSS et de la CME locale. L'ensemble des actions menées pour corriger les dysfonctionnements ne sont cependant pas regroupées dans un dispositif de suivi formalisé avec des indicateurs de performance mesurables. Il existe un affichage sur les résultats de la prévention des infections nosocomiales, des hémorragies du post-partum, des RCP et sur les résultats des IQSS de l'HURB. Des informations sont données lors des amphis du lundi, les résultats des audits sont présentés en réunions d'encadrement, en réunions d'équipe, en instances et dans les comités stratégiques. Une communication est réalisée par la newsletter « RDB Actu ». Les usagers sont informés lors de la CDU, par le site de l'HURB, les affichages dans l'allée principale de l'établissement et sur les panneaux d'affichage dans les services.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La gestion du risque infectieux est l'une des actions prioritaires du projet Gestion des risques et qualité figurant dans le projet d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP. Elle est reprise dans le plan stratégique 2015-2019 de l'établissement, la maîtrise du risque infectieux étant considérée comme prioritaire. Cette stratégie est fondée sur les programmes nationaux (Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins – PROPRIAS 205, Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016), sur le Plan pour le bon usage des antibiotiques à l'AP-HP 2015, sur la recommandation de la HAS lors de la précédente certification ainsi que sur l'analyse de nombreuses données produites par l'établissement (indicateurs nationaux, institutionnels AP-HP et spécifiques à l'établissement, événements indésirables, données bactériologiques, consommation d'antibiotiques, audits, …). Ces analyses factuelles ont été enrichies par des entretiens ciblés avec des groupes thématiques de professionnels : bionettoyage – gestion des déchets, stérilisation, dialyse, biberonnerie – lactarium – restauration, médecine du travail, antibiotiques, politique – actions, risque et environnement, endoscopie. Un recensement des dangers et des risques a ainsi été établi. Les cotations ont intégré le niveau actuel de maîtrise et conduit à une hiérarchisation. Les responsables du CLIN et de l'EOH locaux et le référent antibiotiques de l'établissement ont précisé la stratégie opérationnelle de l'HURD dans un document intitulé Politique de gestion du risque infectieux. Ce document décrit notamment les objectifs opérationnels (maîtrise des transmissions croisées, des épidémies de BMR et de BHRe et des risques infectieux liés à l'environnement, prévention des infections associées aux gestes invasifs et notamment aux voies veineuses) et les objectifs opérationnels de l'EOI (promotion du bon usage des anti-infectieux, ré-évaluation systématique des antibiothérapies à H72 et J7). Ce document, formalisé en décembre 2015, a été validé par le CLIN local et le COMED/Juste prescription puis par la CMEL en mars 2016 et a été transmis au gestionnaire des risques, au CHSCT, à la CSIRMT et à la CDU. 3 risques prioritaires ont été retenus et inscrits dans le compte qualité en raison de leur niveau et de leur transversalité au niveau de l'hôpital : infection sur les voies veineuses périphériques et centrales, bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe), usage des antibiotiques. Des actions d'amélioration sont définies pour les risques identifiés et structurées avec désignation d'un responsable, définition d'un échéancier et d'un indicateur de résultat. Elles sont intégrées dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE
Il existe au niveau central de l'AP-HP un CLIN, une Commission des anti-infectieux (COMAI) et une EOH qui ont un rôle de proposition, d'élaboration des programmes de formation, de facilitation des partages d'expériences entre les équipes homologues de l'institution, de liaison avec les structures nationales et régionales, ainsi que de soutien des établissements dans la lutte contre les infections nosocomiales et pour un bon usage des antibiotiques. Le pilotage du processus Gestion du risque infectieux dans l'établissement est confié à un duo associant un médecin hygiéniste-microbiologiste, responsable l'EOH locale, et un cadre de santé hygiéniste, toutes deux membres du CLIN. Les missions des pilotes sont définies dans une fiche transversale pour tous les processus. Leurs nominations ont été formalisées par des lettres de mission cosignées par la directrice et le président de la CMEL. Ce duo de pilotes dispose du vademecum du pilote de processus comportant notamment une feuille de route en vue de la présente visite de certification et la liste des ressources méthodologiques disponibles. Une cartographie du processus a été élaborée. Les pilotes se sont attachés à valoriser les ressources et actions existantes. Ils s'appuient sur les instances, structures et groupes qui préexistaient à l'identification du processus Gestion du risque infectieux au sein de l'établissement. En sus du CLIN et de l'EOH locaux, il existe une équipe opérationnelle d'infectiologie (EOI) animée par le référent antibiotique de l'établissement nommé par le président de la CMEL, régie par une charte datée de 2015 et investie d'un double rôle transversal (promotion du bon usage des anti-infectieux, évaluation et suivi) et de conseil ciblé sur des cas cliniques particuliers. L'identification d'un responsable de l'environnement hospitalier, rattaché à la direction de la logistique et de l'hospitalité, et dont les missions dont formalisées, est prévue. Les ressources humaines nécessaires pour le fonctionnement de l'EOH sont prévues (médecin, cadre hygiéniste, IDE, technicien). Il est aussi prévu d'identifier dans chaque secteur de soins et médicotechnique un correspondant médical et un correspondant paramédical en hygiène, interlocuteurs privilégiés et relais de l'EOH dans leur secteur (organisation, formation, évaluations, gestion des événements indésirables…). Leurs missions sont formalisées. Les ressources humaines nécessaires pour le fonctionnement de l'EOI sont prévues (médecin infectiologue senior et interne). L'identification dans chaque secteur clinique d'un médecin référent en antibiothérapie est organisée. Ses missions sont formalisées. La formation continue des membres actifs du dispositif est organisée, en particulier par leur participation

aux séances et réunions opérées par le CLIN et l'EOH centraux.
La formation des correspondants en hygiène et des référents en antibiothérapie est organisée par l'EOH et l'EOI, respectivement.
Les ressources matérielles et logistiques nécessaires à la mise en œuvre du processus dans les différents registres sont prévues et régulièrement ajustées : soins (équipement des chambres et unités : distributeurs de produit hydro-alcoolique, gants, masques, secteur dédié de 3 lits mobilisables en cas de besoin pour l'isolement des patients porteurs de BHRe, recueil des excreta…), logistique (distributeur automatique de vêtements de travail, applications informatiques de suivi de certaines prescriptions d'antibiotiques, des avis données par l'EOI…), formations (mannequin pour l'entraînement à l'utilisation des cathéters centraux), entre autres.
La formation aux bonnes pratiques d'hygiène et de prescription des divers professionnels dans chaque secteur concerné est organisée : étudiants médicaux et paramédicaux, internes, nouveaux arrivants y compris ceux recrutés dans le cadre de CDD (EPIVER, travaux). Les programmes et supports de formation correspondants sont élaborés.
Les documents utiles (procédures, fiches techniques, documentation) sont formalisés. Leur réactualisation régulière et leur mise à disposition sont organisées. Des recommandations relatives à la gestion du risque infectieux figurent dans le livret d'accueil général des professionnels, et précisées dans certains secteurs dans des livrets d'accueil spécifiques. Des objectifs relatifs à l'hygiène, aux infections nosocomiales et au bon usage des antibiotiques ont été inscrits dans les contrats de pôle. Une charte de juste prescription des antibiotiques a été arrêtée et soumise à l'adhésion de chaque chef de service concerné.
La consultation des ressources compétentes en avant tous travaux ou réorganisation susceptible d'avoir des conséquences sur le risque infectieux est organisée, le suivi des opérations est défini.
Les évaluations devant être réalisées en routine par les différents acteurs du processus sont définies.
Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Les interfaces entre les différents acteurs du processus figurent dans un organigramme. Les modalités de coopération entre l'EOH et le CGRAS sont formalisées. La sensibilisation des personnels et du public est organisée.
La communication en direction des professionnels est organisée (réunions au niveau des instances, pôles et services, réunions d'encadrement, séminaires, intranet, journal interne).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Le CLIN et les équipes opérationnelles locales assurent la mobilisation des professionnels des secteurs en relayant les objectifs institutionnels et diffusant de façon volontariste et répétée les objectifs propres de l'établissement, les actions d'amélioration programmées, l'offre de formations, les résultats des indicateurs et des audits. L'encadrement et les correspondants médicaux et paramédicaux sont particulièrement impliqués dans de déploiement de cette stratégie. Ils évaluent en collaboration avec l'EOH et l'EOI les pratiques. Les professionnels des secteurs de chaque niveau (encadrement, correspondants et professionnels de terrain) sont informés des résultats des évaluations qui les concernent, avec chaque fois que possible des éléments de comparaison (évolution, autres secteurs, autres établissements). Ces professionnels sont associés à l'identification des actions d'amélioration. L'EOH établit chaque année son programme d'actions dans les différents registres (formation, participation aux instances et groupes de travail locaux et centraux, veille documentaire, audits et enquêtes, rédaction et révision de procédures, suivi des indicateurs…). Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les pilotes disposent d'une liste actualisée de l'ensemble des correspondants en hygiène et antibiothérapie (correspondants médicaux et paramédicaux). Ces correspondants sont tous identifiés. Les formations prévues pour les membres de l'EOH et de l'EOI, et pour les correspondants en hygiène et antibiothérapie sont effectives. Les diverses formations prévues pour les stagiaires, internes, nouveaux arrivants… sont délivrées par ces équipes opérationnelles et tracées. L'ensemble des documents relatifs à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales répondent aux critères de qualité d'une gestion documentaire, ils sont actualisés et aisément accessibles par chaque professionnel sur l'intranet (zone YES sur les postes de travail). Les protocoles d'antibiothérapie validés par l'EOI sont mis à jour, aux normes qualité et accessibles aux professionnels sur l'intranet. Les locaux, matériels et équipements prévus sont en place, appropriés et fonctionnels.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
L'EOH réalise de nombreux audits, soit d'office (prérequis hygiène des mains…), soit à la suite d'une analyse des risques (voies veineuses périphériques, endoscopies, hémodialyse..), d'un événement indésirable (audit des offices alimentaires, …) ou d'une modification des procédures (bionettoyage de la chambre à la sortie du patient, …). Tous ces audits sont structurés, réalisés avec méthode, tracés, les résultats sont communiqués aux équipes concernées avec des recommandations d'actions d'amélioration.

Les réunions de l'EOH avec les correspondants en hygiène de certains secteurs à risque (hématologie en particulier) sont régulières et tracées. L'EOH assure par ailleurs ses missions dans le cadre de la gestion de l'air, de l'eau et du tri des déchets. La charte pour une juste prescription des antibiotiques a été signée par chaque chef de service concerné. L'EOI réalise de nombreux audits, réguliers (réévaluation de l'antibiothérapie) ou occasionnels (prescription de l'antibiothérapie dans les infections urinaires, suivi du protocole Fièvre sur cathéter central chez le patient non neutropénique…). Les résultats sont communiqués aux équipes concernées. Le fonctionnement de l'EOI est régulier (réunion hebdomadaire, concertation quotidienne avec le service de microbiologie). Le fonctionnement du CLIN local est régulier (réunions trimestrielles) et tracé. Les comptes rendus sont détaillés, précis et diffusés. L'affichage réglementaire des indicateurs à destination du public est effectif. Les équipes de l'EOH et de l'EOI participent régulièrement à la semaine Sécurité des patients. Des affiches à visée préventive (hygiène des mains, vaccination, prévention de la diffusion des épidémies…) sont en place dans de nombreux endroits de l'établissement. Le suivi des programmes de travaux par l'EOH est effectif : recommandations en amont, suivi pendant les travaux, contrôles). La collaboration entre les différents acteurs du processus est effective et tracée : présentation par l'EOH et l'EOI des résultats d'audits, des tableaux de bord, du suivi des actions au CLIN, comptes rendus du CLIN. Ces informations sont diffusées aux instances appropriées. L'EOH et l'EOI participent aux RMM et CREx qui nécessitent leur contribution.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement présente la liste des indicateurs suivis dans le domaine de l'hygiène et des infections nosocomiales sous l'égide de l'EOH : indicateurs nationaux (ICALIN2, ICA-LISO, ICSHA2, ICABMR, BN-SARM), indicateurs institutionnels AP-HP (hygiène des mains, excreta, prévention de la diffusion des BMR, prévention des ISO, vaccination antigrippale des personnels, prévention de la légionellose), et indicateurs locaux (infections nosocomiales par secteur). Il participe également à des réseaux de surveillance spécifique (cathéters veineux centraux en néonatologie…). Ces résultats et leurs évolutions sont suivis sur des tableaux de bord, analysés et conduisent s'il y a lieu à l'identification d'actions d'amélioration. La consommation des antibiotiques est suivie par le référent en antibiothérapie et l'EOI. Elle est analysée et conduit à un ajustement des actions en cours. Des bilans et rapports d'activité sont produits périodiquement par l'EOH et l'EOI, soumis aux instances appropriées avec des propositions d'actions d'amélioration au niveau de l'établissement.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre chaque année sur la base des résultats des indicateurs et des audits. Ces actions, transversales ou sectorielles, sont articulées avec le PAQ. Elles conduisent s'il y a lieu à réviser la stratégie de l'établissement concernant la gestion du risque infectieux. Cette expérience est partagée avec les autres établissements de l'AP-HP dans le cadre des instances et équipes centrales, et au-delà dans le cadre des réseaux. Chaque chef de service et cadre supérieur de santé reçoit chaque année une récapitulation détaillée des indicateurs concernant leur service, avec leurs évolutions et des éléments de comparaison. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont diffusés à l'encadrement et aux représentants des personnels lors des réunions d'instances et de pôles, puis localement lors des réunions de service. Plusieurs documents sont à disposition de chaque professionnel sur l'intranet, des articles sont publiés dans le journal interne.

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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Installé au Nord-Est de Paris, l'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURB) a pour vocation la prise en charge des problèmes de santé des enfants, des adolescents, des femmes et des futures mères. Il dispose d'un service d'urgences pédiatriques et d'un accueil gynéco-obstétrical. La stratégie des « Droits des patients » est définie dans différents volets du plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP : - Prise en charge des patients : dialogue, accueil et hospitalité, - Projet de soins : promotion de la bientraitance et lutte contre la maltraitance. - Qualité gestion des risques : humanisation, signalement, gestion des réclamations, recueil de la satisfaction et relations avec les usagers - Volet restauration. Au niveau local, l'HURB décline sa stratégie du respect des droits des patients dans le volet sécurité et qualité des soins (promouvoir le droit des patients) et dans le projet de soins (prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes) figurant dans son projet d'établissement 2015-2019. Pour répondre aux objectifs de la stratégie locale, le groupe « Droits des patients » a mobilisé les données des évènements indésirables, des plaintes et réclamations, des résultats des questionnaires de satisfaction et des principaux risques identifiés par les cadres de chaque service. 6 risques ont été identifiés et hiérarchisés selon l'échelle de criticité proposée par la HAS, ce qui a conduit à identifier 3 risques prioritaires : - non-respect des règles de bonnes pratiques de bientraitance, - non-respect des libertés individuelles, - ne pas donner au patient une information homogène complète et pertinente au bon moment Ces trois risques principaux ont été intégrés dans le compte qualité et le programme qualité et gestion des risques de l'HURB. Pour chacun de ces risques prioritaires, des objectifs, des actions d'amélioration avec un responsable et des délais sont identifiés. La stratégie du groupe de travail « droits des patients » a été validée en Comité exécutif local puis présentée à la CDU, en réunion d'encadrement paramédical, lors de formations intra polaires, lors des « amphis du lundi » (soignants + personnel administratif), en CODIR, en COPIL certification, l'information a été diffusée via le journal interne « RDB actus », La politique « Droits des patients » a été présentée en CMEL le 7 novembre 2016. Par ailleurs, un groupe de travail « bientraitance » conduit par la direction des soins a défini des objectifs et identifié des actions à mener pour les années 2015-2017 : - Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes - Dans le cadre d'une politique institutionnelle, poursuivre le pilotage du comité bientraitance sur le GH et clarifier ses missions - Sensibiliser l'ensemble des managers du GH à l'amélioration des pratiques dans les soins, favoriser la prise en charge de la douleur - Élaborer des projets de pôles de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance - Respecter les droits des patients et intégrer l'éthique dans les soins. Afin d'affiner sa stratégie à partir d'un état des lieux sur la bientraitance, ce groupe a élaboré un questionnaire adressé aux patientes hospitalisées en obstétrique, aux adolescents hospitalisés et aux professionnels de terrain. Ce questionnaire est en cours d'exploitation. La stratégie de cette direction donne lieu à des objectifs à atteindre par les pôles et les services. Toutefois, les risques a priori n'ont pas été évalués sur l'ensemble du processus (différentes étapes) et à partir de l'ensemble des ressources disponibles (travail du groupe "bientraitance, notamment) avec en corollaire un défaut de centralisation de l'ensemble des plans d'actions définis sur cette thématique.
ORGANISATION INTERNE
La direction des patients, des usagers et des associations (DPUA) et la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) du siège de l'AP-HP assurent conjointement le pilotage central de la thématique « droits des patients ». La première est chargée de prendre en charge les préoccupations et les besoins des patients, des usagers et des associations, la seconde accompagne les Groupes hospitaliers pour le développement d'une culture de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance. Au niveau local, l'établissement a confié le pilotage conjointement à quatre personnes : - la directrice de la Logistique et de l'Hospitalité, - le médiateur médical, - la directrice de la Communication et du Pôle Éducatif, - la chargée des relations avec les usagers. avec en appui, un cadre de santé paramédical et un représentant des usagers. Les pilotes ont reçu une lettre de nomination et une lettre de missions. Par ailleurs, un groupe "bientraitance" est constitué dans le cadre d'une démarche projet menée par la Direction des soins. Cette direction déploie des outils de communication et d'information.

Ces deux entités (droits des patients, bientraitance) coopèrent dans le pilotage de certaines actions (rédaction de la charte bientraitance pour l'enfant hospitalisé en pédiatrie par exemple).
La formation des professionnels sur la bientraitance (bientraitance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles) est formalisée (plan de formation, journées d'intégration, formations polaires …). Les supports de formation, ainsi que des documents de sensibilisation (mémento "Bien vivre ensemble") sont élaborés.
Les procédures et protocoles de soins appropriés au respect des droits des patients ont été élaborés (information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, prise en charge en cas de viol et agression sexuelle, contention, …). Les documents d'information des patients et de leurs familles sur leurs droits sont prévus.
La nature des locaux et leur disposition nécessaires pour favoriser le respect des droits des patients sont identifiées (accueil, attente, information, soins, hébergement...).
De nombreux espaces d'accueil et d'activités sont organisés pour les enfants, les adolescents, les familles (Maison de l'Enfant, Espace Adolescents, Espace Familles, Centre Scolaire, Studio-vidéo, Médiathèque, Centre de Loisirs de la Ville de Paris...). L'accueil et la participation des associations de patients ou à visée récréative sont organisés.
De nombreux dispositifs sont prévus pour mieux accueillir et prendre en charge des populations spécifiques (maladies chroniques, handicaps...). Les équipements nécessaires (fauteuils-lits pour les parents, paravents, ...) sont prévus.
Diverses ressources humaines contribuant au respect des droits des patients sont prévues :
- un professionnel chargé des relations avec la clientèle, qui est localisé dans l'espace dédié aux familles pour mieux répondre aux demandes des usagers ;
- des psychologues et des travailleurs sociaux ;
- des aumôniers, interprètes, médiateurs interculturels.
L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est organisée à travers le livret d'accueil de l'hôpital, le livret d'accueil spécifique à chaque service, le site internet de l'HURB et différents affichages. Dans le cadre des droits des patients et du droit à l'information a été créé une commission des adolescents. Un comité d'éthique est en place, son fonctionnement est défini. Il contribue au processus "droits des patients" en proposant des sujets de réflexion et organisant chaque année une journée d'éthique. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les pilotes du groupe de travail « droits des patients » mobilisent les équipes pour mettre en place les actions du programme qualité sécurité des soins (déploiement de la charte "Vivre ensemble" par exemple). Par ailleurs, le pilote du groupe "bientraitance" de la direction des soins déploie son programme dans chaque pôle. Les duos de pôle déclinent en plan d'actions les objectifs assignés (par exemple formaliser la charte de bientraitance dans les soins, veiller à la mise en œuvre de la désignation de la personne de confiance dans le dossier de soins, ...). Ils s'appuient sur une mission polaire "qualité de soins". Les services mettent en œuvre leur projet de soins au regard du projet institutionnel et de sa déclinaison dans les contrats de pôle quadriennaux, accompagnés d'une annexe fixant les objectifs à atteindre spécifiques du pôle. L'ancrage de l'axe bientraitance peut être différent selon les services (au regard du respect des libertés individuelles, ou de la présence du parent au chevet de son enfant, par exemple). Les services formalisent chaque année leurs priorités d'actions. Les professionnels sont associés à ces choix. Le cadre de chaque service est identifié comme référent qualité. Il met en œuvre et suit les objectifs programmés de l'année et met en œuvre les évaluations périodiques selon un dispositif de contrôle interne structuré. Les professionnels sont régulièrement informés des orientations stratégiques ou de leurs résultats lors de réunions institutionnelles, lors des réunions de pôle ou des réunions de service. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est mis en œuvre. Les professionnels concernés sont associés à la définition des mesures correctives.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les formations prévues pour les nouveaux arrivants et les professionnels en poste sont mises en œuvre. Les professionnels participent aux journées d'éthique qui sont obligatoires pour les professionnels, et le président du comité d'éthique participe régulièrement à des sensibilisations des personnels lors des journées polaires. Les ressources humaines prévues sont en place : chargé des relations avec la clientèle, aumôniers catholique, musulman et israélite, assistantes sociales et psychologues dans les services, médiatrices interculturelles, interprètes pour plus de 30 langues. Les procédures et protocoles prévus sont à la disposition des professionnels concernés. Les supports d'information (livrets, affiches, internet) sont opérationnels et actualisés. Les supports d'information (livrets, affiches, internet) sont opérationnels et actualisés. Les équipements prévus sont disponibles. Les moyens prévus en locaux sont le plus souvent disponibles et appropriés. Toutefois, les contraintes architecturales ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, de son intimité ou de sa dignité. En HDJ de médecine, l'accueil des enfants et des parents est réalisé à l'entrée du service, dans un espace

couloir qui ne permet pas le respect de la confidentialité. En SSPI ambulatoire, il n'y a pas de séparation entre les lits lors de la sortie du bloc opératoire, les enfants passent devant les autres patients et les parents présents, ce qui ne permet pas de garantir le respect de la dignité et de l'intimité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent les orientations institutionnelles visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance et les actions menées dans le cadre des droits des patients. Ils connaissent les ressources documentaires existantes et savent comment y accéder. Il a été constaté lors des investigations sur le terrain et par patient traceur que l'ensemble des professionnels rencontrés accorde une place essentielle à la bientraitance lors de toute prise en charge. Dans la plupart des services, l'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (boxes individuels à l'accueil, accueil personnalisé et confidentiel dans l'espace famille de certains services, chambres individuelles,…..). Les salles de soins et les bureaux des médecins où sont gardés les dossiers des hospitalisés sont munies d'un digicode et fermées. Les professionnels mettent en œuvre des pratiques adaptées aux enfants pour assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins y compris pour les soins d'hygiène. Les personnels rencontrés dans plusieurs services (HDJ, psychiatrie, cardiologie, chirurgie viscérale, réanimation néonatale) ont suivi des formations aux méthodes non médicamenteuses de prévention et de traitement des douleurs induites par les soins (hypno-analgésie, massage…). Des conseils diététiques sont proposés aux jeunes mamans et aux parents d'enfants hospitalisés.
Les modalités d'information de l'enfant et de ses parents sur son état de santé et les soins proposés, y compris l'information en cas de dommage lié aux soins, sont respectées. La participation de l'enfant et de ses parents est recherchée dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. Une psychologue intervient dans certains services pour accompagner les professionnels dans leurs échanges avec familles (en réanimation néonatale, par exemple). Eu égard à la patientèle, l'accueil et le soutien de l'entourage des patients est adapté et personnalisé pour les situations qui le nécessitent (état médical critique, annonce d'une mauvaise nouvelle…). Dans le cas d'un refus de soins, l'adhésion est recherchée par des explications ou des interventions complémentaires.
Dans le cadre de la bientraitance, le service de psychiatrie délivre un livret d'accueil spécifique pour les parents et un livret d'accueil distinct pour les enfants, donne un « banquet » hebdomadaire (prise en charge des troubles du comportement alimentaire) et organise des sorties thérapeutiques. Des professionnels des services assistent à la commission des adolescents où émergent d'échanges informels leurs attentes. Les restrictions de liberté ne sont plus réalisées dans la majorité des services sauf en psychiatrie où elles font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie. Les professionnels sont sensibilisés à la détection de la maltraitance et savent que le cadre est la personne à prévenir en cas de suspicion. Il existe une cellule de prévention de la maltraitance sur mineur qui fait l'interface entre les services de l'hôpital, la justice et la police pour des cas repérés dans les services et qui nécessitent une prise en charge socio-éducative.
De nombreuses associations conventionnées interviennent dans les services pour offrir aux patients des activités récréatives (maquillage, musique, peinture, clowns…) et de soutien scolaire, en sus de la prestation de l'Éducation nationale. Des activités d'extérieur à visée thérapeutique sont également proposées (Régate des oursons, séjours poney, séjours INRA-CNRS, séjours handi-ski ….). Des représentants d'associations, bénévoles, tiennent une permanence à l'espace familles pour toute information utile. Des actions de sensibilisation à la bientraitance et plus généralement au respect des droits des patients figurent souvent dans le cadre des semaines annuelles de la sécurité des patients. La dimension "droits des patients" est indissociable des journées d'éthique : l'arrêt des soins en pédiatrie et les objectifs de l'information des patients et des familles ont été les deux sujets de la dernière journée annuelle. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus "droits des patients » est réalisée au niveau institutionnel par :
- Les audits périodiques suivis par le cadre supérieur de santé responsable de la qualité
- L'enquête e-satis (accueil du patient, respect de l'intimité et patient associé aux décisions le concernant) et les questionnaires de satisfaction, les résultats d'une borne tactile,
- L'analyse des plaintes et les réclamations,
- Les enquêtes "un jour donné" sur la bientraitance,
- Le suivi des objectifs du programme qualité et gestion des risques « droits des patients »
- Le projet de soins qui est l'outil de suivi des indicateurs du projet.

et au niveau de certains services et pôles par un contrôle interne qui permet de s'assurer des bonnes pratiques de soins. Ces éléments font l'objet d'un suivi et de bilans périodiques.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les pilotes du groupe de travail «droits des patients » sont chargés de suivre les actions mises en place au regard des objectifs. Un point de situation périodique de l'avancée des objectifs est réalisé en CQVSSSP. Diverses actions d'amélioration sont mises en œuvre lorsqu'il y a lieu comme la mise en place d'un chauffe biberon pour les familles en néonatologie, une chauffeuse pour les parents dans les chambres, la réalisation d'un salon d'attente et d'un salon de sortie. Le résultats issus du contrôle interne de la qualité des soins font l'objet d'un compte rendu à l'équipe lors des réunions de service, et au niveau du pôle lors des réunions mensuelles des cadres. La CDU est informée du programme qualité et des résultats des actions réalisées. La communication plus générale en direction du public est réalisée sur le site internet et par voie d'affichage dans l'allée principale de circulation de l'HURB.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

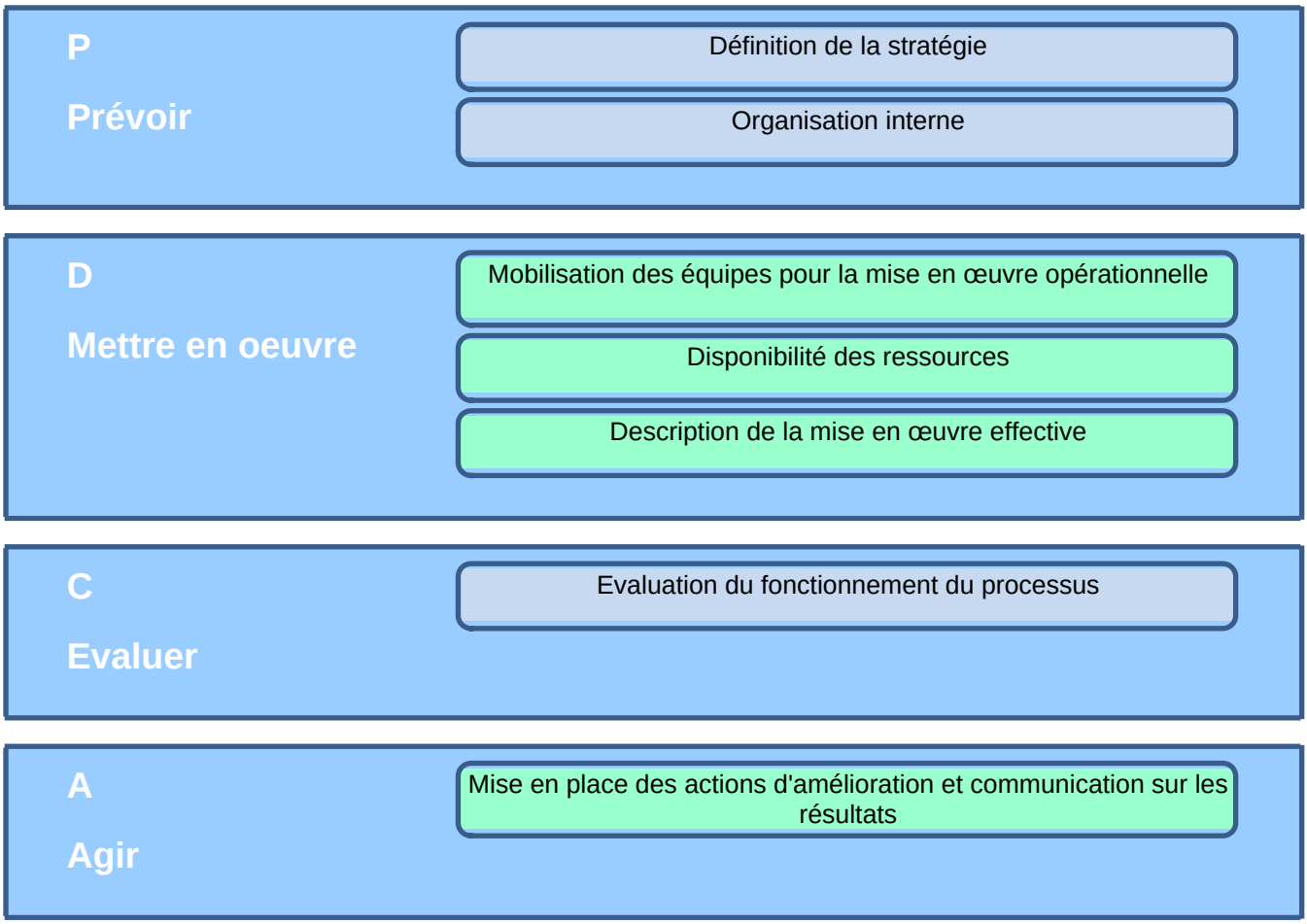
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficience des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'AP-HP a défini une stratégie générale pour le parcours patient intitulée « Penser le parcours patient de demain », elle constitue l'une des 4 thématiques prioritaires du projet de l'établissement. Cette thématique est structurée en 3 axes : les points transversaux des différents types de parcours du patient, l'approche du parcours du patient par groupe de population et l'approche par maladie chronique. En déclinaison de cette stratégie institutionnelle, l'hôpital universitaire Robert-Debré (HURD) a défini sa stratégie du processus "Parcours Patient" dans le projet d'établissement 2015–2019, au regard de ses spécificités, la prise en charge des pathologies des enfants et adolescents, et des futures mères. Les axes principaux de cette stratégie visent à : - structurer son maillage territorial pour la prise en charge sanitaire des patients, en répondant à ses missions de recours et de proximité dans le Nord-est de l'Ile-de-France ; - appliquer les fondements et valeurs retenus par l'AP-HP : une égalité des soins réelle et vérifiable, une identité hospitalière « ouverte et coopérante », inscrite dans les parcours, un attachement à la démocratie sanitaire et la promotion continue de l'innovation ; - promouvoir une médecine de parcours, centrée autour du patient, avec le développement des prises en charge ambulatoires ; - resserrer ses liens avec plusieurs autres hôpitaux de l'AP-HP œuvrant dans le domaine pédiatrique et de la périnatalité : développer les coopérations et partenariats privilégiés avec l'hôpital Armand-Trousseau et l'hôpital Necker-Enfants malades, travailler au sein du maillage territorial avec les hôpitaux Louis Mourier et Jean Verdier ; - développer la coopération avec des services hospitaliers spécialisés d'adultes afin d'organiser la continuité des parcours au-delà de l'enfance dans diverses pathologies chroniques «enfant-adulte» représente un objectif (partenariats ciblés, partage des expertises) ; - rendre plus lisible l'articulation du sanitaire et du social pour une prise en charge globale du patient : renforcer les liens avec les collectivités locales, les structures de protection maternelle et infantile (PMI) et les différents acteurs de la prévention ; Les objectifs généraux du projet qualité-gestion des risques de l'établissement, et particulièrement l'appropriation des démarches qualité par les professionnels de terrain, sont repris dans le processus "Parcours du patient". Plusieurs ateliers de travail pluridisciplinaires ont contribué à la définition de cette stratégie. 14 parcours ont été identifiés, correspondant à des spécialités ou à des pathologies. Les besoins ont été identifiés au regard des analyses des GHM, des évaluations (indicateurs, FEI, enquêtes, retour des représentants des usagers) et du contexte de l'établissement dans un environnement en mutation (caractéristiques sociales et démographiques de la patientèle et des professionnels de santé). Un audit externe a été diligenté en 2015 pour établir une cartographie du niveau d'accessibilité dans l'établissement pour les personnes présentant les différents types de handicap (moteur, visuel, auditif, mental). L'analyse des risques a été réalisée à partir de l'analyse du processus de chaque parcours identifié, des IQSSD, des EI et enseignements issus des audits, auto-évaluations, EPP, RMM et CREX, de la satisfaction des patients, des retours directs des professionnels de terrain (entretiens, réunions de travail), de l'étude des procédures et documents de référence. L'évaluation et la hiérarchisation des risques ont été réalisées selon la méthode HAS en collaboration avec les personnels concernés. Parmi les 45 risques identifiés, 7 risques prioritaires ont été retenus et inscrits dans le Compte Qualité. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques et aux spécificités de l'établissement ont été définis. Ces actions d'amélioration sont structurées et en lien avec le PAQSS de l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
La Directrice de l'établissement, le médecin Président de la CME et la Directrice coordinatrice des soins assurent le pilotage stratégique du processus. Ils s'appuient sur un pilotage opérationnel avec 5 pilotes experts et impliqués dans l'organisation de l'établissement. Les rôles et responsabilités des pilotes des groupes thématiques de certification sont identifiés dans les fiches de missions. Ils sont en lien avec la gestionnaire des risques liés aux soins, ainsi que les différentes instances de l'établissement (DSAP/DOQ,CLUD, CEDUC, CQVSSSP, DPOQ, CEIG, Comité EPP/RMM, Comité de pilotage spécifique...) ou de l'AP-HP. Des groupes spécifiques sont constitués pour la définition, la mise en œuvre et le suivi de certains projets : ainsi le CLAN, la commission des séjours, les comités de pilotage pour la réorganisation des consultations médicales, pour les consultations chirurgicales et d'anesthésie, le groupe de travail sur la sortie en gastro-entérologie et pédiatrie générale, ou encore le comité de pilotage du projet de Plateforme d'accompagnement aux adolescents et jeunes adultes en transition de la pédiatrie aux services de soins pour adultes. Ce projet a été soumis dans le cadre de l'appel à projet ministériel sur l'accompagnement en santé et a été retenu. Au regard de ses missions, besoins et risques identifiés l'établissement les ressources nécessaires.

Les ressources humaines en effectifs et compétences nécessaires pour l'atteinte des objectifs sont prévues, tant en personnel médical que paramédical (soignants, kinésithérapeutes), techniciens (psychologue, assistante sociale, orthophoniste, diététicien...), travailleurs sociaux (assistantes sociales, éducateurs), technique et administratif. Une équipe de médiatrices interculturelles, assurant entre autres la mission d'interprète, est organisée. Une convention avec l'Éducation Nationale organise la continuité scolaire pour les enfants présentant des maladies chroniques obérant la continuité de leur scolarité. Le processus de sélection de candidature pour le personnel soignant vise à recruter des professionnels ayant les aptitudes nécessaires pour exercer dans un secteur pédiatrique. Les modalités de recrutement sont définies pour les nouveaux arrivants, (médecins, paramédicaux...), un livret d'accueil a été élaboré. Les formations nécessaires pour l'entretien des compétences des professionnels en poste (gestes d'urgence…) sont organisées. Des formations visant au développement et à l'élargissement des compétences (DU /DPC) sont prévues (hypnose, utilisation du MEOPA…). Le processus d'intégration des nouveaux arrivants est organisé tant pour le personnel soignant que médical (internes en médecine, pharmacie, sages-femmes). L'organisation des soins inclut la séniorisation médicale et chirurgicale. La permanence des soins est organisée, avec notamment la présence sur place d'un chirurgien senior de "viscéral avec un interne d'orthopédie" ou inversement, l'interne sur place pouvant recourir si nécessaire au chirurgien senior d'astreinte dans sa spécialité. Il est prévu de mutualiser certains moyens en personnel: équipe de suppléance d'IDE (organisée par une charte), équipe de soins palliatifs, 5 postes d'assistants partagés avec des établissements hospitaliers de proximité... L'établissement a organisé un dispositif de mise en relation téléphonique directe entre médecins pour obtenir l'avis spécialisé d'un confrère (entre médecins de l'HURD et avec des correspondants externes sélectionnés). Une permanence d'accès aux soins est organisée.
Des documents génériques ou spécialisés sont élaborés en fonction de l'activité des services et des parcours (protocoles, procédures, consignes). Leur mise à disposition est organisée.
L'établissement favorise l'implication des professionnels : des livrets d'accueil spécifiques destinés aux patients et à leurs parents sont élaborés par les professionnels de terrain dans plusieurs secteurs (pédiatrie générale, pédopsychiatrie, maternité, hémato-oncologie, réanimation…), d'autres sont en cours de réalisation (neurologie...). Le talent artistique de certains professionnels est souvent mobilisé pour illustrer ces documents.
Une structure dénommée Centre d'éducation thérapeutique (CEDUC) est en place depuis 2006, rattachée à la DSAP. Elle a des missions de coordination, de suivi des programmes, de soutien des équipes, d'animation et de communication.
Une vingtaine de programmes d'ETP sont formalisés et reconnus, dont un est mutualisé, en diabétologie). Des supports appropriés sont prévus, en particulier un dossier d'éducation thérapeutique commun pour les divers programmes. En sus de ces programmes structurés, des documents d'éducation thérapeutique sont élaborés par les équipes (par exemple, le livret En route vers la sortie dans le service de néonatologie), ou sélectionnés parmi les documents élaborés par les sociétés savantes ou associations. Leur mise à disposition et leur utilisation par les professionnels sont organisées. Des outils d'évaluation spécifiques ont été élaborés : fiches d'audits divers, fiches d'auto-évaluation (sortie, compte-rendu d'hospitalisation, EG).
Dans les divers parcours de prise en charge, les besoins des patients et de leurs familles (confidentialité, intimité, attente…) sont pris en compte. L'organisation des consultations vise à optimiser les venues des patients dans l'établissement : ainsi la charte des consultations validée par la CMEL dispose que le demandeur doit argumenter et préciser le niveau d'urgence du rendez-vous, ce qui permet fluidifier la programmation en appréciant la priorité ou réorientant le patient, s'il y a lieu. Des consultations multidisciplinaires sont organisées pour certaines maladies chroniques avec la présence de personnels médicaux et paramédicaux (IDE, kinésithérapeutes...). Les circuits au sein de l'établissement sont organisés (accueil, signalétique…).
L'établissement s'est organisé pour faciliter l'accueil et les activités des associations et des bénévoles.
Les locaux et équipements nécessaires à l'atteinte des objectifs sont prévus pour les différents parcours et adaptés aux caractéristiques des patients et de leurs pathologies (isolement, aides techniques, fauteuil-lit pour un éventuel accompagnant…). L'entretien, la maintenance et la gestion des pannes sont organisées (GMAO). Des calendriers de réalisation des travaux et des achats sont établis. La prise en charge des urgences vitales est organisée (modalités, chariots d'urgence). Le suivi de la disponibilité des lits et places est organisé. L'établissement a mis en place une cellule de gestion des séjours avec un suivi rapproché en période hivernale. Un plan "EPIVER" permet la mobilisation de ressources humaines et la libération de lits au sein de l'établissement en cas de nécessité et active une coopération renforcée avec les autres établissements de l'AP-HP et l'HAD. Des conventions sont conclues avec deux établissements de SSR pédiatriques : l'Hôpital d'enfants Margency (pathologies oncohématologiques, respiratoires, digestives, endocriniennes et métaboliques, néphrologiques, soins palliatifs…) et le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Bois Larris.
Les transferts internes et externes des patients sont organisés.
Les interfaces sont organisées en interne, entre les différents secteurs médicaux, médico-techniques et administratif, et en externe avec les structures sanitaires extérieures (autres services de l'AP-HP, EFS, réseaux de santé, autres établissements hospitaliers) et les prestataires (cuisine ...). La participation des usagers à l'amélioration de la qualité du Parcours du patient est organisée. Les articulations entre les instances et directions centrales d'une part, et les pilotes de la thématique et instances concernées au niveau de l'HURD d'autre part, sont organisées et les rôles respectifs établis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
L'encadrement médical et soignant de chaque secteur (pôle, service) décline auprès de ses équipes la stratégie de l'établissement pour les différents registres de la thématique qui le concernent. Des objectifs et plans d'actions opérationnels spécifiques sont définis, après concertation avec les professionnels. L'encadrement sensibilise les professionnels aux risques identifiés dans leur secteur et s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (audits de pratiques, RMM, CREX…). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements et événements indésirables, baisse des résultats des IQSS, résultats des évaluations, des retours d'expérience, plaintes et réclamations…). Ces actions sont identifiées par la Direction des opérations et qualité et les pilotes du processus "Parcours du patient", avec la participation des professionnels de terrain Les résultats obtenus après leur mise en œuvre sont communiqués aux équipes.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les effectifs et compétences prévus pour assurer les diverses prises en charge sont disponibles et appropriés aux différentes étapes du parcours du patient y compris la nuit, et à l'activité. Les personnels prévus pour assurer les missions transversales (éducation thérapeutique, service social, médiatrices interculturelles…) sont disponibles. Les modalités de sollicitation de ces ressources sont disponibles. Les tableaux de gardes et astreintes permettent d'assurer la permanence des soins (médecins, infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, sages femmes, kinésithérapeutes...). Les remplacements prévus ou inopinés sont assurés. Les formations prévues sont mises en œuvre et tracées. Les tableaux de garde et astreintes des professionnels médicaux, paramédicaux, techniques et de support sont disponibles sur l'intranet ou affichés, et à jour. Les conduites à tenir en cas d'urgence sont en place et aisément accessibles. Les documents professionnels de référence prévus pour les différentes prises en charge sont disponibles, de même que les documents d'information et d'éducation thérapeutique des patients et de leurs familles. Les locaux et les équipements prévus sont en place et adaptés. En particulier, les ouvertures de l'ensemble des locaux accessibles au public sont sécurisées. Les chariots d'urgence sont présents et accessibles dans l'ensemble des services, y compris sur le plateau technique de rééducation fonctionnelle.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Le dispositif prévu pour l'accueil et, s'il y a lieu, l'orientation des patients (demandes de consultation, urgences, transferts) est opérationnel. Le circuit des patients tient compte des pathologies ou prise en charge spécifiques, maladies chroniques, et du degré d'urgence de la prise en charge. Les hospitalisations programmées sont préparées sur la base des prescriptions et consignes issues de la consultation préalable ou du plan personnalisé de soins. Il a été cependant constaté dans un secteur spécialisé que le relais entre la consultation et l'hospitalisation subséquente n'était pas toujours efficient. En service d'ophtalmologie (patient traceur N°4), l'absence d'accessibilité aux informations médicales issues des consultations antérieures ne permet pas d'assurer le relais entre les équipes. Dès l'accueil, le patient et/ou ses proches sont accueillis par le personnel soignant qualifié et examinés par un médecin, ils sont informés de leurs droits, des conditions d'hébergement, et du programme de soins et de surveillance. Les évaluations initiales médicale et paramédicale sont tracées dans le dossier du patient, et prennent en compte l'ensemble des besoins. En particulier, un examen médical somatique est systématiquement réalisé lors de toute admission en pédopsychiatrie. Le recueil de l'autorisation de soins auprès du ou des représentants légaux d'un patient mineur est systématiquement réalisé en conformité avec la procédure. La réflexion bénéfice /risque est prise en compte dans la prise en charge des patients, elle est issue de réflexions collégiales dans plusieurs prises en charges à risque (RCP notamment). Le patient et/ou ses parents sont associés à l'élaboration du plan personnalisé de soins. Ces informations sont tracées. L'identification du patient est systématiquement réalisée en conformité avec la procédure (bracelet d'identification, photographie jointe au dossier en pédopsychiatrie avec l'accord du représentant légal). L'existence d'un handicap conduit les professionnels à proposer les meilleures conditions d'hébergement, compte tenu des locaux disponibles (exiguïté de certaines chambres ou locaux). Les patients en situation de précarité conduisent à mobiliser les ressources sociales et associatives appropriées. Les professionnels rencontrés connaissent l'existence des médiatrices culturelles et la façon de les solliciter. La PASS est opérationnelle. L'identification à l'admission et le suivi d'un trouble de l'état nutritionnel sont réalisés et tracés dans le dossier. Le repérage, le traitement et le suivi de la douleur sont effectifs, avec des outils et moyens appropriés. Des évaluations médicales régulières de l'état de santé sont réalisées, elles définissent si besoin les ajustements éventuels de la prise en charge et sont pour la plupart tracées dans le dossier. Les interventions des autres intervenants sont régulièrement tracées dans le dossier (autres médecins spécialisés, diététicien, kinésithérapeute, psychomotricienne, psychologue, assistante sociale...). Le recours à des avis médicaux spécialisés est aisé.

Les professionnels connaissent les règles de présence et le dispositif de gardes et astreintes qui les concernent. La permanence des soins 24h/24 effective dans l'ensemble de l'établissement.
La mise en œuvre des modalités de renforcement et redéploiement des ressources (personnels, lits) en cas de suractivité d'origine épidémique est efficiente.
L'existence d'un risque suicidaire est évaluée lors de l'admission puis en cours d'hospitalisation, le recours à l'avis d'un psychologue et si nécessaire d'un pédopsychiatre (jour et nuit) est possible et connu des professionnels. Les psychologues présents dans l'établissement interviennent auprès des patients et des familles à la demande des équipes médicales et soignantes, ou de façon plus systématique dans certaines prises en charge (hémato-oncologie par exemple).
L'organisation prévue pour la prise en charge des urgences vitales est mise en œuvre. Les professionnels rencontrés sont formés et connaissent les conduites à tenir. Les chariots sont vérifiés selon le calendrier établi et après chaque utilisation par les IDE, et la traçabilité est effective dans la plupart des services.
Les programmes d'éducation thérapeutique disponibles dans l'établissement et répertoriés sont proposés aux patients concernés et/ou leurs parents. En dehors de ces programmes d'ETP, les professionnels utilisent les documents disponibles d'information et d'éducation sur les pathologies, leurs investigations et leurs traitements.
La mise en œuvre des transferts de patients entre les secteurs est conforme aux dispositions prévues : fiches de liaison, dossiers ou extraits de dossiers...
La sortie est organisée de façon à assurer la continuité et la sécurité des soins. Elle est anticipée, élaborée en concertation avec les structures d'aval si besoin avec l'aide de l'assistante sociale. Les patients et les parents des enfants mineurs y sont associés. Une lettre de sortie est remise au patient ou aux parents, en même temps que les autres documents nécessaires pour la continuité des soins: ordonnances, fiches de saison, rendez-vous, carnet de santé renseigné, notamment. Une liste de vérification et de traçabilité des documents remis est renseignée. Le patient et ses proches sont informés sur le traitement et les recommandations de sortie, une conciliation est en place dans le secteur d'hématologie. Les patients et/ou leurs proches sont invités à renseigner le questionnaire de satisfaction. Les événements indésirables en rapport avec le processus, sont déclarés et font si besoin l'objet de RMM ou de CREX. Les médecins de l'HURD participent régulièrement à des réunions avec leurs correspondants des services de SSR avec lesquels ils collaborent.
Les RCP prévues sont réalisées et font l'objet d'une traçabilité. L'activité des commissions, comités et groupes de travail impliqués dans le processus est conforme aux dispositions prévues et généralement tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus Parcours du patient et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils définis : qualité, efficacité du processus et de certains circuits ou interfaces. Des indicateurs de pilotage stratégique sont utilisés : indicateurs nationaux IQSS , régionaux et locaux permettant de suivre les activités de soins (hospitalisation, consultations, DMS, taux de prise en charge ambulatoire en médecine et chirurgie) et d'éducation thérapeutique, la réalisation du plan personnalisé de soin, la mise en œuvre des vérifications de sortie… Des indicateurs de pilotage opérationnel sont identifiés et utilisés: nombre de transferts, de sorties vers une HAD, de CREX, d'évaluations par patients traceurs, durée d'attente aux urgences… De nombreuses évaluations des pratiques évaluent divers aspects du processus : différents chemins cliniques (jeunes nourrissons présentant une bronchiolite, enfants atteints de diabète de type I, de mucoviscidose…), coordination entre consultations d'anesthésie et de chirurgie en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, gestion des sacs et chariots d'urgence.... Récemment, un audit externe sur la signalétique a été commandé. L'analyse des déclarations d'événements indésirables, des plaintes et réclamations et réponses aux questionnaires de satisfaction sont prises en compte dans l'évaluation du processus. Des bilans réguliers sont produits par les divers groupes et comités concernés (consultations, CEDUC, …). L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les pilotes stratégiques et opérationnels, en collaboration avec les divers groupes, comités et commission concernés par le processus, mettent en œuvre de nombreuses actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation et dans les divers registres du processus. C'est ainsi qu'ont été engagées les actions visant à améliorer la qualité et l'efficience de l'organisation des consultations, des sorties, de l'information et de l'éducation des patients et de leurs parents, des conditions d'hébergement (adaptation des chambres au handicap dans le projet architectural)… Les actions identifiées sont intégrées et articulées dans le programme d'actions général de l'établissement. Des ajustements des actions mises en

œuvre sont réalisés en fonction des résultats obtenus. Les résultats des indicateurs de suivi sont communiqués à l'ensemble des exécutifs concernés de l'établissement dès leur disponibilité. Les résultats des évaluations et l'avancement des plans d'action font l'objet de communications et d'échanges lors de réunions organisées périodiquement aux différents niveaux : comité de pilotage de la gouvernance clinique, responsables de pôle, cadres soignants… Un état des lieux des projets structurants est fait lors d'un séminaire annuel. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont également communiqués aux professionnels de terrain au cours de formations polaires et de services, de réunions planifiées ("amphis du lundi") et via le journal interne "RDB actus", largement diffusé. Certains résultats font l'objet de communications externes dans des réunions professionnelles. Les représentants des usagers sont informés des axes d'amélioration lors des réunions de la CDU.

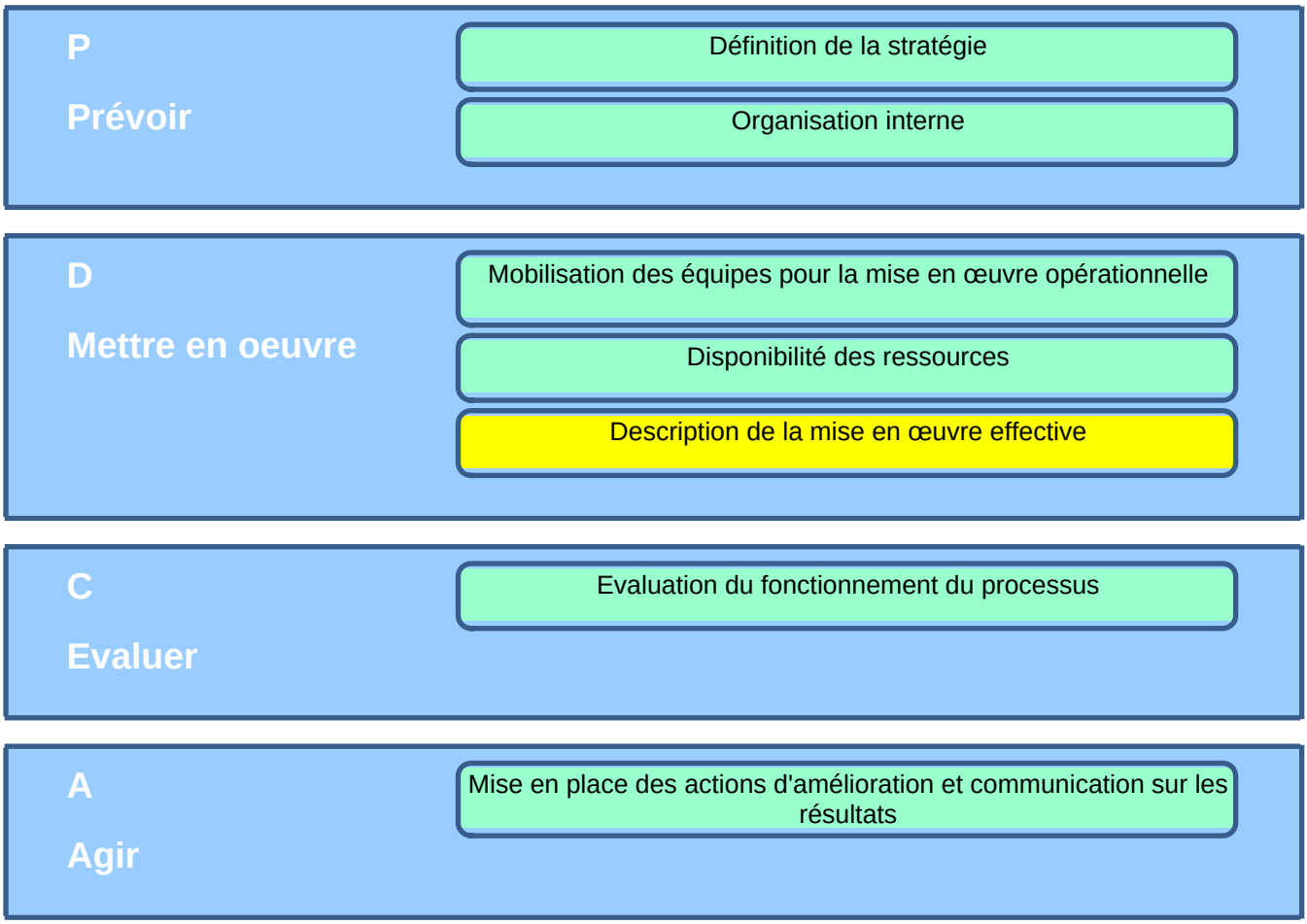
DOSSIER PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris s'est engagée en 2008 dans le choix et le déploiement d'un logiciel unique de dossier patient sur l'ensemble de ses établissements. L'Hôpital universitaire Robert Debré (HURB) disposait d'un logiciel de dossier patient spécifique à la prise en charge pédiatrique qui ne pouvait plus évoluer. Le nouveau logiciel institutionnel devrait être déployé dans l'HURB en 2017. Ce déploiement est inscrit dans l'axe 3 du plan stratégique de l'HURB «Développer une approche dynamique et intégrée de la sécurité de la qualité des soins », sous chapitre « Améliorer l'expérience vécue par le patient - Mieux tenir le dossier du patient ». L'identification des risques a été réalisée à partir d'une analyse du processus selon 5 étapes : la création du dossier, le recueil des données de prise en charge, la circulation du dossier, l'accessibilité aux ayants droit, l'archivage. Les professionnels concernés, dont les secrétaires hospitalières et médicales, les personnels des archives ainsi que la chargée des relations avec les usagers ont été associés pour alimenter et contribuer à la réflexion sur les risques identifiés. Les segments du processus se recoupant avec d'autres thématiques (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, Management de la prise en charge médicamenteuse du patient) ont fait l'objet d'un rapprochement avec les groupes concernés. Les risques ont été hiérarchisés selon une méthode définie. La priorisation a permis d'identifier 3 risques principaux au nombre qui, après validation par la CMEL en mars 2016, ont été inscrits dans le compte qualité (2 pour la gestion des dossiers, 1 pour l'accès au dossier). Un plan d'actions accompagne les risques prioritaires. Les actions d'amélioration sont structurés en mode projet avec un responsable, une échéance de début et de fin, des modalités de suivi. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel dans le sous-chapitre « Améliorer l'expérience vécue par le patient - mieux tenir le dossier du patient » de l'axe 3 « Développer une approche dynamique et intégrée de la sécurité de la qualité des soins ».
ORGANISATION INTERNE
Le déploiement du nouveau dossier patient informatisé est fixé dans le calendrier défini par le siège de l'AP-HP. Un accompagnement par le siège des équipes métier de l'HURB est mis en place pour optimiser le déploiement et la prise en main par les utilisateurs de l'établissement. Le Directeur de l'HURB est responsable du déploiement du nouvel outil informatique dans son établissement, et notamment de la mobilisation de l'ensemble de ses équipes, administratives, logistiques, soignantes, médicotechniques et médicales. Le responsable de la Commission dossier patient, le DIM participe aux réunions institutionnelles du siège. Une cadre de santé représentant la direction des soins apporte la contribution des soignants de l'HURB à la définition des spécifications pédiatriques du nouvel outil informatique institutionnel. Le pilotage a été confié à un trio : le médecin responsable de la commission du dossier patient, le médecin DIM, un cadre expert référent pour le dossier représentant de la direction des soins. Une lettre de mission accompagne leur désignation. Les outils permettant actuellement la gestion des données du patient sont représentés par un logiciel DPI historique, des applications métiers (urgences, imagerie, maternité...) et une série de supports papiers dont le format de base est normalisé (dossier médical, de soins, d'anesthésie, transfusionnel…), chaque secteur ayant la possibilité d'utiliser en sus des fiches spécifiques au regard de ses besoins. Un logiciel spécifique pour la gestion des archives est prévu. Les règles de constitution et de tenue du dossier du patient sont définies dans une charte pour l'ensemble du dossier : administratif, médical et de soins. Les habilitations, les responsabilités, les règles d'accessibilité, de transfert et d'archivage (interne et externalisé) sont définies. L' information et les modalités d'accès du patient à son dossier sont définies. Il existe un guide "Communiquer le dossier médical" élaboré par le service juridique de l'AP-HP. La procédure de gestion des demandes de communication à l'HURB a été révisée récemment, en associant notamment au processus la chargée des relations avec les usagers, suite aux résultats des évaluations des délais. Les ressources humaines en effectif et compétences sont prévues : formations aux outils informatiques, maintenance des équipements, personnel d'archivage, notamment. Les ressources matérielles nécessaires (supports en papier, postes de travail) sont prévues. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Chaque pôle connaît les objectifs de qualité qui lui sont assignés. Les référents médicaux et paramédicaux relayent dans les services les règles de tenue du dossier du patient ainsi que les règles d'accès des patients à leurs dossiers. Ils s'assurent des bonnes pratiques par la réalisation

d'audits périodiques. Les cadres de proximité réalisent des audits de dossier de soins. Des actions sont mises en place en fonction des résultats obtenus, avec la participation des professionnels. Les résultats des indicateurs et des audits sont présentés aux équipes lors des réunions de service avec l'appui du cadre expert représentante de la direction des soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier patient informatisé défini par le siège de l'AP-HP a été ajusté suite à un audit en fonction de l'avancée des différentes parties (identification, administration, dossier médical et dossier de soins). Il devrait intervenir dans le courant de 2017. Il n'existe pas de dossier unique du patient dans l'établissement. L'ensemble des informations constituant le dossier du patient, dans les différents registres administratif, médical et soignant, sont réparties dans plusieurs supports : logiciel institutionnel, logiciel métier spécifique (urgences), pochettes et documents en papier pour les dossiers médicaux et de soins. Chaque service d'hospitalisation crée un dossier lors du passage. Ce dossier n'est pas réutilisé par les autres services. Il n'existe pas de dossier colligeant l'ensemble des données sur un support unique utilisé par l'ensemble des secteurs. Un regroupement est effectué à terme dans un grande pochette. Seule la partie administrative informatisée du dossier est unique et suit le patient au fil de ses prises en charge dans l'établissement. Les serveurs d'imagerie et de biologie médicale ainsi que le logiciel de gestion des archives sont opérationnels. Les supports et les équipements prévus sont à la disposition des professionnels. Les ressources humaines prévues sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La partie du dossier qui est actuellement informatisée contient les informations administratives (identités et mouvements) et certains éléments du dossier médical : les comptes rendus de consultations, les lettres des correspondants, les prescriptions, les comptes rendus des examens complémentaires et les comptes rendus d'hospitalisation. Les autres parties du dossier sont dans la plupart des secteurs sur papier, et réunissent dans un dossier du patient le dossier médical et le dossier de soins, complétés s'il y a lieu par le dossier d'anesthésie, le dossier transfusionnel… Le dossier patient suit le patient dans les différent services, regroupant les différentes informations des différents passages et différentes hospitalisations.
Le secteur des urgences générales et la maternité utilisent pour tracer leurs activités de soins des logiciels métier spécifiques. Les prescriptions à usage interne des urgences ou remises au patient en cas de sortie directe sont tracées dans le DPI spécifique. Lors du transfert d'un patient du secteur des urgences vers un service d'hospitalisation, une édition sur papier des éléments du dossier informatisé des urgences est adressée au service, et les prescriptions sont saisies sur le logiciel institutionnel.
Les règles de tenue des dossiers sont généralement respectées :
- l'identification des acteurs, la datation des observations et des actes sont effectives.
- la réflexion bénéfice/risque est tracée, lorsqu'il y a lieu.
- les comptes rendus d'hospitalisation sont rédigés par un interne puis validés par un sénior. Ils deviennent alors consultables par l'ensemble des médecins de l'établissement sur le logiciel DPI en service.
- la vérification des documents remis au patient lors de la sortie (ordonnances, lettre, fiches de liaison, rendez-vous, carnet de santé…) est tracée, le double de la lettre de sortie est conservé.
Cependant, il a été constaté que la tenue du dossier du patient ne présente pas systématiquement les garanties de sécurité : défaut de traçabilité des prescriptions médicales de la surveillance par les soignants, de validation par un senior de certains actes qui le nécessitent, défaut de numérotation des différentes feuilles constituant le dossier papier.
L'information du patient et de ses parents et leur accord sur le projet de soins sont généralement tracés, cependant plusieurs manquements ont été constatés lors des investigations : défaut généralisé de traçabilité de l'information prétransfusionnelle, défaut sectoriel d'information avant mise à la rue en chirurgie ambulatoire gynécologique.
Les éléments du dossier du patient sont généralement à la disposition des professionnels de santé concernés par la délivrance des soins. Il a cependant été observé lors d'une investigation par patient traceur l'absence de disponibilité du dossier médical dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Le logiciel dédié à la gestion des archives enregistre tous les dossiers ouverts pour un même patient et permet de les localiser. Les professionnels rencontrés utilisent aisément et efficacement les outils informatiques dont ils disposent (DPI, logiciels métiers, serveurs d'imagerie, de biologie...). Les modalités prévues d'information des patients sur leur droit d'accès et sur les modalités pour l'exercer sont respectées (remise du livret d'accueil, de la fiche "Des interlocuteurs à votre écoute"). La procédure de communication du dossier au patient est appliquée. Le délai de communication pour les dossiers récents datant de moins de 2 ans n'étant pas conforme à la réglementation, la procédure a été révisée récemment afin d'en améliorer l'efficacité. L'établissement a identifié ce dysfonctionnement dans son CQ et un plan d'actions est en cours. Quelques événements indésirables relatifs à la disponibilité et plus généralement à la gestion des dossiers sont déclarés dans le système institutionnel OSIRIS (20 en 2015).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Il existe un dispositif structuré d'évaluation. De nombreux audits périodiques sont en place : - Recueil des IQSS nationaux(tenue du dossier patient 1 et 2, dossier d'anesthésie). - Audits mensuels sur le dossier de soins concernant, en sus du panel HAS, les unités de pédopsychiatrie, d'hôpital de jour (chirurgie, médecine, gynéco-obstétrique) et l'UHCD. - Audit de l'efficacité du positionnement des dossiers au regard de la traçabilité saisie dans le logiciel des archives (présence dans les unités, dans les archives actives ou externalisées). - Audit sur le respect des délais de récupération des dossiers externalisés et de récupération d'un dossier en urgence le jour de l'entrée. - Audit sur les déclarations des évènements indésirables accompagnés de leur analyse (20 évènements déclarés en 2015). - Audit sur le délai d'envoi des comptes rendus et sur leur contenu. Toutes ces évaluations sont suivies sur des tableaux de bord et font l'objet de bilans.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des évaluations des différents volets du processus sont régulièrement analysés et font l'objet, s'il y a lieu, d'actions d'amélioration structurées. Les plans d'actions sont soumis aux instances adéquates (CMEL, CSIRMT) et articulés avec le PAQSS général. Le suivi des plans d'actions est réalisé par le cadre expert copilote de la thématique. La communication des résultats des évaluations et des plans d'action retenus est assurée en direction de l'encadrement des pôles et services, chargés de les relayer vers les professionnels de leur secteur. La communication aux usagers des résultats pertinents est assurée lors de présentations à la CDU (délais de traitement des demandes d'accès au dossier notamment) et par voie d'affichage pour les indicateurs nationaux en conformité avec la réglementation.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le management de la PECM constitue un axe majeur du programme qualité sécurité des soins dans le projet d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP. Il répond à l'identification des besoins de l'institution au regard de ses missions, des orientations régionales et nationales et de ses spécificités. La stratégie de la structure transversale (Agence Générale des Équipements et Produits de Santé - AGEPS) est basée notamment sur une analyse des risques et leur hiérarchisation selon une méthodologie définie, et déclinée dans un programme d'actions. Il existe un CBUS central. L'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURB) a décliné la politique de l'institution AP-HP dans son plan stratégique 2015-2019 dans la sous-rubrique "Sécuriser le circuit du médicament" de la rubrique «Sécuriser en continu nos pratiques » de l'axe «Développer une approche dynamique et intégrée de la sécurité de la qualité des soins ». L' HURB a identifié ses besoins et analysé ses risques en concertation avec les professionnels concernés. L'identification des risques : - a été réalisée pour les risques a priori selon une approche processus (52 sous-processus). 16 unités de soins et 6 secteurs transversaux ont fait l'objet en 2012 d'une auto-évaluation avec un outil validé (ARCHIMED). Cette évaluation a été réactualisée en 2015-2016 pour 12 unités. - a intégré le bilan des évènements indésirables colligés depuis 2012 et les enseignements issus des analyses des causes profondes, les résultats des évaluations (IQSS, audits), les résultats des inspections et de la précédente certification HAS ainsi que les données figurant dans le bilan annuel du CBUS. Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon une méthode définie en concertation avec les professionnels de terrain concernés. Quatre risques principaux ont été retenus et inscrits dans le Compte qualité. Des actions d'amélioration structurées ont été définies et réunies dans un plan d'actions construit en mode projet. Après validation par les instances appropriées, ce plan d'actions a été intégré dans le Programme Qualité et Gestion des risques de l'établissement (sous-thématique "Assurer le management de la prise en charge médicamenteuse" de l'axe" - Le management stratégique au service de la qualité et de la gestion des risques").
ORGANISATION INTERNE
L'AP-HP a mis en place au niveau central l'organisation définie par l'arrêté du 06/04/2011. Il existe une COMEDIMS et un RSMQPECM centraux en lien avec la cellule Qualité Sécurité des Soins et Commission d'Accueil Prise en Charge des Usagers (QSS-CAPCU) mise en place par la CME et qui assure la coordination de tous les acteurs impliqués dans la PECM. Le RSMQPECM et la COMEDIMS centraux portent les axes d'amélioration généraux (informatisation, juste prescription : axe BUM et Antibiotiques), et organisent un accompagnement des sites GH/H/HAD, en particulier : - Gestion des risques : évaluations ARCHIMED, appui CREX/RMM, adaptations de la FEI générique OSIRIS, articulation entre les EI médicament et les vigilances... - Formations au CREX du RSMQPECM, modules (nouveaux arrivants, internes, paramédicaux, préparateurs...), supports, journée annuelle des professionnels - Communication : site internet et lettre du COMEDIMS... - Gestion documentaire : guides, livrets - Continuité médicamenteuse, notamment lors des transitions ville-hôpital. Le pôle Pharmacie hospitalière de l'AGEPS, qui a le statut de PUI, assure une partie centralisée et transversale du circuit du médicament pour chaque site hospitalier de l'AP-HP, dont l'HURD (achats de médicaments et dispositifs médicaux, approvisionnement, distribution, études médico-économiques, essais hospitaliers, notamment). Cette organisation est formalisée. L'HURD a mis en place l'organisation définie par l'arrêté du 06/04/2011. Une responsable RSMQPCM a été nommée, également coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS). Sa nomination est formalisée et fait l'objet d'une fiche de poste. Une rencontre avec le RSMQPECM central et les RSMQPECM des autres établissements de l'institution AP-HP est organisée 3 fois par an afin d'assurer une déclinaison descendante des axes d'amélioration généraux (informatisation, juste prescription...) et de permettre un partage d'expérience et une remontée d'informations. Le pilotage du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est assuré conjointement par la RSMQPCM et par une pharmacienne. Leur nomination est formalisée et leurs missions sont définies dans une fiche de missions générique pour tous les pilotes. Les pilotes coopèrent avec diverses instances et comités, en particulier avec : - le comité opérationnel de la PECM qui réunit, outre le CGRAS et le RSMQPCM, des représentants de la direction générale et de la direction en charge de la qualité et de la gestion des risques, de la CME, de la DSAP, de la pharmacie, des vigilances et l'ensemble des chefs de service, notamment. Ses missions et son fonctionnement sont définis. - le COMEDIMS local, régulièrement constitué. Le président est membre du COMEDIMS central. Un cadre expert en soins de la DSAP chargé de missions transversales est associé au pilotage du

processus.
La réunion d'un groupe restreint (RISK) associant les pilotes, le CGRAS, le cadre expert et la direction qualité est organisée chaque semaine pour assurer le suivi du processus (événements indésirables, alertes, avancée des actions d'amélioration…).
Les réseaux des référents qualité au niveau des pôles et des référents spécifiques PECM au niveau de chaque service concerné (trio associant médecin, pharmacien et cadre soignant) sont en charge de relayer et de contribuer sur le terrain à la sécurisation du circuit du médicament.
Un manuel d'assurance qualité de la PECM a été élaboré et mis en application en septembre 2016. Il expose la stratégie de l'établissement dans le domaine et décrit précisément le périmètre, les organigrammes, les processus (management, opérationnel, support), le système documentaire et le dispositif d'évaluation et d'amélioration de la PECM.
L'organigramme de la PUI de l'HURD est défini. Elle comprend plusieurs secteurs : unité de reconstitution des cytotoxiques, unité de fabrication de poches de nutrition parentérale, unité de préparation pédiatrique, unité de contrôle des préparations et des poches de nutrition, unité de reconditionnement unitaire et fractionné, unité de stérilisation, notamment. Son fonctionnement est organisé, de même que la permanence pharmaceutique.
La liste des prescripteurs habilités est tenue à jour. Les correspondants de matériovigilance et de pharmacovigilance sont identifiés.
La conciliation médicamenteuse est engagée.
L'approvisionnement de la PUI de l'HURD par l'intermédiaire de l'AGEPS est organisé.
Les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du fonctionnement défini pour la PECM sont prévues et suivies par un trio constitué d'une pharmacienne, de la RSMQPECML, et du cadre expert en soins représentant la DSAP. Les fiches de poste des internes en médecine précisent les règles qu'ils doivent respecter pour les prescriptions, notamment au regard de leur validation par un senior. L'identification d'un pharmacien correspondant pour chaque service clinique est prévue.
Les besoins en formation sont identifiés par les pilotes en concertation avec l'encadrement médical et paramédical. La vérification des compétences requises pour un exercice en pédiatrie est prévue lors du processus d'embauche du personnel infirmier. La formation des internes en médecine aux bonnes pratiques de prescription et à la prévention des erreurs médicamenteuses est organisée. Des formations sur les bonnes pratiques sont organisées plusieurs fois par an à destination des différents acteurs du circuit du médicament au niveau de l'établissement ou des pôles (prescription, administration, médicaments à risque, PSL, pharmacovigilance, prévention des erreurs médicamenteuses, effets indésirables, ateliers de calcul de dose…). La formation aux outils informatiques (nouveaux arrivants, ou en cas d'évolution des outils) est prévue. Certaines formations sont organisées par l'institution AP-HP, notamment pour les personnels d'encadrement.
L'informatisation est engagée. Au moment de la visite, plusieurs logiciels relatifs à la prise en charge médicamenteuse coexistent (prescriptions générales et spécifiques (chimiothérapie, urgences), gestion des DMI, fabrication et gestion de la PUI...). L'implémentation du nouveau système informatique institutionnel est programmée en 2017.
La dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN) des médicaments est généralisée.
Les documents de référence nécessaires au fonctionnement du circuit du médicament sont élaborés : la procédure de traçabilité de la pose des DMI est validée, le support de l'information sur le DMI devant être donnée au patient est défini, une procédure intitulée "Règles de bonnes pratiques infirmières dans le processus du circuit du médicament", actualisée en octobre 2016, précise les référents de proximité pour chaque service, définit les règles de gestion des armoires à pharmacie sécurisées, les modalités de commande, de livraison, de stockage des différentes catégories de produits, la gestion des médicaments personnels, les critères de conformité d'une prescription, les règles de préparation et d'administration des médicaments, la traçabilité, la collaboration entre les IDE, aides-soignants et auxiliaires de puériculture, l'information du patient, le dispositif d'évaluation des pratiques. Elle est complétée par un Guide pratique du médicament et des solutés qui reprend ces différents points sous une forme plus concise et visuelle, et destiné à être personnalisé et servir de vademecum.
Une "Charte des bonnes pratiques de l'administration des médicaments à l'hôpital universitaire Robert-Debré" et un mémento "La règle des 7B à Robert-Debré" ont été élaborés et validés en octobre 2016 par la CMEL et le CLSIRMT en annexe d'une note intitulée "Sécurisation de l'administration du médicament par un personnel habilité" cosignée par la directrice générale, le président de la CMEL et la Coordinatrice générale des soins devant être remise et signée par chaque nouvel IDE embauché.
Il existe une liste des médicaments à risques. Les mesures de précaution et/ou de surveillance spécifiques à respecter en fonction des médicaments à risque identifiés sont définies (double contrôle avant l'administration, par exemple).
Les prescriptions de médicaments orphelins ou dans le cadre d'essais thérapeutiques sont encadrées.
Les spécificités pédiatriques sont systématiquement prises en compte dans tous ces documents.
Il existe une procédure de fonctionnement dégradé en cas de panne informatique. Ces documents sont actualisés et leur diffusion auprès des professionnels est organisée (zone intranet spécifique pour le circuit du médicament, classeurs dans les unités).
Des outils d'aide à la prescription sont élaborés (livrets thérapeutiques des médicaments et DMS actualisés et validés par le COMEDIMS, protocoles de soins à l'initiative des services). L'accès aux bases de données informatisées sur le médicament est organisé.
Les locaux nécessaires ainsi que les ressources matérielles et informatiques nécessaires au

fonctionnement de la PUI, de l'URC et des services sont identifiés et prévus. Un programme d'installation dans les unités de soins d'armoires informatisées en lien direct avec la pharmacie pour la gestion des entrées –sorties est engagé. Des hottes à flux laminaires visant à sécuriser la manipulation des médicaments injectables sont prévues dans les unités soignant des patients à haut risque infectieux.
Des documents d'information destinés aux patients sont prévus, d'intérêt général (« Mon médicament et moi », l'armoire à pharmacie à la maison, utilisation des mini dosettes…) ou spécifiques dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique (endocrinologie, hématologie, entre autres).
Les interfaces entre la PUI centrale et la PUI du site, et entre la PUI du site et les secteurs de soins sont organisées.
La déclaration et l'analyse des événements indésirables au sein de l'HURD sont organisées. Il en est de même pour les événements indésirables pouvant survenir dans l'interface entre la PUI de l'HURD et la PUI centrale.
L'intervention du service informatique en cas de dysfonctionnement ou de panne informatique est organisée. La disponibilité et l'entretien des matériels nécessaires à la PECM (chariots de distribution, armoires à pharmacie, chariots d'urgence...) sont organisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
La stratégie de l'établissement relative au médicament est inscrite dans les contrats de pôle et déclinée en objectifs opérationnels spécifiques. L'encadrement des pôles et des services, en particulier les référents médicaux et paramédicaux, sensibilisent les équipes à la sécurisation et au bon usage des médicaments avec l'appui des pharmaciens correspondants et du cadre expert en soins. La connaissance de la Charte des bonnes pratiques de l'administration des médicaments et de la règle des 7B, ainsi que l'appropriation du Guide pratique du médicament et des solutés sont les références permanentes de ces actions. Les infirmiers nouvellement embauchés s'engagent personnellement à respecter ces bonnes pratiques. Des actions de sensibilisation sont réalisées à l'occasion de la semaine annuelle de la sécurité des patients. L'encouragement des professionnels à la déclaration des événements indésirables, la participation aux audits, la connaissance de leurs résultats et la possibilité de contribuer à leur analyse et à la définition d'actions d'amélioration visent à entretenir et développer la culture de sécurisation de l'utilisation des médicaments dans l'établissement. Plusieurs démarches d'EPP sont en place (bonnes pratiques des apports hydro électrolytiques, caractérisation des indications hors AMM en pédiatrie, sécurisation de l'administration du médicament par voie orale en pédiatrie, suivi des carbapénems...). Le suivi des EPP, RMM et CREX est réalisé sur la base du logiciel du siège AP2.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources humaines prévues en termes d'effectifs et de compétences sont en place et appropriées aux activités des différents secteurs: pharmacie (pharmaciens, préparateurs…) et unités de soins (médecins, cadres de santé, IDE…). L'effectif des 13 pharmaciens est réparti sur les diverses taches (médicament, chimiothérapie-nutrition parentérale-reconditionnement, dispositifs médicaux, stérilisation et pharmacie clinique. La RSMQPECM dispose d'un temps dédié (0,5 ETP). Chaque service clinique a un correspondant identifié parmi les pharmaciens. Les référents pour le médicament de chaque service clinique et médico-technique sont identifiés. La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 18h et le samedi de 9h à 16h30. En dehors de ces plages horaires, la permanence pharmaceutique est assurée par un interne en pharmacie de garde sur place et par un senior d'astreinte. Les formations prévues tant en direction des nouveaux arrivants, médicaux et non médicaux, que des professionnels en place, sont réalisées. Les programmes, les participations et les évaluations de formations sont tracés. En 2015, 4 sessions de formation en rapport avec la PECM ont été réalisées pour les médecins et 6 pour les soignants, dont ont bénéficié 124 et 268 agents, respectivement. L'effectif des médecins concernés est en forte augmentation par rapport aux années antérieures. Les professionnels concernés disposent des habilitations informatiques correspondant à leur fonction. Les procédures et les documents de référence et d'aide sont disponibles (PUI et unités). Cependant, les modalités de mise à disposition des documents d'aide à la prescription et à l'administration ne garantissent pas un accès aisé et efficient par l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux concernés aux documents destinés à les guider dans leur pratique. Les locaux de la PUI sont sécurisés. Ils comprennent notamment une unité de reconstitution des cystostatiques conforme à la réglementation et une zone protégée avec isolateur pour la préparation et le reconditionnement des médicaments à visée pédiatrique (suppositoire, gélule de très petite taille…). L'ensemble des équipements prévus sont opérationnel, leur maintenance et leur contrôle sont organisés. Les unités disposent de salles de soins fermées sauf temporairement pour deux d'entre elles en raison de travaux, les précautions appropriées étant prises. Les armoires à pharmacie sont placées dans une pièce équipée d'un digicode et comportent un coffre intégré pour les stupéfiants. Un programme de mise en place d'armoires informatisées en liaison avec la pharmacie (gestion des entrées-sorties) est en cours de déploiement : 5 unités sont déjà installées (néonatologie, salles de naissance, réanimation, hémodialyse, hôpital de jour de médecine), 3 sont en cours d'installation. Des hottes à flux laminaires sont en place

dans les unités prévues (hématologie…). Les chariots de distribution sécurisés sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement de la PUI est conforme aux procédures dans les différents registres de son activité. La qualité et la sécurité de la prescription, de la préparation, de la dispensation et de l'administration des médicaments anticancéreux sont conformes aux bonnes pratiques (prescription validée par un senior habilité, validation pharmaceutique, fabrication suivie d'un double contrôle, dispensation nominative unitaire avec horodatage de la péremption et accusé de réception dans l'unité de soins…). Une procédure de fonctionnement dégradé en cas d'indisponibilité de l'isolateur de l'URC est en place. La préparation de poches de nutrition parentérale ainsi que la préparation et la reconstitution de certains médicaments injectables (biothérapies notamment) sont réalisées à la PUI selon des standards de qualité reconnus. Les contrôles prévus par les procédures sont effectifs.
Le taux d'informatisation complète des prescriptions est de 84% (rapport d'étape du CBUS 2015). Les prescriptions informatisées sont actualisées toutes les 24 heures. Ces prescriptions ne sont possibles que par les professionnels habilités qui disposent d'un code d'accès et dans le cadre du livret thérapeutique. Les prescripteurs habilités connaissent les règles de prescription et les mettent en œuvre. Il a cependant été constaté que le logiciel de prescription général ne permet pas de restreindre les habilitations aux compétences professionnelles : ainsi, les sages-femmes ont la possibilité de prescrire tous les produits référencés dans le livret thérapeutique.
L'analyse pharmaceutique est réalisée systématiquement pour toutes les prescriptions d'anticancéreux, de nutrition parentérale, des médicaments dérivés du sang et ceux figurant sur la liste en sus. L'analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions est réalisée selon la disponibilité des pharmaciens et concerne actuellement une minorité (environ 30%). Son développement est suspendu au déploiement du nouveau logiciel institutionnel programmé en 2017.
La délivrance des médicaments courants est réalisée en DJIN. Les piluliers sont transportés entre les unités et la pharmacie dans des tiroirs spécifiques fermés installés dans des chariots appropriés. Les préparateurs en pharmacie préparent les piluliers nominatifs. Dans les unités, les IDE réalisent un échange tiroirs pleins-vides et vérifient la concordance du contenu de chaque pilulier avec la prescription avant de le ranger dans le chariot de médicaments.
Pour certaines catégories de médicaments, les professionnels des unités assurent le transport de la pharmacie vers leurs unités (chimiothérapies par les soignants, stupéfiants par les cadres de santé par exemple).
Les modalités prévues de transport et de stockage de proximité des médicaments sont généralement respectées : transport depuis la pharmacie et vérification des produits délivrés par le personnel des unités, armoires à pharmacie fermées, maintien de la chaîne du froid, chariots de distribution sécurisés, vérification du contenu (médicaments et dispositifs médicaux) des chariots d'urgence. Il a cependant été constaté plusieurs défauts de sécurisation : armoire à pharmacie ouverte dans un secteur clos (bloc) occupé seulement par du personnel d'entretien, transports non sécurisés de stupéfiants entre des unités, traçabilité irrégulière des températures d'un réfrigérateur, défaut de traçabilité du maintien du scellage du chariot d'urgence entre deux vérifications de son contenu dans un secteur.
L'administration est réalisée par les professionnels habilités. La vérification de l'identité du patient et la vérification de la prise sont systématiques.
La traçabilité informatique de l'administration n'est actuellement possible que pour les prescriptions relatives aux chimiothérapies qui sont réalisées sur un logiciel dédié. Pour les autres prescriptions informatisées, l'IDE imprime la prescription et trace l'administration sur ce document appelé "MARP : Medication Access and Review Program". Cette traçabilité se fait en général en léger différé, dans la salle de soins, après le tour de distribution-administration. Le "MARP" est conservé dans le dossier de soins. Il a cependant été constaté que certaines modalités de traçabilité ne garantissent pas toujours la sécurisation du circuit.
La conciliation médicamenteuse est effective à l'entrée, pendant le séjour en cas de changement d'unité et à la sortie. Elle est particulièrement précise dans les services prenant en charge des patients chroniques, et bénéficie dans un service de la compétence d'un pharmacien (hématologie).
La gestion du traitement personnel est mise en œuvre selon la procédure. Dans les unités de pédiatrie, les médicaments personnels sont en général remis aux parents ou séquestrés dans une pochette nominative dans l'armoire à pharmacie puis restitués à la sortie. Dans quelques cas particuliers de médicaments personnels très spécifiques et relevant d'une délivrance contrôlée (hormone de croissance par exemple), ces produits sont conservés dans l'unité de façon appropriée pour permettre leur administration pendant le cours de l'hospitalisation.
La traçabilité des DMI est effective à la pharmacie (référence, délivrance, utilisateur) et dans les dossiers des patients (référence, médecin implanteur, date). L'information sur le dispositif implanté figure dans le cahier de liaison confié aux parents d'enfants atteints de maladie chronique.
Les professionnels connaissent les modalités de déclaration des évènements indésirables sur OSIRIS. Entre 200 et 250 EI relatifs à la PECM ont été déclarés annuellement sur la période 2013-2015, dont une centaine par an sont en relation avec un défaut de mise en œuvre des règles de bonne pratique (7B). Les déclarations sont suivies de façon hebdomadaire par le groupe RISK : l'impact en termes de dommage au patient et de signification systémique sont appréciés, les mesures à prendre sont éventuellement engagées (analyse des causes, actions d'amélioration…). Les EI graves sont signalés au siège de l'institution, ce dernier assurant la déclaration obligatoire à l'ARS.

En 2015, 10 RMM ou CREX en rapport avec la PECM ont été réalisées dans les 22 unités de soins et plateaux médico-techniques concernés, ce taux étant en forte croissance chaque année (1 puis 4 puis 10), et 2 CREX ont été conduites à la PUI. En 2015, 9 analyses structurées des causes profondes d'un EIG ont été conduites. Le retour d'information vers les déclarants et leur plus grande association aux analyses sont l'objet d'une mesure récente. Le fonctionnement prévu pour le pilotage et les groupes et instances concernées est effectif. Les réunions sont tracées et font l'objet d'un compte rendu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement met en oeuvre un dispositif d'évaluation de l'ensemble du processus de PECM. De nombreux relevés d'indicateurs quantitatifs sont réalisés en routine : consommations (médicaments, listes en sus, PDS, DMS, DMI…), fabrication de poches de nutrition parentérale, préparations de chimiothérapies, formations, interventions pharmaceutiques, EI PECM, RMM et CREX… De nombreux indicateurs et audits qualitatifs concernant les différentes étapes du circuit du médicament internes à l'HURD sont réalisés de façon périodique selon une méthodologie définie : fabrication, préparation, dispensation, DJIN , stockage, administration, traçabilité des DMI, traitements personnels, dossiers-IQSS TDP et RCP…). Une liste de 18 indicateurs jugés pertinents pour l'évaluation globale du processus a été dressée. Ces données sont suivies sur des tableaux de bord exploités par les pilotes. Le RSMQPECM rend compte de façon annuelle de l'accomplissement de sa mission devant la CMEL. Les résultats sont étudiés par le COPIL médicament (4 fois par an) et présentés régulièrement devant les instances (CMEL, CSIRMTL, COMEDIMS). L'évaluation périodique est réalisée et exploitée pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Le dispositif structuré d'amélioration continue est opérationnel. Des mesures d'amélioration sont identifiées, structurées et engagées par les pilotes sur la base des résultats des évaluations qui sont suivis de façon hebdomadaire (groupe RISK) et trimestrielle (Copil Médicament). Ces actions sont soumises aux responsables, groupes et/ou instances concernés et intégrées dans les programmes d'actions sectoriels et général s'il y a lieu. La communication sur les résultats des évaluations et les actions d'amélioration aux instances est assurée et tracée. La communication en direction des professionnels des secteurs est assurée lors des actions de formations et de sensibilisation, par l'encadrement et les référents au niveau des pôles et des services, par le journal interne, notamment. Les représentants des usagers ont accès à certaines informations relatives à la PECM du fait de leur participation aux groupes et instances. Le public est informé par les actions conduites lors de la semaine de la sécurité des patients. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'HURD dispose d'un service d'urgences pédiatriques médico-chirurgicales de 1500 m² (86 750 passages en 2015). L'établissement dispose également d'un accueil différencié gynéco-obstétrical adossé à la salle de naissance. Le service d'urgences pédiatriques est organisé autour d'un accueil administratif et IOA, de 10 boxes de médecine, 5 de chirurgie, 6 lits de prélèvement, une salle de plâtre, 2 salles de déchocage, 15 lits d'UHCD extensibles. Les urgences ont élaboré leur fonctionnement et stratégie en tenant compte du contexte social de son recrutement (précarité, absence de médecine de suivi…). L'HURD dispose d'un SMUR pédiatrique régulé par le SAMU de Paris. Les urgences pédiatriques de l'HURD appartiennent au réseau des urgences d'Ile-de-France. L'HURD définit dans plusieurs documents ses besoins relatifs à l'accueil des patients en urgence, ses missions, le contexte locorégional et national, la réglementation. Le projet de service (2015) identifie les urgences dans le contexte territorial, évoque les locaux, les effectifs, les missions générales, les aspects médico-économiques et le concept de gestion de flux. Un document « organisation et règlement intérieur des urgences pédiatriques » en date de 2014 reprend un certain nombre d'éléments statistiques, projets et organisation. Ce document est complété par une « charte de fonctionnement des urgences à partir du 1er novembre 2016 » qui précise les évolutions organisationnelles décidées. Un livret d'accueil IDE précise les fonctionnements. Des indicateurs sont définis. Cependant, il n'existe pas de document stratégique princeps identifiant les besoins de l'établissement, les orientations pour sa structure d'accueil des urgences, en particulier concernant les ressources humaines, matérielles, logistiques, documentaires et architecturales pour les différents aspects fonctionnels du secteur, les circuits, les interfaces de spécialité, les filières, l'accueil des populations spécifiques, les modalités de formation, et d'évaluation, les indicateurs de fonctionnement, l'existence d'une commission des urgences. Le service a produit pendant la visite, un document compilant les différentes informations relevant d'un processus stratégique. Celui-ci n'est pas encore validé par la Direction et les instances. Lors de la visite, l'organisation des urgences a été présentée sur un support diaporama précisant les différentes sous-étapes du processus, ainsi que les évolutions prévues. Des risques relatifs aux urgences sont identifiés à partir d'une cartographie des risques élaborée collectivement, du recueil d'indicateurs, des EI déclarés, des conclusions du rapport V2010, des plaintes des usagers. Cependant, la cartographie présentée ne relève pas d'une analyse du processus complet intégrant la prise en charge du patient pour les différents circuits et types de prise en charge, et les processus support et logistiques. Les risques présentés, hiérarchisés selon une méthode définie (fréquence, gravité, criticité, niveau de maîtrise), ont permis une extraction vers le CQ et sont associés à des plans d'actions incluant un échéancier, un responsable et des modalités de suivi. Les risques identifiés dans le CQ sont retrouvés, avec leurs plans d'action dans le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE
Des pilotes du processus « Urgences et soins non programmés » sont identifiés : chef de service des urgences pédiatriques, chef du pôle de périnatalogie (urgences gynécologie-obstétricales), cadre sage-femme. Leurs missions sont précisées par des fiches de poste validées au niveau institutionnel. L'établissement a prévu les ressources humaines conformes aux recommandations et à la réglementation pour le fonctionnement de la structure. Cela concerne en particulier le nombre et la qualification des médecins urgentistes, des paramédicaux, des IOA. L'établissement prévoit les recrutements adaptés et s'appuie sur des contrats courts (CDD et interim) pour pallier l'absentéisme et faire face aux pics d'activité saisonniers. L'établissement dispose d'un plan de formation et d'une organisation pour l'intégration des nouveaux arrivants. La formation médicale et paramédicale est organisée, tenant compte des besoins. La formation des IOA est organisée en interne ou en externe. Des filières spécifiques de prise en charge sont prévues : maladies métaboliques, hématologie, drépanocytose, néphrologie, psychiatrie… Une consultation de puériculture est organisée aux heures ouvrables pour assurer un suivi et densifier le lien ville/hôpital. Une consultation avancée est crée pour la nuit et les fins de semaine, au sein de l'établissement. L'établissement a prévu une base documentaire sur l'intranet et sur un outil de gestion documentaire, accessible aux professionnels et couvrant les besoins des urgences. La révision documentaire et la mise à jour sont prévues. La maintenance matérielle préventive et curative est organisée. Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu. La disponibilité du matériel d'urgence est organisée. Un plan de travaux et une évolution architecturale sont prévus. Le système d'information (SI) des urgences est installé pour couvrir une partie des activités du service. Le SI permet la production d'indicateurs de fonctionnement. Il permet, en particulier, l'évaluation et l'analyse des temps d'attente et de passage, et l'alimentation de l'observatoire régional. Le SI des urgences est partiellement intégré au SI de l'établissement. Il est partiellement interfacé et ne permet pas l'exportation informatique du compte rendu de passage qui doit être imprimé pour alimenter

le dossier. Les interfaces avec les secteurs cliniques sont organisées : modalités de diffusion de l'information, de prescription, d'hébergement, d'identification du médecin référent, stratégie institutionnelle validée par l'institution en cas d'hébergement dans un secteur ne relevant pas de la pathologie du patient, intervention des spécialistes non urgentistes, …
Les circuits des patients sont prévus au sein de la structure incluant les vérifications d'identité et leur traçabilité à chaque étape de la prise en charge.
L'accès direct aux consultations et la possibilité d'hospitalisation directe sont organisés de même que l'accès aux données du laboratoire, l'accès privilégié à l'imagerie en urgence 24h/24. L'interprétation de l'imagerie par des médecins séniors est organisée. Les liens avec la PUI sont formalisés, en particulier les approvisionnements et les stockages. La démarche qualité du secteur est articulée avec la démarche institutionnelle et s'appuie sur l'équipe QGDR du GH. La déclaration et le traitement des EI sont organisés sur un mode institutionnel. L'analyse des EI est prévue de même que l'organisation de CREX et RMM. Il est prévu un bilan annuel des EI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les professionnels des urgences connaissent les orientations stratégiques et l'organisation et la mettent en œuvre chacun dans son domaine et de façon collaborative. L'analyse des risques a priori a été établie avec les professionnels concernés. Ils sont impliqués dans les plans d'action. Les professionnels des urgences sont informés régulièrement des modalités de fonctionnement et des objectifs stratégiques du service (réunions de service, de pôle,…). Les modalités de signalement des EI, de leur traitement (CREX, RMM…) sont mises en œuvre. Les professionnels évaluent leurs pratiques (EPP). Les fonctionnements font l'objet de démarches d'évaluation, entre autres avec des indicateurs, des audits, des EPP, des CREX et RMM. Les évaluations sont suivies d'actions correctives mises en œuvre avec les professionnels
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les effectifs nécessaires à l'activité des urgences sont conformes à la réglementation et aux recommandations : en particulier les compétences, formations adaptées, les effectifs médicaux et paramédicaux, IOA,… Le service dispose de 21 ETP médicaux et de 76 ETP IDE, ainsi que de ressources médicales en formation. L'absentéisme et les pics d'activité saisonniers font l'objet de recrutements spécifiques. Les gardes et astreintes séniorisées sont assurées. Les tableaux de garde et de présence du service et des différents secteurs d'activité sont disponibles et diffusés. Un avis psychiatrique est disponible de jour. La nuit, l'enfant est systématiquement hospitalisé. Les modalités de rappel sont organisées, en particulier lors de plans d'urgence. Les formations initiales et continues, selon les orientations du secteur, l'intégration des nouveaux arrivants sont régulièrement assurées. La gestion des boxes d'urgence prend en compte les effectifs disponibles et est conforme à la stratégie des filières. La disponibilité des lits d'aval est disponible en temps réel par un outil institutionnel, doublé d'un tour téléphonique. Le service a connaissance de l'état des lits en région. La documentation est disponible, accessible et connue. Les supports sont numériques ou papier (en cas de panne) et intégrés à la gestion documentaire de l'ES selon 2 modalités : la GED et l'intranet. Cependant, les ressources documentaires ne sont pas intégrées au dispositif qualité. La documentation du service n'est pas toujours actualisée, ni standardisée au format qualité malgré une dynamique de révision documentaire. Les matériels nécessaires à l'activité des urgences sont disponibles. Les modalités de prise en charge de la douleur sont prévus. Les stockages sont sécurisés (médicaments, aiguilles…). Les matériels informatiques permettent l'enregistrement de l'activité et l'extraction de données d'activité et de flux. Les locaux sont conformes et adaptés à l'activité effectuée. Ils prévoient l'accueil de patients assis, couchés, en détresse ainsi que l'hospitalisation de courte durée. Un agent d'accueil assure les aspects administratifs dans le respect de l'identitovigilance. L'architecture permet la marche en avant et garantit l'intimité et la confidentialité des actes et la dignité des patients.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les professionnels mettent en œuvre les règles et objectifs définis pour le fonctionnement des urgences : organisation des filières et leur mise en œuvre, interfaces avec les services, identitovigilance, règles de bonnes pratiques, mise en œuvre des protocoles, contrôles, hygiène, effectivité des ressources humaines, matérielles, … Les professionnels s'organisent pour rendre efficiente les synergies entre médicaux et paramédicaux, spécialistes, services, filières spécifiques, secteurs médico techniques. La coordination entre l'accueil, les IOA qui effectuent un tri de priorisation, et secteurs de soins est efficiente. Un aide soignant « Régulation » coordonne les besoins du secteur. Le service dispose d'un "bed manager" en charge de la recherche de lits. Une cellule d'organisation se réunit tous les vendredis pour évaluer les besoins en RH au regard de l'activité saisonnière. L'accès aux services et consultations de spécialité est effectif. L'hébergement dans les services avec la désignation d'un médecin référent est fonctionnel. La consultation de la disponibilité des lits en temps réel est opérationnelle. Les données médicales sont tracées dans le dossier

informatique. Cependant, la séniorisation des actes et décisions n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. La validation des observations et des décisions n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Le dossier peut comporter la mention « vu avec le senior » sans que celui-ci ne trace sa décision. La validation des sorties par le senior n'est pas toujours retrouvée. Le service organise le lendemain une relecture des dossiers et procède au rappel des patients en cas de problème.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Des indicateurs de fonctionnement sont définis et suivis : nombre de passages, priorisations, patients présents, taux d'hospitalisation, temps d'attente selon le niveau d'urgence, situation des lits, indicateur de suivi « agressivité », …. Des audits sont effectués. Le service dispose d'un tableau de bord des indicateurs, en assure le suivi, la réévaluation régulière et l'utilise comme outil de pilotage, en particulier dans le cadre du plan saisonnier EPIVER. La déclaration des EI est opérationnelle (suivi des déclarations OSIRIS). Des analyses suivies de plans d'action sont effectuées. Le service des urgences est engagé dans une dynamique EPP, effectue des CREX, et RMM.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux évaluations. Leur pertinence est évaluée. Ces actions issues des évaluations et de l'analyse des risques a priori sont priorisées. Les actions définies pour le secteur des urgences sont intégrées au PAQSS de du GH, et sont en cohérence avec le CQ. Les résultats d'évaluation et les actions correctives font l'objet de démarches d'information auprès des professionnels, des instances.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURD) produit une activité chirurgicale importante (11 240 actes en 2015) sur 3 sites distincts : - le bloc ambulatoire : 4 salles dont 3 sont fonctionnelles avec 15 postes de SSPI ; - le bloc commun : 8 salles dont 6 fonctionnelles avec 11 postes de SSPI ; - le bloc de gynécologie et obstétrique : 3 salles dont une seule est utilisée pour les activités chirurgicales gynécologiques (les autres étant à usage obstétrical : 1 salle pour césarienne en urgence et une en réserve) avec 5 postes de SSPI. L'hôpital de jour chirurgical pédiatrique dispose de 15 places correspondant aux 15 postes de SSPI. L'établissement bénéficie du renouvellement des autorisations délivrées par l'ARS Ile-de-France après des visites de conformité initiales pour l'exercice de toutes ses activités chirurgicales, y compris les greffes de rein et les prélèvements d'organes (autorisation de chirurgie par décision du 20/12/2000 valable 10 ans à compter du 03/08/2001 renouvelée le 04/08/2016 pour 5 ans, autorisation de transplantation délivrée suite à une visite de conformité le 27/06/2012, renouvelée le 28/06/2016 pour 5 ans sans visite de conformité). L'amélioration la prise en charge du patient au bloc opératoire et le développement de la chirurgie ambulatoire figurent dans le projet d'établissement de l'institution AP-HP. L'HURD a décliné cette politique dans son plan stratégique 2015-2019 en inscrivant parmi ses objectifs la restructuration de l'offre en chirurgie au bénéfice de l'ambulatoire (mise en œuvre du projet de réorganisation « Robert-Debré 2016 ») et l'optimisation du fonctionnement des blocs opératoires en vue de répondre aux grands enjeux qui ont été définis (mutation vers la chirurgie ambulatoire et adaptation des locaux, développement de l'innovation chirurgicale, augmentation de l'offre en chirurgie néonatale, permanence de soins sur le territoire). Une analyse des risques a été réalisée en 2016 avec les professionnels concernés dans le cadre de la préparation du projet de réorganisation, sur la base d'une analyse des parcours des patients et des dysfonctionnements connus (déclarations d'événements indésirables, audits, retours d'expérience ...) notamment. Cependant, l'analyse des risques n'a pas pris en compte les contraintes environnementales (contamination aéroportée) recommandées pour l'ensemble des activités réalisées. Le risque aéraulique n'a pas été identifié au regard du type des activités réalisées. L'ensemble des salles interventionnelles du bloc commun est classé en ISO 7 (confirmé par les différents rapports de qualification du traitement de l'air de 2016 fournis) ce qui ne permet pas de répondre aux normes attendues (NFS 90- 351 révisée en 2013) en particulier pour l'orthopédie prothétique et pour les greffes d'organe puisque la norme attendue est ISO 5 (classe risque 4). Les salles du bloc ambulatoire (hors salle 1) et du bloc de gynécologie ne disposent pas d'un système de mesure de la pression ambiante ni de la température. Le contrôle de température des salles du bloc ambulatoire n'est pas possible. Les risques identifiés ont été hiérarchisés. Quatre risques principaux ont été identifiés pour les blocs de pédiatrie: défaut d'utilisation de la check-list, allongement des circuits pendant les travaux, radioprotection des patients et des professionnels). Deux risques principaux ont été identifiés pour le bloc de gynécologie - obstétrique : défaut d'utilisation de la check-list, délai dans la prise en charge de certaines urgences la nuit. Ces risques principaux ont été inscrits dans le compte qualité et sont assortis de plans d'actions d'amélioration structurées (objectif, responsable, échéance et modalités de suivi), validées par les instances (CODIR et COPIL) et intégrées au PAQSS de l'établissement.
ORGANISATION INTERNE
Le management de la prise en charge dans les blocs opératoires est organisé. Des pilotes sont identifiés : un cadre de santé du pôle chirurgie-anesthésie, un praticien hospitalier de chirurgie viscérale et le directeur des opérations qualité, également co-président du conseil de bloc. Leur nomination est formalisée et leurs missions sont définies dans une fiche de missions générique pour tous les pilotes. Il existe une charte de fonctionnement du bloc opératoire, actualisée en novembre 2016, dans laquelle est définie la composition d'un conseil de bloc coprésidé par un duo médico-administratif et réunissant l'encadrement du pôle de chirurgie, e chef du service d'anesthésie, le CGRAS, un chirurgien représentant chaque spécialité et secteur, un cadre de bloc et un(e) IBODE par site, un membre du CLIN et un pharmacien. La charte institue également deux cellules de supervision en charge des blocs pédiatriques et gynécologique, respectivement. Le conseil de bloc et ces deux cellules sont investis d'une responsabilité opérationnelle. Leur fonctionnement est défini. Un groupe de travail spécifique a été mis en place en 2013-2014 sur la réorganisation du bloc de chirurgie ambulatoire, du bloc commun et la création d'une salle d'urgence. La charte définit le fonctionnement des blocs opératoires dans les différents registres : horaires, répartition des vacations, modalités des programmations, des prises en charge en urgence, permanence des soins, circuits, gestion des risques… Il existe également une charte de fonctionnement spécifique de l'unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique.

L'ensemble des activités de chirurgie ambulatoire est organisé dans les différents secteurs : l'activité de chirurgie ambulatoire gynécologique est organisée de manière à être réalisée dans une unité mixte ambulatoire / conventionnelle, divisée administrativement en deux UH (ambulatoire et conventionnelle) de manière à assurer la compétence du personnel de l'unité (éviter de diviser l'équipe en
deux au vu du volume d'activité).
Toutefois, l'activité régulière de chirurgie ambulatoire gynécologique (57% de l'activité opératoire en 2015) n'est pas structurée pour répondre à l'organisation attendue pour ce type d'activité (appels de la veille et du lendemain, score de mise à la rue effectué, recommandations spécifiques aux patientes,...) en application des recommandations HAS-ANAP de 2013. Suite à la visite HAS, le service a décidé de mettre en place un suivi à J-1 et J+1.
Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires tant en effectifs qu'en compétences. La permanence des soins est organisée dans les différents secteurs et spécialités.
Il existe un plan de formation institutionnel (gestes d'urgence, AES,...). Un accompagnement personnalisé des nouveaux arrivants IBO/IDE est organisé.
La plupart des circuits de prise en charge des patients (conventionnel, ambulatoire, urgence) sont définis et organisés. En effet, l'établissement n'a pas organisé l'activité de chirurgie ambulatoire en gynécologie, qui représente 57% de l'activité chirurgicale dans cette spécialité : lits non identifiés, processus de prise en charge non défini sur la base des recommandations usuelles.
Les supports et documents nécessaires aux activités sont prévus : fiche de liaison, procédures, check-list informatisée, logiciel de programmation, notamment. Les procédures qui ont été élaborées sont fondées sur la réglementation ou issues de recommandations consensuelles. L'HURD prévoit les ressources matérielles en locaux et équipements nécessaires pour répondre aux objectifs et aux besoins identifiés. La maintenance préventive et curative des locaux et équipements est organisée. Il existe notamment une gestion du matériel assistée par ordinateur et une astreinte technique 24h/24h. Les maintenances préventives sont anticipées et programmées sur l'année. Les diverses interfaces entre les blocs opératoires et les autres secteurs médicaux, médico-techniques et de support sont organisées : stérilisation, laboratoires, EFS, laboratoire d'anatomopathologie, service biomédical, services techniques, EOH, services d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire ....Certaines interfaces sont externalisées, elles font l'objet de conventions (bionettoyage...). Les échanges d'informations et la coordination entre les différents secteurs sont organisés (fiche de liaison pour la stérilisation, fiche de liaison service - bloc...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les réunions du conseil de bloc sont le levier du déploiement de la démarche qualité-sécurité institutionnelle. Ces réunions sont devenues régulières et mensuelles récemment. Les cadres de bloc et le cadre de l'hôpital de jour chirurgical relaient les objectifs, les actions et les résultats auprès de leurs équipes lors de réunions de service. Cependant, les professionnels ne sont pas tous sensibilisés au déploiement de la démarche qualité dans leur secteur : la connaissance des risques est variable. La pratique de déclaration des événements indésirables peu développée. Les professionnels déclarent peu d'évènement indésirable dans le logiciel prévu, ce que confirme la liste consultée lors de la visite : 37 fiches d'évènements indésirables concernant le bloc opératoire (endoscopies inclus) depuis janvier 2014. Les responsables de chaque secteur s'assurent de la conformité des pratiques aux règles définies dans la charte du bloc ou la charte de l'unité de chirurgie ambulatoire et plus généralement de l'application des procédures, protocoles et de l'ensemble des référentiels. Des évaluations des pratiques sont réalisées, leurs résultats sont restitués aux professionnels et conduisent à des actions d'amélioration, si besoin.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources humaines disponibles sont en adéquation avec l'activité et conformes aux besoins identifiés dans la plupart des cas. Il existe plusieurs référents au sein du bloc opératoire pharmacie, hygiène, biomédical, stérilisation, logistique... Pour la prise en charge des urgences chirurgicales 24/24 h, plusieurs lignes de gardes médicale et paramédicale sont opérationnelles : sur place, un chirurgien pédiatrique, un médecin anesthésiste, un IADE, IBO/IDE, un AS sur place et une astreinte pour la transplantation rénale pour le bloc de pédiatrie ainsi qu'un chirurgien gynéco-obstétricien et un MAR spécifique pour l'activité du bloc de gynécologie-obstétrique. Les formations prévues pour les professionnels paramédicaux et médicaux sont réalisées en interne ou par des prestataires extérieurs, par des participations aux congrès... Les nouveaux arrivants participent à un séminaire d'intégration de 4 jours avec des formations obligatoires (gestes d'urgences, hémovigilance, hygiène, AES, vigilances..) et un compagnonnage. Il existe également des formations polaires à raison de 4 formations/an. Néanmoins, les effectifs et les compétences ne sont pas toujours appropriés à une prise en charge sécurisée des patients : déficit d'effectif en IBO en salle d'intervention, déficit de formation des IDE affectées en SSPI, déficit de formation des professionnels en radioprotection. Les ressources documentaires prévues ne sont pas toutes disponibles, actualisées et intégrées à la gestion documentaire institutionnelle. Les matériels nécessaires aux interventions sont disponibles,

adaptés aux besoins dans les différents secteurs d'activité. Leur maintenance préventive et curative est assurée. Toutefois, certains locaux des blocs pédiatriques et gynécologique ne sont pas actuellement adaptés au maintien des conditions d'hygiène attendues : contrôle insuffisant des facteurs de risque environnementaux (air, surfaces, circuits).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité (blocs opératoires et UCA) mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne défini dans les chartes. Les demandes d'intervention sont enregistrées sur un logiciel dédié par les secrétaires lors des consultations en fonction des vacations opératoires et du délai souhaité. En cas de besoin spécifique, un contact direct avec la cadre de bloc est pris (urgence par exemple). La consultation d'anesthésie est réalisée et tracée dans le dossier d'anesthésie. La programmation opératoire est réalisée par la «cellule de supervision» chaque vendredi pour la semaine suivante. Elle intègre le retour des réunions de discussion des dossiers organisés au préalable dans chaque spécialité. Cependant, cette supervision des programmations opératoires n'est pas tripartite (chirurgien, anesthésiste, cadre soignant) comme cela est prévu dans la charte des blocs : absence de participation d'un chirurgien dans la cellule, non compensée par l'éventuelle participation d'un anesthésiste aux réunions préparatoires organisées dans les spécialités. Une vérification croisée est réalisée (intervention, côté, matériel, position, particularités / allergie au latex..) par les participants de la cellule, en réunion de spécialité. Le programme opératoire établi est recopié par les secrétaires dans un traitement de texte, il est actualisé chaque veille à 16h par le cadre de bloc puis imprimé et distribué aux différents secteurs concernés. Toutefois, certaines recommandations de bonnes pratiques ne sont pas systématiquement respectées, en termes d'identification du patient sur le programme opératoire (incomplétude des éléments d'identification des patients : absence de la date de naissance et du sexe) et d'hygiène (croisement des circuits des personnels, tenues de travail inadaptées, moyens de lavage des mains parfois insuffisants, notamment).
La régulation quotidienne est assurée par les cadres de secteur et le médecin anesthésiste réanimateur pour la salle d'urgence du bloc commun. Elle permet le respect de la programmation et contribue à la sécurité des patients. La fiche de liaison service – bloc opératoire est utilisée en routine.
La check-list opératoire de sécurité de la HAS est mise en œuvre systématiquement pour tout acte opératoire programmé ou réalisé en urgence, sous anesthésie générale ou non. La traçabilité des DMI est effective, de même que la traçabilité des ouvertures de salles interventionnelles (y compris la ventilation) et les SSPI dans un cahier manuscrit spécifique. Cependant, la traçabilité des actes n'est pas systématiquement réalisée ou effectuée au moment adéquat : vérifications concernant le patient à certaines étapes de sa prise en charge, contrôle du nettoyage, de certains équipements.
Les interfaces entre les blocs et les unités d'hospitalisation sont conformes aux dispositions prévues : une fiche de liaison service-bloc dument renseignée est insérée dans le dossier papier du patient, le rapport d'intervention est informatisé et inséré dans le dossier, il répond s'il y a lieu à l'obligation de traçabilité des DMI. Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles (stérilisation, pharmacie....) . Les contrôles bactériologiques prévus sont régulièrement effectués. La traçabilité des actes est informatisée dans la fiche d'écologie avec en particulier l'horodatage de l'entrée et de la sortie du patient. Elle permet la production d'indicateurs quantitatifs (TROS, taux de débordement, pourcentage d'interventions en urgence...). Pour les patients pris en charge en ambulatoire pédiatrique, l'appel de la veille est effectué par une IDE (vendredi S-1 pour le lundi) et tracé sur un document informatisé puis imprimé et rangé dans le dossier du patient (précisions sur l'heure d'entrée, documents nécessaires, la toilette préopératoire, pathologies intercurrentes éventuelles...). L'appel du lendemain est assuré par l'IDE de l'HDJC, il est tracé dans le dossier du patient.
Les procédures sont pour la plupart respectées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation de la mise en œuvre du processus par le suivi sur des tableaux de bord des IQQS, des ISO et de divers indicateurs d'efficience : TROS, activité globale et par spécialité, démarrages tardifs, débordements, TVO... Plusieurs audits sont également réalisés : ainsi en 2014 l'audit institutionnel AP-HP sur la protection des professionnels, en 2016 des audits sur la check-list sécurité au bloc commun, sur le risque infectieux (préparation cutanée, antibioprophylaxie), patient traceur en chirurgie ambulatoire pédiatrique. Cependant, il n'existe pas de dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble du processus. Les pilotes n'ont pas fait état d'un dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble de la thématique. En particulier, il n'existe pas d'indicateurs qualitatifs (nombre d'EIAS, nombre de plaintes..) ni de bilan d'ensemble (activité, effectifs, compétences et formations, fonctionnement du conseil de bloc et des cellules de supervision), ce qui empêche l'établissement de s'assurer qu'il atteint les objectifs qu'il s'est fixé.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration figurant dans le PAQSS sont suivies régulièrement par les pilotes et le conseil de bloc. Le suivi des indicateurs, les résultats des évaluations et les retours d'expérience conduisent à l'identification d'actions d'amélioration structurées, validées par le conseil de bloc puis intégrées au PAQSS. La réalisation récente de fiches d'aide à destination des brancardiers à l'initiative du groupe de suivi d'impact des travaux, l'élaboration en cours de visite d'une nouvelle fiche de traçabilité des contrôles de température des armoires réfrigérées, témoignent d'une réactivité face au retour d'expérience. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. L'affichage requis des IQSS à destination du public est effectif.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le projet Gestion des risques et qualité figurant dans le projet d'établissement 2015-1019 de l'institution AP-HP comporte un objectif Optimiser la prise en charge du patient dans les secteurs à risque, dont l'endocopie, avec parmi les actions prioritaires "Maîtriser le risque infectieux lié à l'endoscopie". L'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURD) propose des activités d'endoscopie dans plusieurs spécialités pédiatriques (endoscopies digestives, ORL, bronchiques, urologiques) et en gynécologie (hystéroscopies). Environ 1400 endoscopies ont été pratiquées en 2015, dont 750 endoscopies digestives, 500 ORL et 150 bronchiques. Ces actes sont réalisés dans divers secteurs : - les 3 blocs opératoires pour les actes sous anesthésie générale d'endoscopies pédiatriques digestives, pneumologiques urologiques et ORL, et les actes gynécologiques (hystéroscopies rigides stérilisables). - les consultations externes d'ORL pour les nasofibroscopies - la réanimation pédiatrique pour quelques fibroscopies bronchiques ou digestives (matériel non à usage unique). Il existe deux lieux de traitement des endoscopes : une salle dédiée dans le bloc opératoire ambulatoire et une salle dédiée dans le bloc commun. L'analyse des risques a été réalisée par les pilotes du processus avec l'appui de la direction qualité gestion des risques. Elle a comporté une analyse des risques a priori et des résultats des évaluations, en particulier un audit du GREPHH en 2015. Les risques identifiés ont été hiérarchisés. Quatre risques principaux ont été identifiés relatifs à la consultation d'anesthésie préalable, à la traçabilité de l'évaluation du risque ATNC, à la compétence technique spécifique des professionnels paramédicaux, à l'utilisation de la check-list de sécurité. Cependant, cette analyse des risques n'a pas été effectuée pour chacun des différents processus de prise en charge en endoscopie et n'a pas été réalisée avec la participation des divers professionnels concernés. Un plan d'actions structurées (objectif, action, responsable, échéance et modalités de suivi) a été élaboré en association avec une partie des professionnels concernés. Il a été validé en COPIL et CODIR notamment, et intégré au PAQSS de l'établissement. Les risques principaux et les actions correspondantes sont intégrés dans le compte qualité. Il n'existe pas de document stratégique spécifique pour l'organisation et la prise en charge des patients nécessitant un acte d'endoscopie.

ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du management de la prise en charge du patient en endoscopie est confié à un duo médico-soignant : un gastro-entérologue et une cadre de santé du secteur de chirurgie ambulatoire. Leur nomination est formalisée et leurs missions sont définies dans une fiche de missions générique pour tous les pilotes. Ils ont été formés à la certification V2014 au printemps 2016. Les modalités de participation des représentants de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales concernées par les activités d'endoscopie au management du processus ne sont pas définies. La démarche qualité n'est pas définie dans un document de référence couvrant l'ensemble des diverses activités d'endoscopie et des fonctions support. Parmi les documents existants (charte des blocs, contrats des pôles concernés par ces activités), il n'existe aucun volet spécifique à la démarche qualité pour les activités d'endoscopie. Pour assurer les activités d'endoscopie qu'il propose, en tenant compte des besoins et des risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires en effectif et en compétence, pour la réalisation des actes de soins et le traitement des endoscopes. Les formations sont prévues, générales (AES, sécurité, incendie…) et spécifiques à l'endoscopie. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée. La permanence médicale des soins est organisée pour les différentes spécialités concernées dans le cadre d'une collaboration formalisée avec les équipes médicales d'autres établissements pédiatriques de l'AP-HP pour les endoscopies digestives. Les locaux pour la réalisation des actes et le traitement des endoscopes sont prévus, de même que les matériels et équipements spécifiques nécessaires. La maintenance préventive et curative est organisée : GMAO, plan de travaux et de suivi des équipements. Les procédures nécessaires existent : prise en charge des patients (par exemple : demande d'endoscopies digestives incluant les fiches d'information patient et de consentement, la demande de consultation d'anesthésie et la demande d'examen endoscopique avec les renseignements cliniques), hygiène (par exemple : séquestration d'un endoscope thermosensible, risque prion). Ces documents de référence sont inclus dans le dispositif de gestion documentaire informatisée. Il existe d'autre part des documents sur papier, en particulier les procédures relatives au traitement des endoscopes, qui sont insérées dans des classeurs sur les lieux de traitement. Des documents d'information des patients sont mis à disposition. La gestion des interfaces est organisée (biomédical, EOH, bloc opératoire, laboratoires…). La coordination entre les différents secteurs d'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire et de consultation est supportée par une fiche de liaison.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les cadres de santé de proximité sont chargés du déploiement opérationnel de la démarche qualité du processus dans leur secteur d'activité. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques et informent les professionnels lors de réunions de service. Une démarche structurée d'EPP concernant l'hygiène a débuté en 2015 (audit du GREPHH). La précédente démarche d'EPP a été effectuée en 2011-2013 et concernait le délai de réalisation des endoscopies digestives chez l'enfant. Les équipes sont associées à l'élaboration des protocoles et procédures, et connaissent les modalités de déclaration des EIAS. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement et mises en place. Cependant, la culture qualité, management des risques n'est pas partagée par l'ensemble des professionnels. Lors de l'investigation terrain, il a été constaté que certains professionnels ne connaissent pas les risques spécifiques liés à l'endoscopie (AS du bloc opératoire commun rencontrée lors du traitement d'un endoscope). Les cadres rencontrés ont fait part une sous-déclaration des EI. Il a été constaté en effet seuls 2 événements indésirables spécifiques à l'endoscopie ont été déclarés en 18 mois, par la cadre de l'HDJC. Les professionnels concernés ne sont pas systématiquement associés à l'analyse des EI. Il n'existe pas de CREx spécifique en endoscopie.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les effectifs et les compétences prévus pour les professionnels sont en place et appropriés dans les différents secteurs de prise en charge des endoscopies. Les formations réglementaires (incendie, hygiène, AES...) sont réalisées et suivies. Des formations spécifiques à l'endoscopie sont réalisées : désinfection des endoscopes en 2014, formation interne aux actes d'endoscopie digestive organisée par les praticiens d'hépatogastroentérologie. Des formations organisées par les fournisseurs de matériel sont réalisées lors de la mise en place de nouveaux matériels. Les nouveaux arrivants paramédicaux participent à une session d'intégration sur 4 jours regroupant l'ensemble des formations obligatoires et un accompagnement spécifique par compagnonnage, dans l'attente de leur participation aux formations spécifiques programmées. La permanence des soins est effective. Il existe une astreinte de sécurité en pneumologie et en ORL. L'équipe médicale d'hépatogastroentérologie participe à une garde inter-établissements pédiatriques de l'AP-HP et assure une astreinte opérationnelle médicale. Les tableaux de garde et d'astreinte sont diffusés dans les secteurs concernés. Les documents permettant une prise en charge sécurisée du patient sont mis à la disposition des professionnels, pour la plupart sous un format électronique et accessibles sur l'intranet (dossier partagé d'hépatogastroentérologie du pôle pédiatrie médicale, par exemple), soit sur papier et réunis dans des classeurs (consultations d'ORL, par exemple). Cependant, ces documents ne sont pas tous établis sur la base de bonnes pratiques reconnues, actualisés et mis au format d'une gestion documentaire. Les équipements et matériels prévus pour l'activité d'endoscopie sont disponibles, adaptés et entretenus. Le parc d'endoscopes digestifs est suffisant. Pour le traitement des endoscopes, il existe au bloc ambulatoire une salle principale avec deux paillasses semi-automatiques avec deux laveurs-désinfecteurs monocuves d'endoscopes et une enceinte de stockage horizontal des endoscopes thermosensibles, et au bloc commun une salle secondaire avec une paillasse semi-automatique sans laveur-désinfecteur ni enceinte de stockage servant uniquement pour les urétéroscopes et les matériels utilisés lors des rares gestes effectués en dehors des jours ouvrés ou fériés. Le matériel utilisé en gynécologie est stérilisable. Les opérations de maintenance sont suivies par le service biomédical, tracées et figurent dans le cahier de suivi de chaque endoscope.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les différents secteurs d'activité ont mis en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne des activités d'endoscopie. Pour les endoscopies pédiatriques, les demandes de programmation d'actes sous anesthésie sont centralisées par les aides-soignantes de l'Hôpital de Jour Chirurgical. Chaque demande d'endoscopie (tenant compte du risque ATNC) et mentionnant le délai de prise en charge souhaité est imprimée, renseignée à la main par le praticien demandeur puis adressée par télécopie à l'HDJC. Toute demande extérieure à l'établissement conduit à la proposition systématique d'une consultation préalable par un praticien de la spécialité concernée. Les demandes reçues sont systématiquement revues par les praticiens la semaine précédant le geste lors de la réunion de spécialité puis intégrées au programme opératoire avec le cadre de bloc. Pour les actes réalisés au bloc opératoire (majoritaires), la cellule de supervision à laquelle assiste un médecin anesthésiste permet de faire les vérifications nécessaires (matériel, risque ATNC…). La régulation de l'activité quotidienne est assurée par la cadre et permet d'assurer la continuité de la prise en charge et la sécurisation. Les compétences et les effectifs de professionnels permettent la réalisation des endoscopies 24h/24. Le traitement des endoscopes utilisés dans le cadre de l'activité programmée est assuré par le personnel dédié. Pour les endoscopies en réanimation ou réalisées en urgence la nuit et le WE, le traitement des endoscopes est réalisé par l'IBO de garde au bloc commun. Les endoscopes propres utilisés la nuit et les jours fériés et non ouvrés sont transportés horizontalement dans une panière isolée dans un sac spécifique de couleur verte. Les endoscopes souillés sont

transportés horizontalement dans une panière isolée dans un sac spécifique de couleur rose et sont traités dans la salle de traitement du bloc commun. La traçabilité est assurée.
Les nasofibroscopes sont transportés dans des bacs fermés et identifiés (bac propre pour le transport des endoscopes le matin et bac sale pour le soir) et traités au bloc ambulatoire. Des gaines de protection sont mises en place lors de chaque utilisation en consultation. La traçabilité est assurée (identification de la gaine, de l'endoscope et du patient pour lequel l'instrument a été utilisé).
La traçabilité de l'ensemble des différentes étapes de la prise en charge de l'endoscope au bloc ambulatoire est assurée (prétraitement, LDE, EST, type d'acte interventionnel avec identification de l' enfant), de même que celle des DMI. La planification, la réalisation et le suivi des prélèvements microbiologiques est assurée par l'EOH (paillasses, surfaces, LDE, EST...). Les résultats sont transmis au cadre de proximité et conservés. La maintenance est tracée dans le cahier de suivi de chaque endoscope. Les endoscopes séquestrés sont externalisés de l'unité (pharmacie). La check-list sécurité du patient informatisée est utilisée pour chaque acte endoscopique. L'outil informatique de déclaration des EI est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Les différentes activités d'endoscopie sont régulièrement et systématiquement évaluées sur le plan quantitatif avec la production de tableaux de bord d'activités mensuels : nombre d'actes par spécialité, par bloc opératoire, et pour les activités réalisées au bloc opératoire : taux d'occupation de la vacation opératoire, de démarrage tardif, de débordement… Il existe quelques indicateurs qualitatifs, tels les taux de démarrage tardif et de débordement, le nombre de déprogrammation qui est suivi par les AS de l'HDJC. Certaines évaluations des pratiques ont été réalisées comme l'audit du GREPH pour les endoscopes souples non autoclavables avec canaux en 2015. Toutefois, le dispositif d'évaluation de l'ensemble du processus n'est pas complètement structuré. Il n'existe pas de bilan d'ensemble de la thématique autre que les tableaux de bord quantitatifs d'activité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des évaluations ainsi que le développement des actions d'amélioration inscrites dans le compte qualité sont suivies par les pilotes. Au moment de la visite, 80% des actions d'amélioration renseignées dans le Compte qualité étaient réalisées. Des actions d'amélioration sont identifiées sur la base des résultats des évaluations. Ainsi par exemple, la rédaction d'une procédure sur le circuit de l'endoscope en consultation d'ORL et une liste recensant tous les endoscopes suite à l'EPP sur l'hygiène, l'introduction récente de l'item ATNC sur la fiche de demande d'endoscopie et la check-list informatisée. La communication des résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont partagées en conseil de bloc, puis relayées par l'encadrement lors de réunions de service.

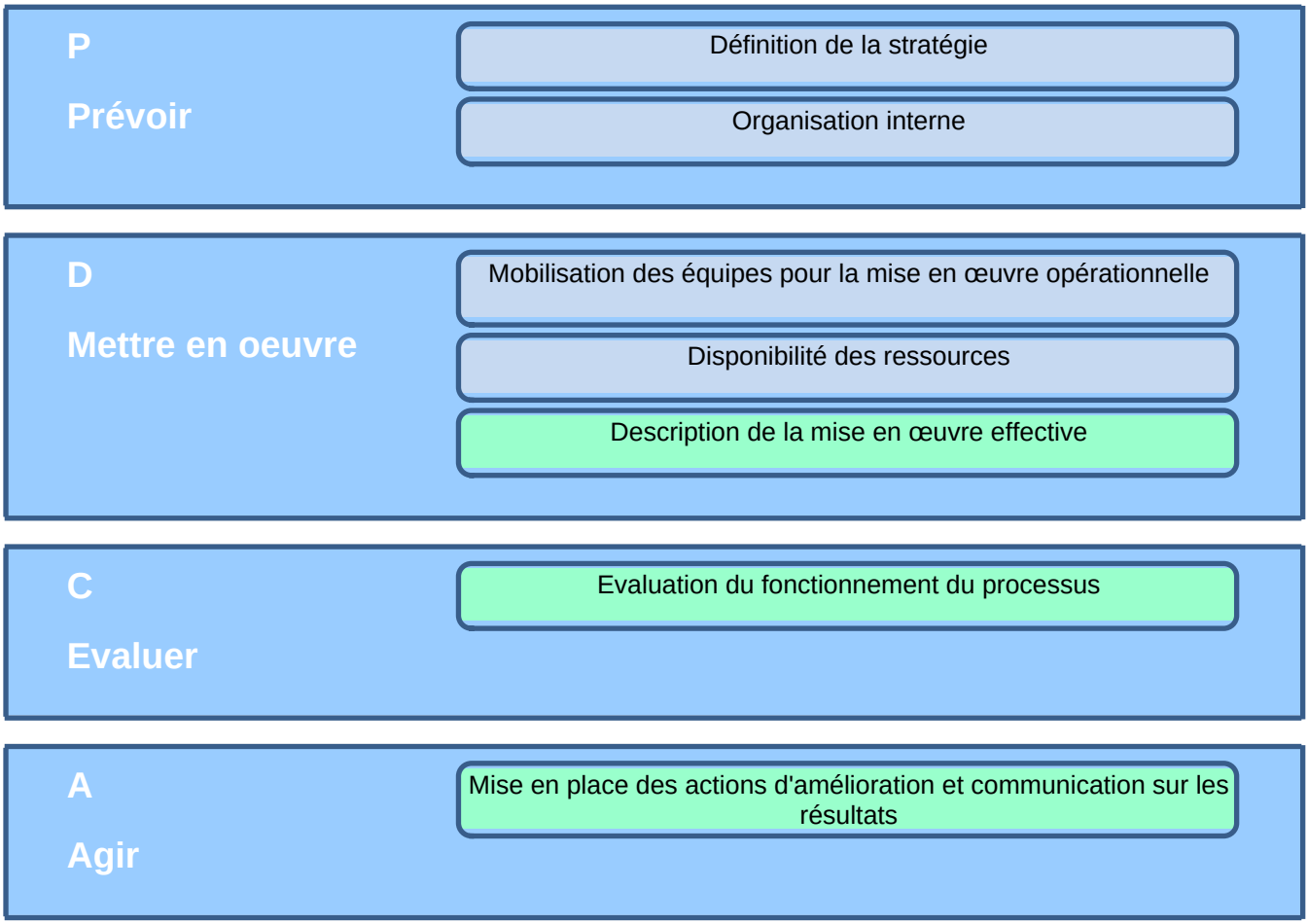
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'AP-HP a défini une stratégie générale pour le parcours patient intitulée « Penser le parcours patient de demain ». Elle constitue l'une des 4 thématiques prioritaires du projet de l'établissement. En ce qui concerne la périnatalité, l'AP-HP stipule que l'insertion des maternités dans leurs territoires et leur dynamisme dans l'animation des réseaux de périnatalité seront poursuivis et généralisés, parce qu'ils permettent de prendre en charge les femmes en coordination avec les autres acteurs. C'est notamment par ce biais que les patientes en situation de précarité bénéficient d'une prise en charge sécurisée. Comme pour les autres programmes visant à accompagner le retour à domicile (PRADO) lancés par l'assurance maladie, les maternités de l'AP-HP participent au déploiement de celui concernant la sortie accompagnée. L'AP-HP s'attache à renouveler les conventions avec les départements de Paris et de la petite couronne, pour permettre une meilleure organisation des activités de PMI réalisées par les maternités de l'AP-HP au profit des populations des territoires. Cette mission est inscrite dans le Plan stratégique de l'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURD), dans sa Charte du bloc opératoire et dans le Projet du service de gynécologie-obstétrique. L'HURD offre un centre obstétrical de proximité et de recours classé de type III dans lequel naissent chaque année environ 3 100 nouveau-nés. Il accueille les parturientes présentant des grossesses à risques et les grands prématurés (moins de 33 semaines) et de nombreux services tels que le centre de diagnostic prénatal, l'Entretien Prénatal Précoce, une consultation de sage-femme spécialisée (nutrition, acupuncture, homéopathie, hypno analgésie, tabacologie), une préparation à l'accouchement, un staff parentalité, un hôpital de jour Nutrition femmes enceintes, et contribue à une banque de sang de cordon (St Louis). La politique du secteur de naissance a été élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques a priori et a posteriori, de l'évaluation de la satisfaction des patientes ainsi que du contexte du territoire de santé dans le cadre du réseau de périnatalité Paris-Nord. Elle définit des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement de risques adaptés à la réglementation en vigueur, aux résultats des indicateurs nationaux ou régionaux. Elle s'articule autour de la sécurité des soins et la maîtrise de l'organisation de la gestion des risques et plus particulièrement sur l'appropriation des démarches qualité par les professionnels de terrain, avec pour objectif l'optimisation de la sécurité des patientes à tous les niveaux de leur prise en charge. L'analyse des risques a comporté la réalisation d'une cartographie des risques a priori fondée sur le processus de prise en charge de la parturiente (consultations, urgences de gynécologie-obstétrique, salles de naissance, bloc gynéco-obstétrical, suites de couches) et une analyse des risques à postériori (FEI, retours d'expérience). Elle a été réalisée par un groupe de travail réuni autour des pilotes. L'évaluation et la hiérarchisation des risques ont été structurées selon la méthode recommandée par la HAS, en collaboration avec les personnels concernés. 5 risques principaux ont été identifiés et inscrits dans le Compte qualité : continuité de l'accueil aux urgences, priorisation de la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales, délai de prise en charge des grossesses extra-utérines, première mise au sein, check-list au bloc opératoire. L'articulation du Compte qualité sécurité des soins avec le plan d'action de la qualité des soins de l'établissement permet une cohérence entre ce processus et l'établissement. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

ORGANISATION INTERNE
Le pilotage a été confié conjointement au médecin chef du service de gynécologie obstétrique, également chef du pôle de périnatalité, et à la cadre sage-femme, l'un et l'autre étant également les référents qualité du pôle. Leur mission a été formalisée en juin 2016 par une lettre cosignée par la directrice de l'HURD et le président de la CMEL. Leurs missions sont précisées dans une fiche de missions générique pour tous les pilotes. Ils ont été formés à la certification V2014 au printemps 2016. Le pôle de gynécologie et périnatalité, qui réunit les services de gynécologie-obstétrique, de réanimation et médecine néonatale représente le cadre organisationnel de l'activité obstétricale au sein de l'HURD. La charte du réseau de périnatalité Paris-Nord décrit les circuits et les modalités de prise en charge des femmes enceintes. Les situations à risques sont identifiées. Les rôles et responsabilités des cadres sages-femmes, des sages-femmes et de tous les professionnels paramédicaux du secteur de naissance sont précisées dans des fiches de postes. La démarche qualité est documentée et actualisée. Un système de concertation est en place. Il permet la coordination entre les différentes instances, les pilotes et les professionnels. Les locaux nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie sont prévus. Les secteurs de périnatalité de l'HURD (Gynécologie-obstétrique et Néonatologie) réunis dans un même pôle sont situés au niveau point rouge de l'établissement. L'ensemble des blocs, urgences obstétricales, services de réanimation et médecine néonatale se trouvent entre le 1er et 3ème étage d'un même bloc architectural. La capacité et la disposition des locaux (accueil, salles de soins et d'intervention, hébergement) sont prévus pour répondre aux besoins et atteindre les objectifs. Ainsi, pour l'activité interventionnelle, sont prévus et en service 2 salles de pré-travail, 7 salles de travail, 1 salle de bloc dédiée aux césariennes et 2 salles gynécologie mobilisables. Une salle destinée à accueillir les enfants morts-nés est programmée et en cours de réalisation.

En terme d'hébergement, sont prévus et en service 40 lits de suites de couches, pour la plupart en chambres individuelles, outre les 10 lits d'hospitalisation pour les grossesses à haut risque et les 10 lits dédiés à la gynécologie ambulatoire que comporte le service de gynécologie-obstétrique.
Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires dans les différentes catégories de personnels médicaux et non médicaux. La permanence des soins est organisée avec la présence sur place 24/24h d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste, de sages femmes, d'internes de médecine ou de spécialité, d'un pédiatre et d'une équipe paramédicale (IDE, IDE puéricultrices en néonatologie et réanimation, auxiliaires de puériculture, IBODE et IADE pour le bloc. Le recours à des avis spécialisés est organisé au sein de l'établissement (pédiatre, autres spécialistes, psychologue…). L'équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est qualifiée, formée. Le recrutement est organisé pour répondre à la législation et aux besoins. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies. Le plan de formation continue est établi (techniques, urgences obstétricales, néonatales...). L' accueil des étudiants des écoles paramédicales et médicales (internes, externes, sages-femmes) est organisé. Les procédures et protocoles nécessaires au fonctionnement et à l'atteinte des objectifs sont élaborés sur la base des bonnes pratiques reconnues et leur mise à disposition des professionnels est organisée (gestion documentaire institutionnelle et informatisée). Les conduites à tenir dans les principales situations cliniques rencontrées sont codifiées, en particulier la décision de césarienne en urgence et sa mise en œuvre font l'objet d'une procédure concertée. Le rappel par voie d'affiches de certaines consignes en direction des professionnels et des familles est prévu. Des documents d'information des familles sont élaborés et leur diffusion organisée.
Les ressources matérielles nécessaires sont prévues : matériels, équipements médicaux d'investigation et de soins, système d'information, consommables,... La maintenance préventive et curative des équipements qui le nécessitent est organisée. La concertation avec les professionnels de santé pour la planification des maintenances préventives est prévue. Le dossier du patient, sa gestion et sa disponibilité en temps utile sont organisés. L'entretien des locaux est défini selon les modalités établies en concertation avec l'EOH. Le circuit de prise en charge des futures mamans est organisé en fonction des horaires de rendez-vous de consultations et des soins prévus. Les interfaces internes entre les différentes unités et professionnels concourant à la prise en charge des naissances sont organisées : secteur des salles de naissance, bloc opératoire, consultations, explorations obstétricales, diagnostic anténatal, hospitalisation en suites de couches et des grossesses à haut risque, urgences pédiatriques.... Les transferts prénataux à partir des autres maternités sont organisés dans le cadre du réseau de périnatalité. Les interfaces avec l'EFS, les laboratoires, l'imagerie médicale, la pharmacie, l'EOH, la stérilisation, les services administratifs (accueil, secrétariat, archives, facturation) et les secteurs logistiques (transport, linge, déchets) sont organisées. Les interfaces externes avec les autres structures de soins sont également organisées : autres établissements dans le cadre du réseau de périnatalité, sages-femmes libérales, médecins de ville et autres structures institutionnelles (PRADO, PMI). Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés pour le secteur des salles de naissance, les cadres et médecins chef de pôle et de services concernés mettent en œuvre la stratégie institutionnelle en définissant des objectifs et plans d'actions opérationnels. L'encadrement favorise l'implication des équipes, notamment par des réunions multiprofessionnelles et multidisciplinaires régulières : réunion quotidienne de revue des dossiers, hebdomadaire de programmation pour la semaine suivante (déclenchements et césarienne hors urgences). Des réunions d'échanges, de concertation et de formation réunissent l'ensemble des professionnels concernés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques : respect des procédures, protocoles, consignes… L'ensemble des professionnels sont sensibilisés aux risques inhérents à leur activité et participent aux déclarations des évènements indésirables, aux RMM et CREX, aux programmes de DPC, au traitement des plaintes et réclamations. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Si besoin, en cas de dysfonctionnement, baisse des résultats des évaluations, des indicateurs, de la satisfaction patients notamment, des actions correctives sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels et mises en place. Une démarche d'EPP sur la bientraitance en salle de naissance, débutée en 2011, a conduit à des actions d'amélioration, des communications et à un suivi. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes par l'encadrement ou par les chefs de pôle ou de services lors de réunions d'information.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines prévues en effectif et compétences pour le secteur des salles de naissance sont effectivement disponibles pour assurer la permanence des soins avec 24h/24. Comme professionnels médicaux, sont disponibles sur place 3 sages-femmes (parmi les 41 sages-femmes intervenant notamment en salles de naissance, bloc obstétrical, unité des suite de couches et unité des grossesses pathologiques), un médecin senior gynécologue-obstétricien assisté par un interne de spécialité, un anesthésiste dédié assisté par un interne de spécialité et un pédiatre. Un médecin senior gynécologue-

obstétricien est en outre en astreinte opérationnelle.
Les professionnels paramédicaux disponibles sur place sont : 2 IDE et 2 AS/AP de jour, 3 IDE et 3 AS/AP de nuit, au bloc opératoire 1 IBO jour et nuit avec 1 IDE et 1 AS/AP de jour et en SSPI 1 IDE et 1 AS/AP jour et nuit. Les professionnels recrutés correspondent aux compétences requises par les fiches de poste. Les formations prévues sont dispensées : tutorat d'accompagnement de 4 semaines et avec une participation obligatoire au séminaire d'intégration organisé par la DSAP 2 fois par an, formation à l'utilisation du dossier de soins, au circuit et au bon usage des médicaments, à l'identitovigilance, à l'hémovigilance... La participation à une formation e-learning sur les transfusions est obligatoire. En cas d'absentéisme, dans le but de sécuriser les pratiques et en accord avec les professionnels intéressés, les responsables privilégient le recours aux heures supplémentaires afin d'éviter de faire appel à un personnel en intérim ou en CDD. Pour le personnel paramédical une équipe de suppléance est disponible au niveau de l'établissement. Pour le personnel médical, les modalités prévues de remplacement et de suppléance en cas d'absence imprévue sont mises en œuvre. Le maintien des compétences est assuré. Les protocoles et procédures de soins, les documents de référence, les outils d'aide à la prescription… prévus sont actualisés et disponibles. Des affiches de grand format à destination des professionnels sont en place pour rappeler les éléments essentiels des conduites à tenir dans les situations à haut risque. Les dossiers du patient sont adaptés et accessibles en temps utile. Le livret présentant aux parents les modalités d'accueil et l'ensemble de la prise en charge en obstétrique est disponible. Les documents d'information destinés aux aux familles sont en place (affiches) ou disponibles (livrets, fiches). Les procédures sont actualisées. Les équipements et/ou matériel informatique prévus sont en place. Le programme de maintenance et d'entretien, l'approvisionnement en dispositifs médicaux, la gestion des dysfonctionnements sont opérationnels. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement prévu pour le secteur des salles de naissance est mis en œuvre selon les modalités prévues et efficient. La participation des divers acteurs à la mise en œuvre du projet qualité du secteur de naissance effective. L'accueil de la patiente enceinte est réalisé par une sage-femme, qui sollicite si besoin l'interne de spécialité et/ou un médecin gynécologue-obstétricien senior, éventuellement dans le secteur des consultations de gynécologie. Dans ce cas après avoir vu l'IDE la patiente, suivant la priorisation, est vue par l'interne et/ou un gynécologue-obstétricien senior afin de diriger la patiente vers le service concerné pour une hospitalisation, ou vers un professionnel de consultation spécialisée ou un retour à domicile. Les procédures décrivant les conduites à tenir pour les accouchements physiologiques, médicalisés et à risques sont connues des professionnels et mises en œuvre. Le type de prise en charge est adapté au degré d'urgence. Les modalités d'appel aux praticiens (obstétricien, pédiatre, anesthésiste) connues. Ces médecins sont présents dans le secteur salle de naissance. L'ouverture des salles est tracée. La programmation (déclenchements, césariennes programmées) est conforme aux modalités prévues. Les modalités de prise en charge et de surveillance des parturientes sans les salles de travail sont appliquées. Le partogramme est renseigné normalement, la traçabilité des événements et des actes est assurée. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées par les médecins et les sages femmes dans le respect de leurs compétences. Les indications de césarienne en urgence et les modalités de mise en œuvre sont connues des professionnels. Les modalités de transfert de la parturiente entre la salle de naissance et la salle de césarienne sont appropriées à la sécurité. La check-list interventionnelle est renseignée. Après une césarienne la patiente est transférée en SSPI. La surveillance est mise en œuvre avec la participation de la sage-femme pour le suivi obstétrical.
En cas de nécessité, le transfert du nouveau-né dans l'unité de réanimation ou de néonatologie est assuré selon les modalités prévues et dans les conditions de sécurité appropriées. En fin d'accouchement les modalités prévues de surveillance du nouveau-né et de la mère sont mises en œuvre et tracées dans le partogramme et le dossier du nouveau-né. L'identification du nouveau-né est réalisée en salle de naissance et un bracelet est posé. La traçabilité de cette identification est assurée. La sortie du secteur de naissance est décidée en fonction de l'état de santé de la maman et de l'enfant, en conformité avec la procédure. Ces décisions sont tracées. Le transport de la mère et du nouveau-né vers les unités d'hospitalisation, ainsi que l'échanges d'informations permettant la continuité des sons, sont conformes aux procédures et appropriés. Dans le secteur des salles de naissance, les professionnels désignés assurent la vérification du chariot d'urgences et son réassortiment selon les règles définies. Cette vérification est tracée. Les réunions de revue de dossiers, de concertation interdisciplinaire, sont tenues comme prévu. Les interfaces internes et externes sont mises en œuvre selon les dispositions prévues. L'entretien des locaux et matériels est réalisé selon les procédures définies et tracé. Les contrôles prévus sont mis en œuvre par l'EOH. Les observations réalisées lors du patient traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L 'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus de ce secteur à risques. En sus du recueil des indicateurs nationaux, des audits de pratiques, des questionnaires express (quizz) sont également

mis en œuvre régulièrement par l'encadrement. La continuité et la coordination de la prise en charge sont également évaluées en routine par le suivi des événements indésirables, des résultats des enquêtes de satisfaction, des plaintes et réclamations, des retours d'expérience (RMM..). Des audits ciblés sont parfois mis en œuvre, si nécessaire. Des outils de suivi sont utilisés : indicateurs, tableaux de bord développés au niveau du secteur, de l'institution AP-HP et le réseau de périnatalité. Les résultats de ces évaluations sont régulièrement suivis par les pilotes et les responsables du pôle gynécologie et périnatalité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre sur la base des résultats des évaluations. Les résultats des actions d'amélioration inscrites dans le PAQ conduisent à engager si nécessaire des actions complémentaires et à réajuster le plan d'actions. Les nouvelles actions décidées sont intégrées et articulées avec le programme d'actions polaire et institutionnel. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont partagés en bureau et conseil du pôle, et au-delà par le relai des cadres médicaux et paramédicaux. Certains résultats, actions et projets sont l'objet d'une diffusion aux professionnels de l'établissement par courriel, d'articles dans le Petit journal, d'affichage, et au-delà (réseau de périnatalité, réunions et publications scientifiques). Certains résultats et projets sont diffusés aux usagers via la CDU.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

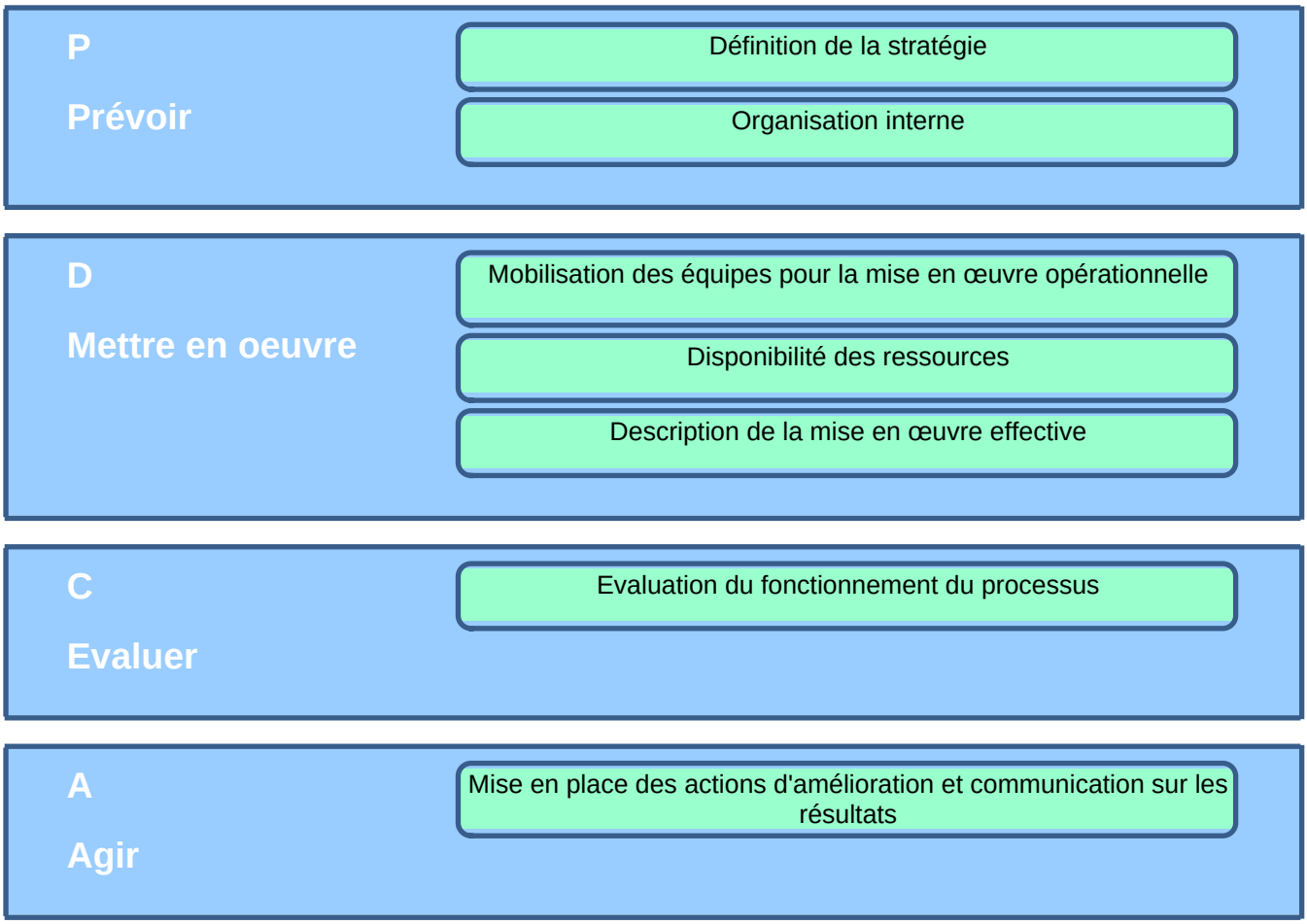
1. Caractérisation générale

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est engagée en 2008 dans une politique de généralisation et de modernisation de son système d'information (SI), confirmée en 2014 lors d'une présentation en CME. Cette stratégie vise à couvrir l'ensemble des domaines médicaux et médico-techniques, des soins, les aspects logistiques et administratifs en lien avec l'activité des GH de l'AP-HP, sur un mode homogène. Le plan stratégique 2015-2019 a réaffirmé la volonté de déploiement d'un SI sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP portant en particulier sur la mise en place d'un identifiant unique du patient, sur l'informatisation du dossier, du circuit du médicament, des services médico-techniques, le déploiement de la messagerie sécurisée.La solution ORBIS a été retenue et validée en 2015, associée à un plan de déploiement couvrant l'ensemble des besoins des GH, avec pour vocation, le remplacement des logiciels non interopérables existants et l'installation de solutions communes, en particulier pour le dossier patient, incluant les besoins spécifiques des blocs opératoire et de l'anesthésie. Un Schéma Directeur du Système d'information AP-HP couvrant la période 2016-2020 est formalisé, associé à un plan stratégique 2015-2019 pour l'Hôpital Universitaire Robert Debré (HURD). La stratégie et les objectifs de l'établissement en matière d'informatisation des activités des utilisateurs et en particulier des professionnels de santé sont précisés. Le Schéma Directeur du Système d'information, pluriannuel, fait l'objet d'une révision régulière. Il s'articule autour de 5 axes stratégiques avec 29 objectifs et 126 projets : 1. Un système d'information orienté vers le patient et son parcours ; 2. Un système d'information soutenant la recherche et l'innovation ; 3. Un système d'information au service d'une gestion performante et d'un pilotage pertinent ; 4. Un système d'information urbanisé et sécurisé, offrant des services et des infrastructures performants ; 5. Une gouvernance et une organisation de la filière SI au service de la transformation numérique de l'AP-HP Le Schéma Directeur du Système d'information est validé par les représentants des utilisateurs du système d'information, en particulier des professionnels médicaux et soignants. A ce jour, l'HURD dispose d'un système informatique ancien - (Patient Care System) (PCS), ne disposant plus de potentialités évolutives, dans son déploiement actuel. Il couvre certaines activités de l'établissement : identité, mouvement, rendez-vous, prescription et dispensation médicamenteuse, circuit de biologie. Les interfaces permettent l'accès aux comptes rendus d'hospitalisation, à l'imagerie. Un logiciel métier commun à tous les services d'urgence de l'AP-HP (URQUAL) est installé aux urgences, non interfacé avec PCS. Un produit métier (CHIMIO) est utilisé pour la prescription/validation des spécialités oncologiques. D'autres logiciels sont utilisés en pharmacie. Le secteur opératoire n'est pas informatisé hors la prescription. Le projet stratégique prévoit une généralisation de la solution ORBIS pour Septembre 2017. Une Politique de Sécurité du Système d'Information est formalisée par l'établissement en lien avec l'AP-HP, chacun dans son domaine de compétence : audit, habilitations, antivirus, sauvegardes, écrans de veille… A l'échelle de l'établissement, la stratégie prévoit, en lien avec l'AP-HP, les modalités relatives aux besoins de financement, de ressources humaines, de séquençage de projets, et d'accompagnement des utilisateurs pour ce déploiement. Les besoins de sécurisation sont intégrés dans le dispositif. Une cartographie du processus informatique existant a été effectuée, sous la forme d'un bilan d'impacts tenant compte de la durée d'indisponibilité des applicatifs. Un recensement du parc, interfaces applicatives et logiciel est effectué. Une criticité résiduelle est définie pour la durée d'indisponibilité. Ce travail s'est effectué en lien avec le pilotage institutionnel, le CODIR, la CMEL, la CEL. Cependant, une identification de tous les risques relatifs à l'ensemble des processus liés au SI n'est pas disponible, de même qu'un plan d'actions global en rapport. Un PAQSS global du SI n'est pas identifié. Le plan d'actions n'est pas produit, malgré des criticités résiduelles importantes, l'objectif cible étant le déploiement d'ORBIS. Des risques, intégrés au Compte Qualité et côtés selon fréquence, gravité et niveau de maîtrise et identifiés comme majeurs concernent essentiellement la maintenance opérationnelle des systèmes existants et anciens. Des plans d'action sont définis en rapport et retrouvés dans le PAQSS général et reposent en particulier sur la cible de déploiement d'ORBIS. L'établissement recueille l'indicateur HÔPITAL NUMÉRIQUE et a défini certains indicateurs de fonctionnement (vétusté, migration windows, EI issus de la Hotline, demande de service, délais de prise en charge, délais moyens de résolution, incidents analysés en CREX…). Une évaluation de la satisfaction des utilisateurs n'est pas prévue que lors du déploiement d'ORBIS. Les objectifs précisés dans la stratégie relative au système informatique et les plans d'action du CQ sont intégrés dans le PAQSS du GH et sont priorisés. Le PAQSS du GH intègre les actions prévues, et précise les échéances, les responsabilités. La stratégie définie ainsi que le plan d'actions sont validés en commission informatique et présentés aux instances.

ORGANISATION INTERNE
L'HURD a mis en place une organisation pour maintenir le système d'information et déployer ORBIS en 2017. Le pilotage désigné par la direction générale, associe le copil mensuel et des ateliers de travail thématiques. Le pilote dispose d'une lettre de missions cosignée par la Direction, le Président de la CMEL. Une organisation est en place visant à mettre en œuvre les solutions définies stratégiquement par l'AP-HP, en lien étroit avec le siège, au travers d'instances transversales, locales, de comités de suivi. Un comité de pilotage informatique mensuel pluriprofessionnel, qui se réunit régulièrement, s'assure de la mise en œuvre du Schéma Directeur du Système d'information et participe à la réflexion relative au déploiement. Les professionnels médicaux et soignants sont représentés à ce comité de pilotage. Le responsable du processus de mise en œuvre du SI est le Directeur du système d'information de l'HURD. Il existe un organigramme de la DSI et des fiches de poste précisant les rôles et les responsabilités de chacun. Pour le déploiement du logiciel ORBIS, des ressources humaines seront identifiées en complément. Les projets locaux à l'échelle de l'établissement font l'objet d'une réflexion révisable, définissant les besoins matériels, humains, financiers, formatifs et d'accompagnement. Les modalités d'affectation des RH sont prévues pour prendre en compte les échéances de déploiement des solutions retenues, les besoins en accompagnement et formation, et intègrent des ressources externes complémentaires en cas de besoin. Un responsable de la sécurité du système d'information est désigné, qui dispose d'une fiche de poste et est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur du SI. Chaque responsable d'activité dispose d'une fiche de poste. Un réseau de référents informatiques est déployé dans les secteurs. Une politique générale de sécurité est définie en lien avec l'AP-HP, qui inclue les modalités de continuité et de reprise d'activité du SI. L'hébergement et les sauvegardes sont organisés pour partie sous la responsabilité de l'AP-HP à Clichy, pour partie reconcentrés à Bichat dans des locaux adaptés à la préservation et la sécurisation des données ou localement. Au jour de la visite, l'HURD ne dispose pas d'un SI couvrant tous les champs de ses besoins. En particulier pour tous les aspects du dossier patient. Des plans de sauvegarde, de reprise d'activité et de procédure dégradées sont définis. Une hotline est à disposition des professionnels. Une maintenance matérielle préventive et technique est organisée par la DSI. Un plan d'équipement et de renouvellement du matériel est prévu. Une astreinte AP-HP est organisée 24h/24. Les accès au système d'information sont tous inventoriés (y compris les accès techniques, les accès à distance d'utilisateur en mobilité ou de tiers, les accès à distance pour maintenance ou assistance…). Les accès à distance font l'objet de mesures de sécurisation adaptées. Tous les accès au SI sont inventoriés de même que l'ensemble du dispositif dispose d'une cartographie applicative intégrant les différentes interfaces. Les responsabilités des utilisateurs du système d'information de l'établissement sont explicitées au sein de la « Charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP ». Cette charte fixe les règles permettant l'utilisation du SI. Toutefois, il n'existe pas d'astreinte informatique locale. L'HURD a prévu de mettre en œuvre son astreinte locale en mars 2017 en réponse au risque identifié dans le CQ et après validation par le CHSCT. La DSI dispose d'une documentation interne à l'usage de ses agents. La GED du GH intègre un certain nombre de procédures et informations ainsi qu'une « Charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP » validée, diffusée et annexée au règlement intérieur. Ce document est présenté à tous les nouveaux arrivants et précise les règles et contraintes de sécurité. Une communication est proposée aux usagers sur les conditions d'utilisation de leurs données informatiques dans le livret d'accueil. Au moment de la visite, le SI ne permet pas de répondre à tous les besoins de l'établissement, en particulier pour le dossier médical et paramédical, ainsi que pour la traçabilité du médicament de la prescription à l'administration. Le logiciel des urgences est partiellement interfacé avec le SIH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
La stratégie déclinée vise à harmoniser le parc logiciel à l'échelle de l'AP-HP et limiter les interfaces applicatives, tout en organisant l'accès sur l'ensemble de l'établissement à un dossier patient unique dans toutes ses composantes, identitaires, médicales, soignantes, prescriptives, médico-techniques… Un comité pluriprofessionnel de suivi du déploiement informatique est en place. La DSI communique régulièrement dans les diverses instances ou comités sur les projets en cours. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Une Cellule d'Identitovigilance (CIV) est en place. La démarche en cours vise à unifier les aspects identitaires au sein de l'AP-HP au travers d'une IPP commune. Les professionnels sont incités à déclarer les dysfonctionnements liés au SI (hotline) et des CREX sont organisés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
L'HURD gère un parc de 1400 PC et 500 clients légers. Les effectifs nécessaires à l'activité de maintenance sont disponibles. Les responsables sont identifiés. Les formations initiales et continues, selon les orientations du secteur, l'intégration des nouveaux arrivants sont régulièrement assurées. Des

sauvegardes sont effectuées localement et au niveau du siège selon les applicatifs. La documentation est disponible et diffusée. Elle concerne en particulier les aspects sécuritaires, les modes dégradés et plans de reprise. Les matériels nécessaires à l'activité sont disponibles : salle blanche, ordinateurs, imprimantes. La maintenance est assurée. Le plan d'équipement est opérationnel. Il n'existe pas de messagerie sécurisée institutionnelle.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Une projection du déploiement des projets informatiques est effectuée par la DSI en lien avec la DSI du siège. La communication est effectuée régulièrement auprès des différentes instances. Des groupes de travail se réunissent régulièrement pour organiser la migration vers ORBIS. L'utilisation du système d'information par les professionnels alterne avec la traçabilité papier. La prescription peut être informatisée, mais non la validation de l'administration. Le dossier de soins et le dossier médical ne sont pas informatisés. Le compte rendu d'hospitalisation est déposé sur la plateforme PCS. L'imagerie et son interprétation, la biologie sont accessibles informatiquement. Le logiciel des urgences n'est pas interfacé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement dispose d'un tableau de bord d'indicateurs comparés à l'échelle de l'AP-HP. Localement des indicateurs de fonctionnement sont suivis, en particulier ceux issus de la hotline. L'indicateur Hôpital numérique est recueilli. Les indicateurs de pré-requis du programme hôpital numérique (indicateurs sur les identités et mouvements, indicateurs sur la disponibilité des applications informatiques, indicateurs sur la confidentialité de l'information) sont atteints. Les EI sont identifiés au travers de la Hot Line et des déclarations OSIRIS. Toutefois, il n'existe pas de recueil de l'avis des utilisateurs du SI qui soit périodiquement organisé. Il n'y a pas d'évaluation globale du SI : en l'absence d'analyse complète des risques et de PAQSS global du SI, l'évaluation de l'ensemble du processus n'est pas effectuée.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Des actions correctives sont mises en œuvre suite aux déclaration d'EI, aux signalements effectués auprès de la Hot Line, en lien avec les risques identifiés dans le CQ ainsi que selon les besoins des utilisateurs. Les criticités résiduelles importantes issues de l'analyse d'impacts ne sont pas associées à des plans d'actions que les experts auraient pu consulter, l'essentiel des mesures correctives étant appuyées sur le déploiement d'ORBIS. Il est prévu que le suivi de ce déploiement donne lieu aux actions correctives nécessaires en lien avec la stratégie du groupe AP-HP.