



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE CHIRURGICAL DE
CHANTILLY - CENTRE
MEDICO-CHIRURGICAL DES
JOCKEYS**

12 avenue du general leclerc
Bp 30239
60631 CHANTILLY
SEPTEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	42

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DES JOCKEYS	
Adresse	12 avenue du general leclerc 60631 CHANTILLY
Département / région	OISE / HAUTS-DE-FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	600010854	SAS CENTRE CHIRURGICAL DE CHANTILLY	12 avenue du general leclerc Bp 30239 60500 CHANTILLY
Entité juridique	600106629	CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DES JOCKEYS	12 avenue du general leclerc 60500 CHANTILLY
Etablissement de santé	600010862	CENTRE CHIRURGICAL DE CHANTILLY	12 avenue du general leclerc Bp 30239 60631 CHANTILLY
Etablissement de santé	600100168	CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DES JOCKEYS	12 avenue du general leclerc Bp 30239 60631 CHANTILLY

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	51	/	26
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Médecine	35	23	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la qualité et des risques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	/	Médecine	/	Programmé	Complexe	MCO
2	/	Chirurgie	/	Programmé	Complexe	MCO
3	/	Chirurgie ambulatoire	/	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

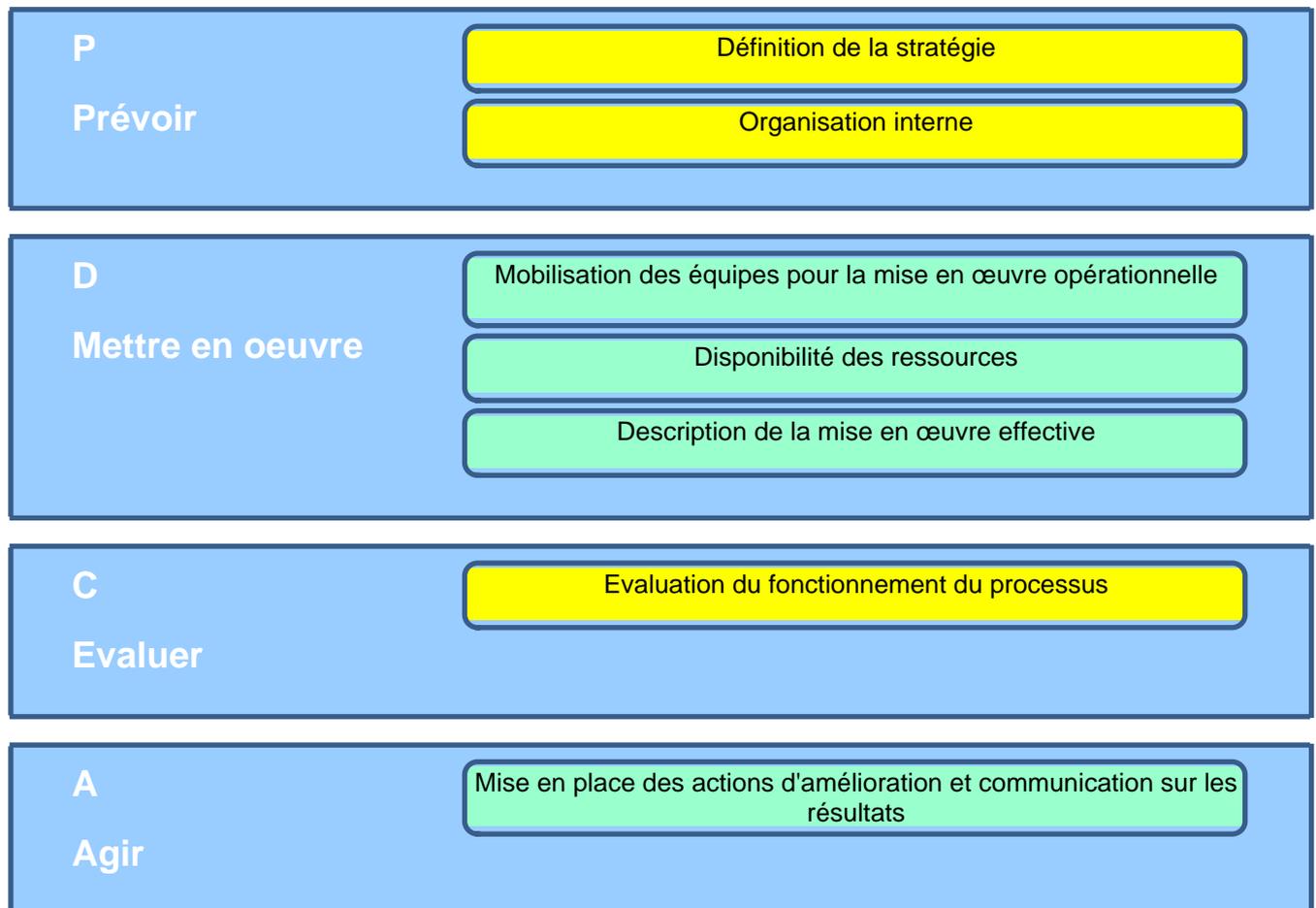
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La démarche Qualité et de gestion des risques à l'Hôpital de Chantilly - les Jockeys (HC-LJ) concerne les activités du Centre Médico-Chirurgical des Jockeys (CMCJ) et celles du Centre Chirurgical de Chantilly (CCC), dans le cadre d'une politique qualité commune. Le projet d'établissement 2017-2021 de l'Hôpital de Chantilly - Les Jockeys a fixé cinq axes stratégiques :

- Développer la démarche qualité structurée par processus,
- Encourager la gestion des risques globale, coordonnée et communicante,
- Maitriser les risques hospitaliers pour pérenniser une culture forte de sécurité,
- Impliquer les usagers et prendre en compte leurs attentes dans les démarches d'amélioration de la qualité,
- Engager une politique de développement durable.

Toutefois l'établissement n'a pas défini de stratégie de développement des EPP avec les objectifs et les moyens correspondants. Si l'établissement a mentionné dans le Projet d'établissement l'objectif de « poursuivre le développement des EPP », il n'a pas formalisé de stratégie de développement de l'EPP (critères de choix, outils méthodologiques et accompagnement opérationnel, structure de pilotage, communication). Il n'a pas fixé d'objectifs précis et mesurables, décliné de plans d'actions, associé les moyens nécessaires à sa mise en œuvre, en termes de pilotage par le comité EPP. Par ailleurs l'établissement n'a pas formalisé de programme d'actions institutionnel transversal intégrant tous les plans d'actions de l'établissement.

Le document « Plan d'action Qualité et Sécurité des Soins 2017-2019 », intégré dans le Projet d'Établissement 2017-2021, reprend les actions priorisées dans le Compte qualité. Toutefois il ne constitue pas un PAQSS institutionnel global, car il n'est pas validé régulièrement par la CME et n'intègre pas les actions d'amélioration définies suite aux RMM et CREX réalisés dans les différents secteurs d'activité, aux préconisations de la CDU, aux audits effectués en matière de prise en charge médicamenteuse ou de risque infectieux.

ORGANISATION INTERNE

Afin de promouvoir le déploiement de la politique qualité, l'établissement a mis en place un pilotage institutionnel intégrant la CME et le COPIL qualité. Les décisions en matière de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont conjointes entre le directeur et le président de CME. Le Comité de Pilotage Qualité prépare l'établissement à la certification, élabore et suit le PAQSS dans le cadre du compte qualité. Il est présidé par le Directeur de l'établissement. La démarche qualité et gestion des risques est mise en œuvre par une responsable Qualité à temps plein, en coordination avec la coordination des soins et les responsables administratifs. Selon sa fiche de poste actualisée en septembre 2017, celle-ci est en charge de coordonner, centraliser toutes les informations nécessaires à la définition de la politique, mettre en œuvre le plan d'actions, assurer la gestion documentaire et réaliser des actions de formation. La Direction de l'établissement a fait le choix d'une méthode participative et pluridisciplinaire pour l'élaboration de son compte qualité. Pour chaque processus, un binôme composé d'un pilote et d'un co-pilote a été nommé. Les pilotes des thématiques au périmètre de la certification V2014 ont reçu une formation définissant les enjeux de la certification et les attendus concernant le bon fonctionnement de leur processus, les objectifs à atteindre et les livrables. La responsable Qualité a apporté son soutien méthodologique lors de l'ensemble des réunions de travail. La constitution des groupes de travail s'est appuyée sur les instances déjà opérationnelles pour certains processus (ex : CLIN pour la gestion du risque infectieux...). Pour les autres processus, des groupes de travail spécifiques ont été constitués. Une coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins a été désignée en septembre 2015. Ses missions sont définies et précisent les liens fonctionnels avec les autres structures concourant à la sécurité des soins, sans que la quotité de de temps consacrée à cette mission ne soit mentionnée dans sa lettre de mission. Différents comités et/ou commissions se réunissent régulièrement sur les principales thématiques du compte : CLIN, COMEDIMS, CDU, cellule identitovigilance.

L'établissement a actualisé en mars 2016 la procédure de gestion des différentes fiches d'évènements indésirables (FEI). Elle s'applique aux vigilances réglementaires. Elle précise les modalités de cotation des fiches en matière de gravité. Elle rappelle la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Le principe de non sanction, rappelé dans une charte de janvier 2017, précise les principes sur lesquels la direction s'engage en matière de non punitivité, d'objectivité, de confidentialité et d'expertise. L'établissement a installé récemment un Comité de Retour d'Expérience (CREX). Aux termes du règlement intérieur, établi en février 2017, il est animé par la responsable Qualité et est composé de la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, du responsable du management de la qualité de la prise en

charge médicamenteuse, de la coordinatrice des soins, de la coordinatrice du plateau technique et du cadre de santé du bloc. Il prend connaissance des FEI signalés au cours du mois et étudie le rapport d'analyse d'un évènement significatif choisi le mois précédent. Les FEI sont orientées vers les personnes compétentes pour investigation et proposition d'actions d'amélioration. Des analyses approfondies peuvent être mises en place en cas d'EIG. Une organisation structurée de l'annonce d'un dommage lié aux soins a été définie dans une procédure, actualisée en novembre 2017, qui décrit toutes les étapes du processus d'annonce jusqu'à son suivi. L'établissement a actualisé en mai 2013 la procédure de gestion des plaintes et réclamations. Les plaintes sont enregistrées dans le tableau de bord tenu par la responsable Qualité et transmises à la CDU, au minimum une fois par an. Les membres de la CDU sont destinataires de l'ensemble des réclamations et des réponses apportées à ces réclamations, de même que les services concernés. Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des évènements indésirables, à travers la mission confiée à la responsable Qualité.

Des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires, communes à l'établissement et aux hôpitaux publics de Creil et Senlis, sont structurées en matière de prise en charge des patients atteints de cancer.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins. Des formations ont été organisées en 2016 et 2017 pour le remplissage du compte qualité ou la mise en œuvre d'un CREX. Un accompagnement des nouveaux arrivants permet d'évoquer les questions de qualité – sécurité des soins.

Le plan blanc de l'établissement est défini et actualisé annuellement. Les membres de la cellule de crise sont formés et un exercice de simulation est programmé chaque année. Une organisation pour répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes est en place.

Néanmoins l'établissement n'a pas organisé récemment de formation ou de sensibilisation des personnels en matière de gestion des risques. L'établissement n'a pas mis en place de formation des professionnels médicaux et non médicaux aux fondamentaux de la gestion des risques, à l'importance du signalement des EI significatifs, à l'utilisation des supports ou à la réalisation de RMM.

Par ailleurs une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement n'est pas organisée. Les correspondants des vigilances sont désignés. Ils ne présentent pas de bilan annuel de leur vigilance lors des réunions de la CME. L'établissement n'a pas mis en place de structure opérationnelle associant les différents vigilants, la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, le responsable de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et la responsable Qualité pour partager le bilan annuel des vigilances et assurer le suivi de plans d'actions liés à la gestion des risques.

Enfin le dispositif de gestion documentaire, qui n'est pas consolidé, n'est pas facilement accessible par les professionnels. Le dispositif de gestion documentaire de l'établissement est hétérogène et pas régulièrement actualisé, utilisant à la fois le support papier et l'informatique. Lors de la visite, des documents de politique ou des procédures ont été retrouvés, qui n'utilisaient pas des maquettes standardisées précisant les responsabilités, la date de formalisation et le mode d'actualisation, conformément à la procédure des procédures qui n'a pas été actualisée depuis 2011. Les professionnels interrogés au cours de la visite expriment de grandes difficultés à accéder facilement à l'information concernant des procédures ou des modes opératoires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des différents services de l'établissement communique auprès du personnel sur les risques spécifiques dans certains secteurs à risques ou liés aux types de parcours des patients. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures ...). Des actions correctives ponctuelles sont mises en place en cas de dysfonctionnements. Elles sont identifiées par le cadre avec la participation des professionnels. Les résultats en sont communiqués aux équipes à l'occasion des relèves, des réunions de service ou par l'intermédiaire de supports écrits. Il en va de même des résultats des indicateurs du service et de ceux à l'échelle de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences humaines et en matériel sont disponibles dans les différents services. Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. La responsable Qualité ainsi que sept cadres ont été formés à l'analyse des causes, ainsi qu'à la mise en place des CREX. Les professionnels accèdent facilement à la procédure de gestion des évènements indésirables et au support de déclaration sous format papier, ainsi

qu'à des guides de bon usage des soins. Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Le système d'information est en place et adapté aux besoins en matière d'accessibilité, de confidentialité ou de fonctionnement des postes informatiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a mis en place un dispositif de gestion des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et les représentants des usagers. Suite à l'analyse des plaintes, l'établissement a décliné quelques actions mentionnées dans le rapport d'activité 2017 de la CDU. Chaque courrier fait l'objet d'une réponse argumentée en concertation avec les représentants des usagers, après enquête et étude de la réclamation. La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective. Certains représentants des usagers ont participé à l'élaboration du compte qualité et à des groupes de travail en vue de la réalisation d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins : livrets d'accueil... Le dispositif de recueil du niveau de satisfaction des usagers est opérationnel avec une forte augmentation récente du taux de remplissage des adresses mail dans le cadre du dispositif e-satis. Les représentants des usagers au sein de la CDU sont informés des résultats et associés à l'élaboration du plan d'actions. Les professionnels médicaux participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire mutualisées avec les hôpitaux publics du territoire. L'établissement a mis en place un plan d'actions pour que systématiquement la fiche RCP soit intégrée au dossier médical du patient, le dernier résultat de l'indicateur RCP2 étant mauvais. Les cadres des services sont réunis régulièrement par la direction qualité et la direction des soins. Les correspondants des vigilances sont connus des professionnels et sont destinataires des EI les concernant. Une cellule d'identitovigilance est opérationnelle, à la suite de la formalisation d'une charte d'identification et d'une procédure correspondante. Le port du bracelet est la règle pour tous les patients à partir de la décision d'admission. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Chaque EI est analysé par les référents risques. Il fait souvent l'objet d'une réponse au déclarant. Toutefois, le bilan des événements indésirables met en valeur un petit nombre d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) significatifs. Le bilan des événements indésirables 2017 met en valeur un niveau de déclaration en forte baisse par rapport à 2016, année de mise en place des FEI. Par ailleurs, la traçabilité des EI est saturée par un grand nombre de dysfonctionnements ou d'irritants et n'est ainsi pas concentrée sur les événements significatifs liés aux soins, susceptibles d'être traités dans le cadre de CREX ou RMM afin d'améliorer la sécurité des soins donnés aux patients. Ainsi seuls 3 événements indésirables critiques ont justifié en 2017 d'une analyse approfondie. Par ailleurs le tableau de suivi régulier des EI recense un nombre d'EI médicamenteux essentiellement liés au fonctionnement logistique. Dans les secteurs à risques, en dehors du bloc, les responsables ne connaissent pas le nombre d'EIAS les concernant. La CDU n'a pas eu connaissance du bilan des événements indésirables 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les résultats des questionnaires de satisfaction auprès des patients sont transmis à la CDU. L'établissement s'est engagé dans la démarche nationale e-satis qui est annoncée aux patients dans le livret d'accueil. L'établissement assure un suivi régulier de la progression des indicateurs nationaux IPAQSS lui permettant de mesurer l'efficacité de certains processus. Les résultats sont affichés dans les locaux ouverts au public. L'établissement a défini un plan annuel d'audits. Des EPP ont été réalisées en matière de prise en charge des escarres, de surveillance des chambres implantables ou de pertinence des examens biologiques préopératoires.

Cependant, la pratique des RMM est peu mise en oeuvre et ne fait pas l'objet d'une information de ses résultats aux instances et au personnel. Dans les secteurs obligatoires, une seule RMM s'est réunie en orthopédie en 2016 et 2 en chirurgie digestive en 2017. Aucune RMM ne fonctionne dans le secteur cancérologie ou anesthésie. La méthodologie des RMM n'est pas appropriée par les acteurs : les plans d'actions ne sont pas toujours clairement définis (avec un pilote et une échéance) et ne sont pas intégrés au PAQSS institutionnel. Il n'y a pas de production de bilans annuels, ni d'information en CME mettant en valeur l'impact sur les pratiques professionnelles.

Par ailleurs, un bilan de la mise en oeuvre du programme d'actions n'est pas établi, puis validé annuellement par la CME. Le PAQSS de l'établissement, semblable au compte qualité transmis en septembre 2017, est trop récent pour faire l'objet d'un bilan mettant en valeur le taux d'actions réalisées. Par ailleurs les comptes rendus de la CME des 3 dernières années ne mentionnent pas d'évaluation annuelle de l'efficacité des PAQSS précédents, ni de présentation annuelle d'un PAQSS révisé en fonction des résultats des évaluations et fixant de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables. L'établissement assure cependant une information sur la qualité et la certification dans les comités spécialisés et les réunions d'encadrement.

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

L'établissement améliore le dispositif de gestion des plaintes, tout comme le dispositif de signalement et d'analyse des événements indésirables : à la suite des déclarations d'EI, il décide d'actions d'amélioration. Des plans d'actions sont formalisés à la suite de chaque enquête de satisfaction. L'établissement diffuse régulièrement dans le cadre de son journal interne des informations sur les actions d'amélioration qui sont menées, ainsi que sur les résultats des audits réalisés ou des EPP finalisées. Grâce à ce support, les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels.

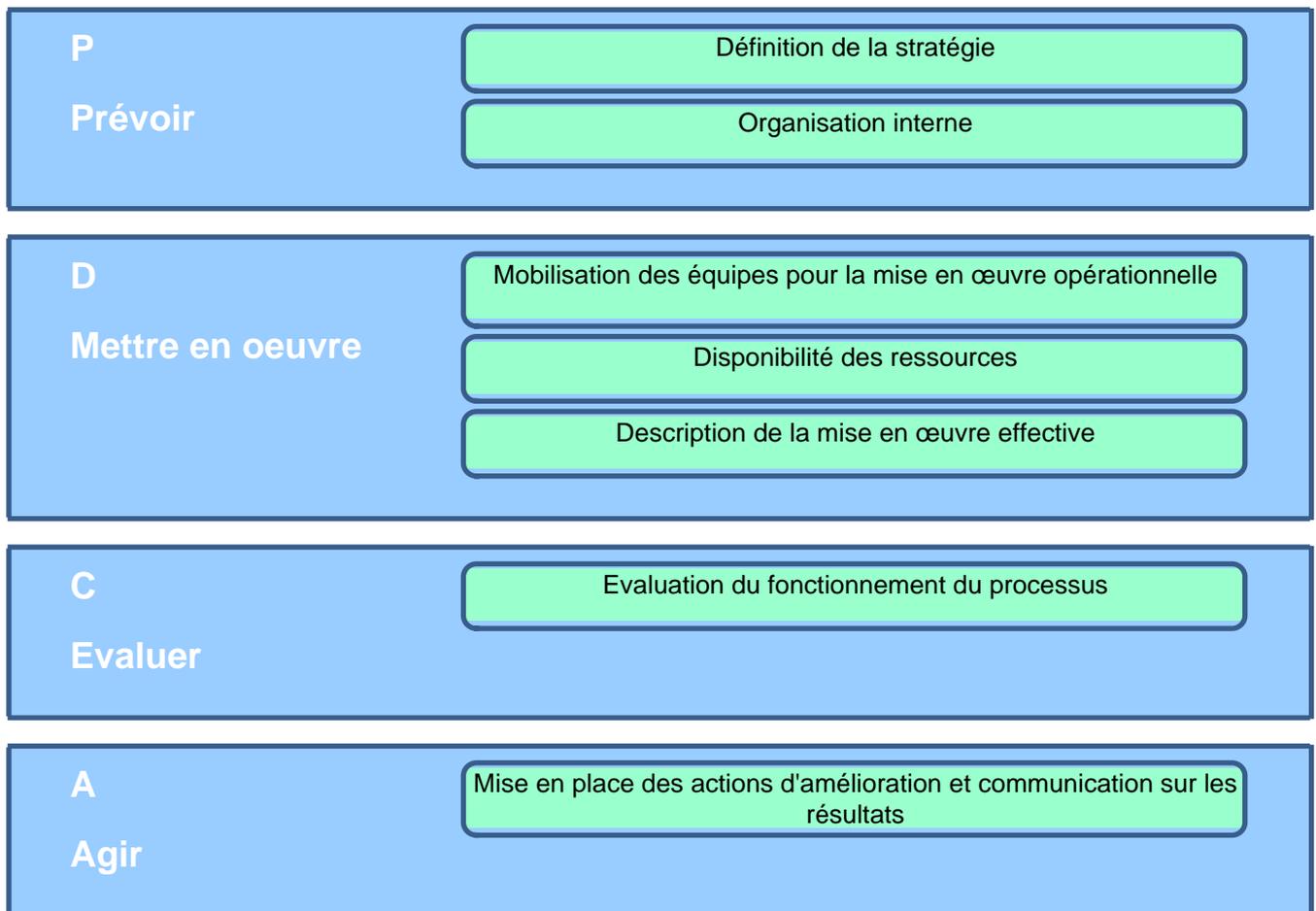
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques intégrée au projet d'établissement 2018-2022 précise dans ses différents volets : développer la démarche qualité structurée par processus, entre autre la prévention du risque infectieux, maîtriser les risques hospitaliers pour pérenniser une culture forte de sécurité, encourager la gestion des risques globales, coordonnée et communicante. Un des objectifs du projet de soins est de maîtriser le risque infectieux. Toutefois, l'établissement n'a pas défini de politique de maîtrise du risque infectieux. La politique de maîtrise du risque infectieux n'a pas été formalisée en concertation avec la CME et il n'existe pas de programme d'actions pluri annuel, prenant en compte les orientations du Programme National d'actions de préventions des infections liés aux soins (PROPIAS). Un projet médical de lutte contre les infections nosocomiales 2012-2016 a été remis aux experts pendant la visite, mais il n'est pas validé par les instances et n'a pas fait l'objet d'une appropriation. Une organisation a été mise en place afin de promouvoir le bon usage des antibiotiques : la nomination d'un référent infectiologue et la création d'une commission des antibiotiques. L'organisation et les moyens adaptés sont définis pour maîtriser le risque infectieux. L'organisation du bio nettoyage des locaux, excepté pour le bloc opératoire, est externalisée à un prestataire certifié ISO dont les engagements sont définis dans un cahier des charges signé avec l'établissement. L'identification des risques a été réalisé par les membres du CLIN composé d'un représentant de chaque secteur notamment des secteurs à risque (bloc opératoire, endoscopie et unité de reconstitution des cytotoxiques). Les sources de données sont issues des résultats d'une visite de risque infectieux de tous les secteurs effectuée en collaboration avec l'ARLIN Nord Pas de Calais et Picardie, des indicateurs ICATB, ICALIN, ICA-BMR, ICSHA, ICA-LISO, BN-SARM, des plans de surveillance ISO, IN, BMR et des résultats d'audits. Neuf risques ont été identifiés et hiérarchisés selon une méthodologie définie : entre autres, le mésusage des antibiotiques, l'insuffisance de déclarations des infectieux nosocomiales. Ils font l'objet d'actions d'amélioration dont les modalités de mises en œuvre sont définies : objectifs, pilotes, échéances et modalités de suivi. Les risques identifiés ont alimenté le compte qualité présenté en COPIL.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont le président du CLIN et un cadre supérieur hygiéniste qui a un temps alloué d'une journée par semaine et dont les missions sont décrites dans une fiche de poste. Des référents hygiène relayent les informations dans les unités de soins. Un règlement intérieur décrit les missions et le fonctionnement du CLIN qui se réunit trois fois par an. Il est composé d'un représentant de chaque secteur (notamment des secteurs à risque), du président de CME, du pharmacien responsable du management de la qualité du circuit du médicament, du référent de l'antibiothérapie, du médecin du travail. Le CLIN s'appuie sur le réseau d'hygiène inter hospitalier (GHPSO), l'IDE hygiéniste fait partie du réseau sectoriel d'hygiène. Une commission des antibiotiques a été mise en place, dont le fonctionnement et les missions sont décrites dans un règlement intérieur. Depuis janvier 2018, l'établissement est inscrit dans le réseau de surveillance de consommation des antibiotiques. Des formations sont organisées avec le réseau inter établissement : hygiène des mains et sur un thème spécifique chaque année. En 2017, la formation concernait les précautions pour l'utilisation des chambres implantables (CI) et la prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques (12 agents). La cadre du bloc est titulaire d'un diplôme concernant le tri des déchets et l'hygiène des locaux. Les nouveaux professionnels sont formés par leurs pairs avec remise d'un livret hygiène. Tous les agents du service de bio nettoyage ont été formés à l'hygiène des locaux par les formateurs de la société prestataire en mai 2017. Lors du changement de produits, des temps de formation sont organisés.

De nombreux procédures et protocoles de surveillance et prévention sont établis, accessibles sur le logiciel documentaire de l'établissement et réactualisés régulièrement (préparation cutanée, gestion des excréta, pose et surveillance des voies veineuses...). Des fiches techniques de conduite à tenir en cas de travaux, de surveillance de contrôle des filtres, de mesure du taux de renouvellement d'air, du contrôle de la qualité de l'eau, de pose d'une sonde vésicale et des soins aux patients sondés sont prévues. Des fiches d'information pour les isolements (air, contact, gouttelettes), le tri et l'élimination des déchets, les AES, l'hygiène des mains avec les SHA sont diffusés aux professionnels. Un guide d'utilisation des antibiotiques a été élaboré. La fiche de signalement des IN version papier, à transmettre au CCLIN et à l'ARS, est utilisée en mode dégradé. Sinon la déclaration se fait sur le site internet. Une procédure d'information du patient en cas de signalement externe ou interne d'une IN est formalisée. Depuis peu, une fiche de signalement des IN est intégré dans le DPI, en lien avec la prescription d'antibiotiques. Les protocoles de bio nettoyage sont tous validés par le CLIN et mis à disposition des agents dans des classeurs.

Il existe un partenariat avec le réseau départemental ARLIN (antenne régionale du Nord Pas de Calais), le GHPS du Sud Oise et le CCLIN.

Le CLIN a contribué à la mise en place des différents circuits (linge, déchets, patients, personnel) notamment dans les secteurs à risque (bloc opératoire, endoscopie, URC). Il est consulté en matière de surveillance des travaux.

La prévention des risques liés à l'environnement est organisée : Les prélèvements eau et air sont réalisés par le réseau hygiène selon un plan pré défini et adapté aux secteurs notamment pour le bloc opératoire. Le CLIN est systématiquement impliqué lors des travaux.

Les produits hydro alcooliques sont mis à disposition des patients dans les chambres et des professionnels sur les chariots de soins. Du matériel de protection pour le personnel est disponible : port des gants lors de l'évacuation des DASRI, protection en endoscopie et en URC, matériel de sécurité pour les gestes invasifs, boîte OPCT pour les aiguilles souillées...

Une organisation est en place pour promouvoir la vaccination des professionnels et le suivi, notamment pour la grippe. Le suivi des immunisations du personnel est présenté en CLIN pour les maladies suivantes (rougeole, coqueluche, varicelle, hépatite B).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de chaque service organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de la gestion du risque infectieux, en collaboration avec l'IDE hygiéniste et la responsable qualité. Elles communiquent auprès des professionnels lors des réunions de service et par affichage. L'encadrement des services en collaboration avec l'infirmière hygiéniste s'assure de la conformité des pratiques en effectuant des audits (hygiène des mains, préparation cutanée, gestion des excréta, précautions standards, ports de bijoux...). Des actions correctives sont mises en place. La communication des résultats se fait par l'intermédiaire du journal interne et la diffusion des comptes rendus du CLIN.

Le suivi de la consommation en solutions hydro alcooliques fait l'objet d'une rétro information aux secteurs d'activité. Les résultats des enquêtes de prévalence sont rendus lors des réunions de CLIN (infections sur cathéters, sonde urinaire du site opératoire...). La déclaration des événements indésirables est opérationnelle et connue des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence et en matériel sont disponibles dans les différents services. Des formations périodiques sont dispensées par le GHPSO, notamment une formation annuelle sur l'hygiène des mains, par l'infirmière hygiéniste et par le prestataire pour ce qui concerne le bionettoyage des locaux. Deux formations au DU d'hygiène sont inscrits dans le programme de formation 2018. Les ressources documentaires (protocoles, fiches techniques, guides, documents de traçabilité ..) sont accessibles aux professionnels par l'intermédiaire du logiciel documentaire. Des documents de sensibilisation sont mis à disposition des professionnels (les précautions standards, le lavage des mains avec les SHA, le tri des déchets...). La déclaration des événements indésirables se fait à partir d'une fiche, sous format papier connue des professionnels rencontrés. Il existe un système de déclaration des expositions au sang (AES) et un protocole de prise en charge actualisé en 2017, des protocoles d'hygiène des mains. Les protocoles relatifs aux précautions standards, complémentaires contacts, air, gouttelettes sont en place, MAJ en juin 2017. Il existe des protocoles associés à la prévention des infections associés aux gestes techniques : pose et surveillance des sondes urinaire, des cathéters et des sites implantables. Le guide d'utilisation des antibiotiques a été diffusé à tous les praticiens, le président du CLIN ayant organisé des rencontres pour répondre à leurs questions. Des équipements individuels de protection du personnel sont disponibles (gants, masques chirurgical, tenues professionnelles changées quotidiennement, tablier à usage unique...) dans l'ensemble des secteurs. L'établissement met à disposition des matériels sécurisés pour les gestes invasifs. Le bio nettoyage des chambres, des locaux déchets, des bureaux, des sanitaires des couloirs...est assuré par la société prestataire. Des protocoles sont à la disposition des professionnels. Les locaux sont propres et en bon état. Les locaux à déchets sont conformes et sécurisés, des locaux dédiés aux lavage des lave bassins sont identifiés, propres et bien rangés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes rencontrées appliquent les recommandations en vigueur et les protocoles établis, elles sont formées et utilisent les outils mis à disposition. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre, y compris dans les secteurs à risques. Des plans de surveillance des zones à risques (bloc opératoire, endoscopie, URC) en ce qui concerne l'eau, l'air et les surfaces sont mis en œuvre et suivis. Des plans d'actions sont mis en place en cas de dysfonctionnements. La réévaluation de l'antibiothérapie entre 48 et 72 h est assurée par un système d'alerte dans le logiciel de prescription qui permet d'acquiescer ou de modifier la prescription. Il existe une liste des antibiotiques à dispensation contrôlée, dont la prescription est faite pour 72h. Un guide d'aide à la prescription des antibiotiques a été diffusé aux praticiens qui peuvent solliciter le référent antibiotique de l'établissement. Une information des patients et des familles est

assurée en cas d'infection. Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont réalisées, en collaboration avec l'infirmière hygiéniste. La traçabilité du bio nettoyage, sur des supports validés par le CLIN, est effective pour les chambres mais aussi pour tous les locaux afférents aux soins (salle de soins, office, réfrigérateurs, local déchets). Les agents rencontrés connaissent et appliquent les organisations et les protocoles en place. Une équipe de bio nettoyage est dédiée au bloc opératoire avec un agent pour la décontamination des instruments avant la stérilisation. Les dates d'ouverture sont retrouvées sur les flacons de solutions hydro alcooliques, la date de mise en circulation est indiquée sur les conteneurs pour objets piquants, coupants tranchants. Le matériel dont les locaux et équipements sont utilisés par le personnel de façons adaptés. Les locaux sont sécurisés et leur fonction est clairement identifiée. Les circuits des déchets sont respectés. Les caisses servant au transport des livraisons issues de la pharmacie sont nettoyées, ainsi que les boîtes utilisées pour le transfert des poches de chimiothérapie dans le service d'oncologie. La traçabilité est effective. En cas de travaux en secteurs de soins, des contrôles bactériologiques sont effectués avant la réouverture. Les interfaces entre les parties prenantes de la gestion du risque infectieux (PUI, services de soins, logistiques, laboratoires) sont opérationnelles. Le CLIN participe aux travaux du réseau régional.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement produit un tableau de bord de suivi des indicateurs nationaux et en interne : les AES, les examens bactériologiques avec le % d'examens positifs, le suivi des BMR, les formations en lien avec le risque infectieux, les indicateurs en lien avec les infections associées aux soins, la surveillance de la consommation des antibiotiques et des solutions hydro alcooliques. L'établissement participe à l'enquête annuelle INCISO (surveillance des infections du site opératoire) et réalise des enquêtes de prévalence annuelles en médecine et chirurgie. Un audit sur la réévaluation des antibiotiques a été menée en 2015 et une enquête de prévalence a été réalisée en février 2018. Un audit est prévu dans le programme d'audit 2018. Les signalements d'infections associées aux soins déclarées par les professionnels font l'objet d'un suivi permettant notamment la mise en place d'actions correctives. Des audits réguliers sont menés: l'hygiène des mains en 2017 qui a concerné 96 personnes, les bonnes pratiques de manipulation des chambres implantables, la gestion des excréta, le port des bijoux, les précaution standards... Un contrôle en continu de la traçabilité du bio nettoyage est assuré par le prestataire. Un plan de maîtrise et de prévention du risque infectieux a été proposé suite à la visite du risque infectieux. Toutefois la maîtrise du risque infectieux n'est pas évaluée de manière totalement structurée. Le rapport Lutte contre les infections nosocomiales transmis aux tutelles est très succinct, car il recense quelques actions de prévention et surveillance ou de formation des professionnels, mais n'intègre pas les résultats des indicateurs ou audits, dont la communication est faite lors des réunions du CLIN. En fin de visite, l'établissement a remis aux experts visiteurs un rapport d'activité 2017-2018 qui n'est validé à ce jour ni par le CLIN, ni par la CME.

A / AGIR

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

En fonction de l'évolution des différents indicateurs et des résultats des évaluations, le pilote de la thématique met en place des actions d'amélioration : informatisation de la fiche de déclaration des EI, élaboration d'un guide des antibiotiques, la mise en place d'indicateur de suivi des infections sur CI, resensibilisation à l'hygiène des mains et à l'utilisation des solutions hydro alcooliques (SHA), actualisation des procédures sur les précaution standards et complémentaires, diffusion de la consommation des SHA... Les évaluations et les actions qui en découlent sont présentées et validées par le CLIN. La diffusion des résultats des indicateurs "qualité et sécurité des soins" auprès du public se fait par affichage et dans le livret d'accueil.

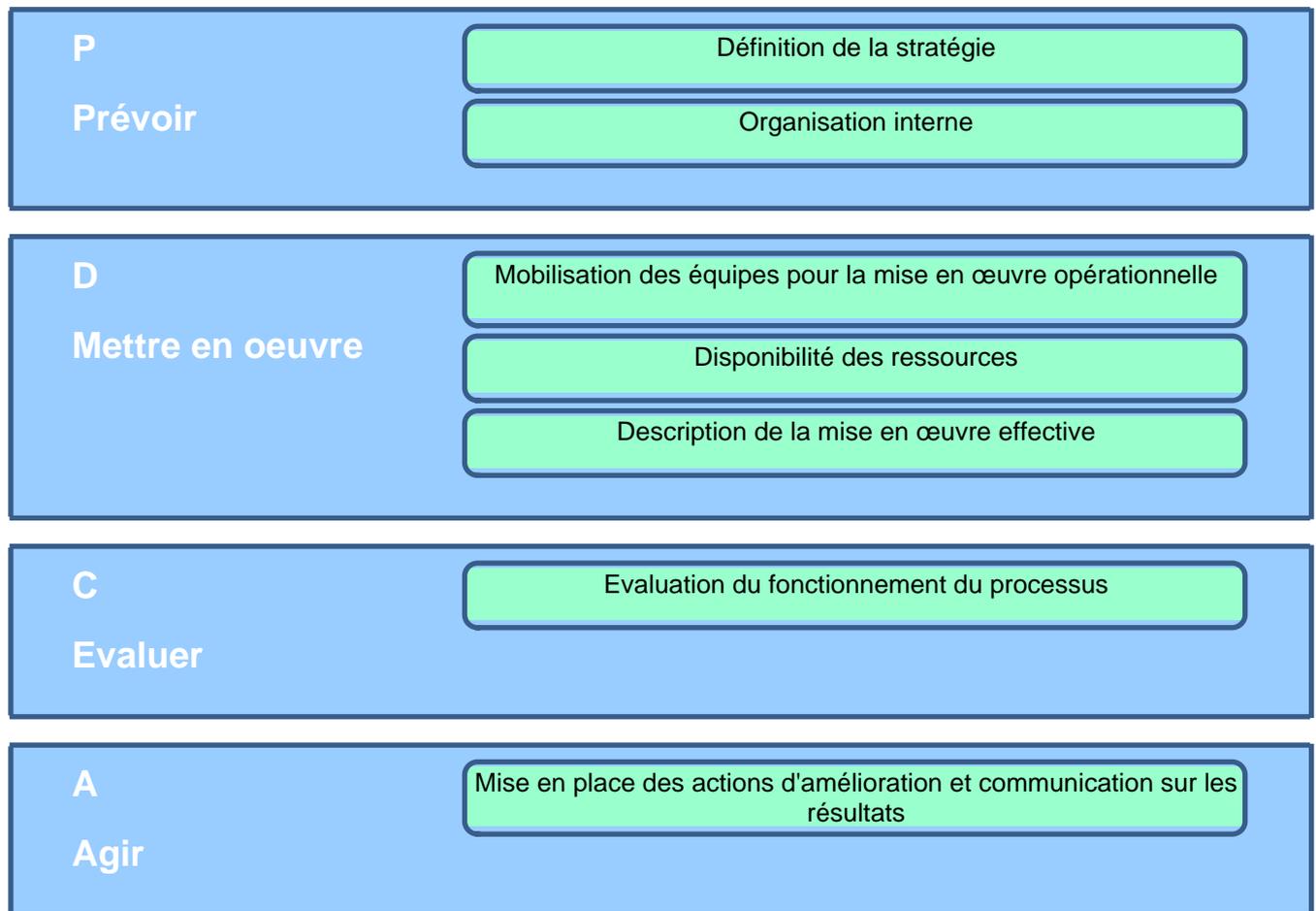
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini dans son Projet de soins une politique de promotion de la bientraitance et de mise en œuvre des droits des patients. Certains objectifs y ont été fixés : améliorer la qualité des soins par le respect de la dignité et de l'autonomie, informer les patients en fin de vie et leurs familles sur leurs droits, sensibiliser les équipes au signalement des cas de maltraitance chez les personnes vulnérables. La politique Qualité – gestion des risques 2017 – 2021 fixe un objectif « d'implication des usagers et de prise en compte de leurs attentes : garantir l'information donnée aux patients, ainsi que leur écoute ». La thématique « Droits des patients », eu égard à sa dimension transversale, est mobilisée au plan institutionnel en forte interaction entre la responsable Qualité et la coordination des soins. Les représentants des usagers ont été associés à cette réflexion. L'analyse des risques a permis d'identifier et de hiérarchiser 10 risques dans le compte qualité. Pour définir ces orientations en lien avec les droits des patients, l'établissement a mobilisé diverses données, tant quantitatives que qualitatives : IQSS, indicateurs, enquête de satisfaction (e-SATIS ou questionnaire de sortie), nombre de réclamations... Les usagers sont informés des droits des patients par le site internet de l'établissement, par les livrets d'accueil et par divers affichages dans les services. L'établissement décline cette politique en plans d'actions (conformes au compte qualité et intégrés dans un PAQSS institutionnel) avec un pilote, un calendrier prévisionnel et des indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « Droits des patients ». Les pilotes de processus identifiés sont : le Directeur, président de la CDU et la responsable Qualité. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés. La nouvelle commission des usagers (CDU) a été installée en mai 2017. Elle se réunit en moyenne deux fois par an et prend connaissance des plaintes et réclamations reçues. Les membres de la CDU, internes à l'établissement, ont suivi une formation sur les missions de cette instance. Les membres de la CDU ont prévu de travailler en 2018 sur les directives anticipées afin de rédiger un formulaire à destination des patients et de mettre en place des actions de communication.

Le recueil de la personne de confiance est confié aux soignants à l'admission dans le service. L'information du patient sur son état de santé et sur les soins prodigués, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, est organisée : pour ce dernier cas, la procédure a été actualisée en novembre 2017. L'information est délivrée au cours des entretiens médicaux et infirmiers. Le dossier informatisé prévoit une fiche spécifique réservée à la traçabilité de l'information délivrée au patient. Une organisation permettant le consentement éclairé du patient et éventuellement son refus de soin est en place : les informations apparaissent aussi dans les transmissions ciblées. L'établissement a mis en place un dispositif en matière de respect de la confidentialité dans le cadre du système d'information hospitalier. Les patients pris en charge dans le cadre d'un traitement anti cancéreux bénéficient d'une RCP et d'un projet de soins personnalisé. Les services disposant de chambres à deux lits s'organisent pour respecter l'intimité, la dignité et la confidentialité des patients. En cas d'annonce d'une situation particulière, les services priorisent un bureau qui va permettre d'accueillir les familles. Les professionnels ont divers documents à leur disposition dans la gestion documentaire institutionnelle. Les usagers sont informés au travers de nombreux supports :

- site internet régulièrement mis à jour,
- affichages sur de nombreux supports : charte de la personne hospitalisée, personne de confiance .
- livret d'accueil de l'établissement.

Quatre livrets d'accueil, variables selon les types de prise en charge, ont été validés par la CDU en décembre 2017. Ils sont remis à chaque patient lors de son admission.

Cependant, l'établissement n'a pas établi d'état des lieux permettant d'identifier les situations et les facteurs de maltraitance. Si l'établissement a adressé récemment en formation des professionnels paramédicaux pour « la prévention de la maltraitance », il n'a pas établi d'état des lieux dans ce domaine, en liaison avec la Commission Des Usagers. Une procédure de signalement des cas de maltraitance a été élaborée en février 2018 et est en cours de diffusion. L'établissement n'a pas produit à ce jour de plan d'actions global concernant la promotion de la bientraitance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est organisée (par exemple, prescription médicale pour les contentions avec réévaluation quotidienne...). Les professionnels sont tenus informés des résultats des différents audits et du suivi des indicateurs au travers des réunions de service, par affichage des résultats des IQSS et des enquêtes de satisfaction et audits dans les services. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre la politique de promotion des droits des patients, l'établissement dispose de diverses compétences. Pour la prise en charge au sein des lits identifiés de soins palliatifs, une psychologue peut intervenir à la demande. Des bénévoles sont présents régulièrement auprès de ces patients. L'établissement garantit à ses usagers la libre pratique de leur culte dans le respect du bon fonctionnement des services et de la laïcité. Ces derniers peuvent faire appel au représentant des cultes de leur choix. Cette information est donnée aux usagers grâce au livret d'accueil. Les personnels de l'établissement ont à leur disposition divers documents utiles à la prise en charge des patients. Huit personnels paramédicaux ont suivi la formation « Prévention de la maltraitance pour une culture de la bientraitance » et six cadres ont participé à celle sur « l'annonce d'un dommage lié aux soins ».

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont connues et mises en œuvre par les personnels. A l'entrée dans le service, un soignant informe le patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance. Les patients sont informés autant que de besoin sur leur état de santé et les soins proposés, incluant la réflexion bénéfice-risque. Le recueil du consentement du patient, ou de ses parents dans le cas d'un mineur, est systématiquement formalisé pour les actes invasifs. Certains services de l'établissement disposent de chambres à deux lits. L'organisation des professionnels (paravents rétractables installés dans de nombreuses chambres) pallie à ces diverses situations, permettant de respecter l'intimité et la dignité des patients (particulièrement lors des toilettes et des soins), ainsi que la confidentialité des échanges. La restriction des libertés est organisée selon la procédure d'octobre 2013. La contention est basée sur une prescription et est réévaluée régulièrement. La Commission Des Usagers est en place depuis mai 2017. Les CRUQPC qui l'ont précédé se réunissaient peu souvent. La CDU étudie les plaintes et réclamations, les demandes de dossiers médicaux, la satisfaction des patients. Un rapport annuel a été réalisé chaque année pour la CRUQPC ou la CDU. L'existence de la CDU, la mission, la composition et les moyens de contacter les membres sont portés à la connaissance des patients par affichage dans les services, par le livret d'accueil et par le site internet. Les représentants des usagers sont associés à la relecture des supports destinés aux patients, ils sont force de propositions pour des améliorations dans la prise en charge des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de quelques indicateurs en matière de droits des patients : suivi de la satisfaction des usagers (questionnaire de sortie avec un retour en forte augmentation, enquête e-satis avec un nombre d'adresses mail récemment en accroissement, enquêtes de satisfaction ciblées sur la chirurgie ambulatoire ou le transport au bloc), nombre de réclamations, d'éloges. L'établissement réalise annuellement une EPP sur les « Droits et information du patient » correspondant à une enquête par questionnaire auprès de patients après leur sortie. Elle porte notamment sur la satisfaction des informations données par le médecin, le consentement, l'information préalable bénéfice/risque, le respect de l'intimité du patient....

A / AGIR

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

L'établissement dispose d'un programme d'action issu de son compte qualité et des résultats d'indicateurs nationaux, articulé avec le PAQSS institutionnel. Il existe un système de diffusion en interne et en externe des résultats des indicateurs et des actions conduites, en lien avec la CDU. L'établissement communique dans son journal interne de nombreuses informations en matière de droits des patients :

fonctionnement de la CDU, bilan de la satisfaction des patients, annonce d'un dommage lié aux soins.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

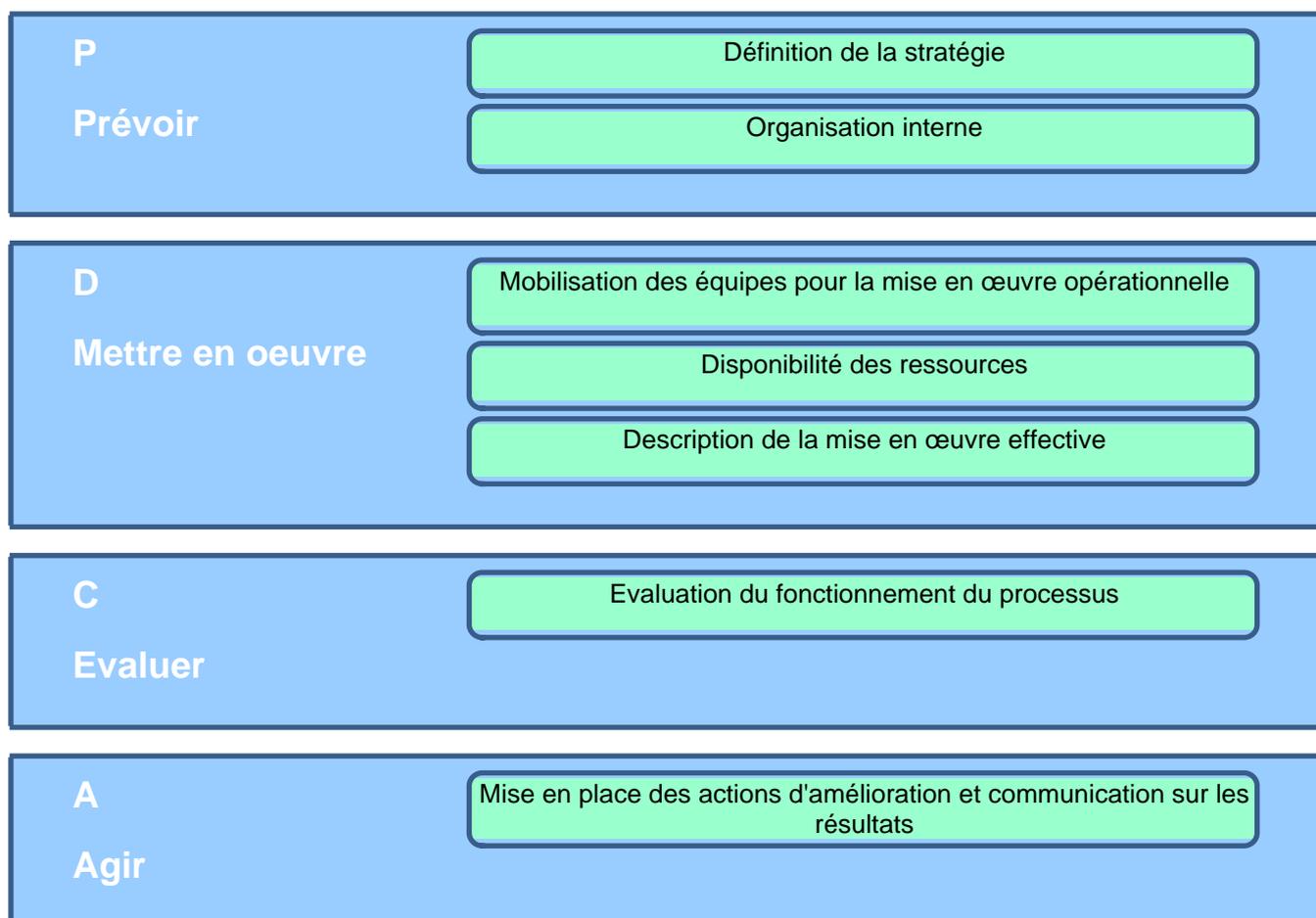
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie médicale défini par l'établissement dans son projet stratégique 2017 - 2022 tient compte des besoins du territoire, de la situation géographique et s'inscrit dans la politique régionale. Elle a conduit à l'actualisation du projet médical et du projet d'établissement.

L'établissement dispose d'un service de médecine et de cardiologie, d'oncologie médicale de jour, une unité de sommeil. Les spécialités chirurgicales sont les suivantes : viscéral, orthopédique, urologique, ORL, ophtalmologique et plastique, en service d'hospitalisation complète et secteur ambulatoire. L'établissement a créé en 2017 une unité d'admission non programmée. La stratégie répond à une identification et une analyse méthodologique des risques concernant le parcours du patient. Les risques ont été identifiés en équipe pluridisciplinaire et priorisés selon la méthodologie de l'HAS, puis inscrits dans le compte qualité après validation par le COPIL qualité. Des plans d'actions ont été établis en lien avec les objectifs de la stratégie du parcours patient et les différents risques identifiés. Ces plans d'actions sont structurés (pilotes, modalités de suivi, échéanciers...).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique de l'établissement est conduit par le directeur, le président de CME, la directrice des soins, le médecin consultant pour la stratégie médicale. Le pilotage opérationnel est assuré par la directrice des soins et une IDE chef. Il existe un dispositif d'accueil formalisé permettant d'assurer la prise en charge du patient et / ou l'orientation de celui-ci vers une structure d'urgence. Afin de répondre à la prise en charge des entrées non programmées sans bénéficier d'une autorisation d'accueil des urgences, l'établissement a créé une unité d'admission non programmée accueillant des patients sur la demande des médecins traitants, ou des patients présentant une complication et connus de l'établissement. L'établissement a défini les modalités de prise en charge du patient en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Les livrets d'accueil sont actualisés et adaptés selon les prises en charge : hospitalisation, ambulatoire, oncologie, unité sommeil. Des règles de présence, un système de gardes et astreintes sont formalisées afin assurer la permanence des soins 24h / 24h. Des organisations, procédures et protocoles sont formalisées sur les différents champs du parcours patient. Sept parcours patient ont été identifiés et formalisés au regard de l'organisation des soins : UCA, chirurgie, médecine, HDJ médecine, sommeil, Admission Non Programmée et consultations externes. La charte de fonctionnement de l'ambulatoire a été actualisé en 2017. L'unité du sommeil a reçu l'accréditation de la société française de médecine du sommeil. L'établissement a structuré en interne un dispositif de prise en charge des urgences vitales. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formalisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les RCP sont organisées avec le centre hospitalier de CREIL dans le cadre du 3C. Le dispositif d'annonce est structuré au niveau de l'hôpital de jour. Le plateau technique d'imagerie et de biologie, de structure juridique indépendante, est situé dans les mêmes locaux (Laboratoire, imagerie conventionnelle, IRM) et les interfaces sont organisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions de la stratégie du parcours patients sont déclinés dans les services de l'établissement. La déclinaison de la démarche institutionnelle est confiée à l'encadrement paramédical. Il informe et sensibilise régulièrement les professionnels sur les champs de la thématique parcours patient lors de réunions de service et par la diffusion du journal interne "Jockeys info". Chaque parcours est formalisé et connu des professionnels. Les évaluations menées permettent la mobilisation des personnels, comme la prise en charge du patient debout, la tenue du chariot d'urgence, l'appel à J-2, la prévention des escarres et la gestion des supports, ou le patient traceur en unité sommeil. La déclaration des événements indésirables est opérationnelle et connue des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens matériels sont disponibles dans les services pour la prise en charge du patient. L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite, les chambres et sanitaires sont adaptés. La documentation (procédure, protocole...) sur le parcours patient est disponible dans les services. Les moyens humains sont adaptés et des formations sont organisées sur les différents aspects du parcours patient. La permanence des soins est assurée avec une astreinte organisée pour la chirurgie viscérale, l'orthopédie, l'urologie, l'anesthésie et la cardiologie. Un matériel d'urgence est opérationnel et disponible dans tous les secteurs de l'établissement. Un chariot d'urgence est opérationnel dans tous les secteurs, les professionnels sont formés aux gestes d'urgence et des formations à l'utilisation du défibrillateur

semi automatique sont ouvertes au public.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une évaluation initiale est réalisée dans un délai adapté à son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins. L'évaluation initiale est tracée pour tous les patients en médecine à l'admission par le médecin référent du patient, en chirurgie avec les données de la consultation d'anesthésie disponible dans le DPI. Un projet de soins est élaboré avec les professionnels concernés et comprend les spécificités du patient. Le projet de soins personnalisé est renseigné pour les patients de la filière cancérologique, les comptes-rendus de RCP sont joints au dossier du patient. La réflexion bénéfice risque est intégré au projet de soins médicochirurgicale. En chirurgie ambulatoire, l'appel de la veille et du lendemain sont tracés dans le dossier du patient, de même que le score de remise à la rue. Les interventions des kinésithérapeutes et psychologues sont tracées dans le dossier informatisé. Le dépistage des troubles nutritionnels est pris en compte avec intervention d'une diététicienne si besoin et adaptation de repas. Les troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier, le personnel a été sensibilisé lors l'informatisation de DPI. Les patients présentant un risque suicidaire sont évalués à l'aide de l'échelle de Beck et si besoin, un avis est sollicité auprès de l'unité d'urgence psychiatrique du CH voisin. Les enfants sont pris en charge à partir de 3 ans en chirurgie ambulatoire, les modalités d'accompagnement des parents sont efficaces. L'éducation thérapeutique des patients est opérationnelle pour les patients de cancérologie et de cardiologie. Des plaquettes d'information sont remises au patient. Les circuits et interfaces définis sont respectés et opérationnels. Les modalités de sortie sont anticipées dès la consultation préopératoire (retour à domicile avec le dispositif PRADO, demande d'admission en SSR via logiciel informatique). Les documents de sortie sont remis au patient lors de sa sortie, et transmis au médecin traitant par messagerie sécurisée. Les patients traceurs menés montrent la mise en œuvre effective des organisations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le parcours du patient est évalué au travers des indicateurs médico-économiques (DMS, occupation des lits), du bilan d'activité des différents services, mais aussi d'indicateurs qualitatifs portant sur la tenue du chariot d'urgence, la conformité des documents de sortie en chirurgie ambulatoire, l'appel à J1 post opératoire, l'évaluation du parcours du patient debout au bloc, la prise en charge des escarres, la prise en charge de la cataracte (patient traceur) et le recueil de la satisfaction des usagers. Une RMM a été conduite en 2017 sur l'acquisition d'escarres.

A / AGIR

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

Suite à l'analyse de risques, des plans d'actions ont été mis en œuvre dans les différents secteurs : intégration de la réflexion bénéfice-risque dans le dossier, création d'une consultation spécifique en gériatrie, adaptation du matériel pour les patients obèses, rédaction d'une procédure en cas de fugue, déploiement de l'éducation thérapeutique et sécurisation de la sortie en ambulatoire. Les documents de sortie ont fait l'objet de modifications et leur qualité est évaluée régulièrement. Les professionnels sont informés via le journal interne et les usagers en CDU.

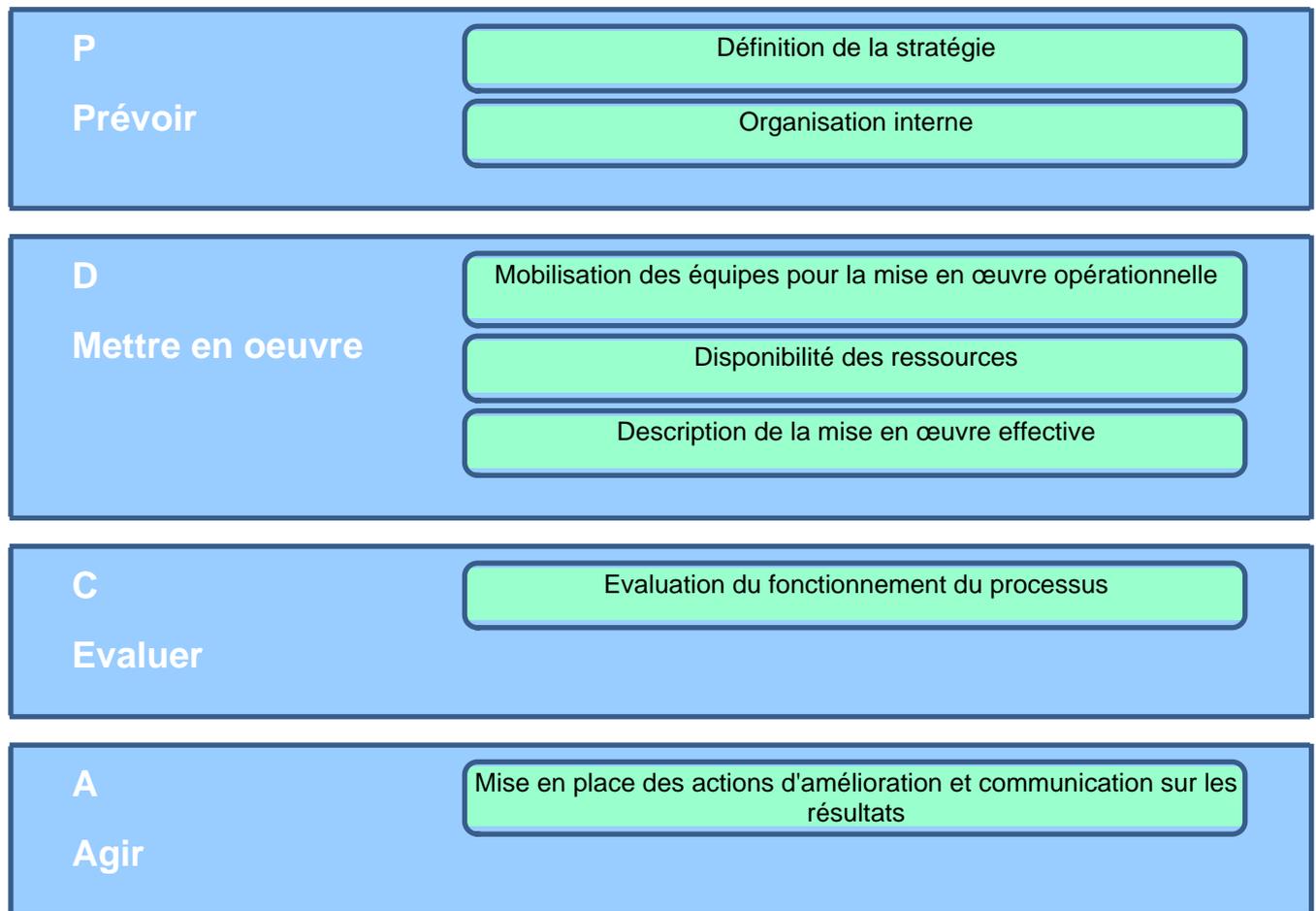
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini, dans le cadre du Schéma directeur du système d'information 2017 – 2021, une politique du Dossier Patient qui s'articule principalement autour du déploiement d'un système d'information patient, dans le but de mettre en œuvre à terme un dossier patient unique et partagé sur l'ensemble des secteurs de l'établissement, ainsi qu'une dématérialisation complète du dossier. Ce document a été validé par la CME en juillet 2017. Les risques prioritaires ont été identifiés par les pilotes de la thématique, à partir des résultats des indicateurs IQSS « Tenue du dossier patient », des indicateurs hôpital numérique, des analyses des déclarations des événements indésirables et des réclamations. Les 9 risques principaux ont été hiérarchisés dans le compte qualité et ont donné lieu à un plan d'actions, comprenant l'identification d'un responsable par action, des modalités de suivi et d'un échéancier de réalisation. Ce plan d'actions est intégré dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « Dossier patient ». Les pilotes de processus de la thématique (coordinatrice des soins et infirmière chef) ont été désignés par le directeur et le président de CME. Les travaux d'élaboration du compte qualité ont été menés avec l'assistance méthodologique de la responsable qualité. Par ailleurs une Commission Informatique d'Etablissement, associant le personnel médical, a pour mission de suivre l'état de déploiement du système d'information et de définir les axes d'orientation du Schéma Directeur 2018 – 2020.

Plusieurs types de dossiers coexistent au sein de l'établissement :

- Une application « dossier patient informatisé (DPI) » déployée sur l'ensemble des services de soins qui permet la gestion des mouvements, le dossier médical, le dossier de soins, les prescriptions médicamenteuses.

- Concernant le dossier médical : un dossier médical informatisé et un dossier papier coexistent encore. Les observations médicales sont réalisées progressivement sur support numérique.

L'établissement a formalisé en 2017 un « guide d'utilisation du DPI » à destination de tous les personnels et un « guide d'aide à la prescription médicale » à destination prioritairement des médecins. Les règles de tenue et d'utilisation du dossier patient sont formalisées dans une procédure « Tenue du dossier patient » datant de septembre 2017, précisant les responsabilités et droits d'accès, la sécurité des données et la confidentialité, la composition du dossier patient informatique, la sauvegarde des données. Les règles d'archivage du dossier sont établies dans le cadre d'une procédure de décembre 2017. La gestion de l'archivage est organisée suivant plusieurs niveaux : un archivage numérique des données informatiques, un archivage du dossier papier centralisé pour les deux années récentes au sein de l'établissement, un archivage externalisé chez un prestataire privé pour les années antérieures. La conservation, l'accessibilité et l'intégrité des archives sont assurées. L'organisation de l'accès du patient à son dossier a été actualisée par une procédure de mars 2018. Celle-ci précise les modalités d'accès au dossier. Le patient est informé par le livret d'accueil ou le site internet, de ses droits d'accès au dossier, ainsi que des pièces qui pourront lui être communiquées. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins des utilisateurs, le niveau d'équipement informatique est adapté aux organisations : ordinateur portable mobile, ordinateur sur chariot de soins. La maintenance des équipements est organisée. Les modalités de fonctionnement en mode dégradé sont formalisées dans le cadre d'une procédure de septembre 2017. Les ressources documentaires correspondent aux besoins des utilisateurs et sont disponibles sur la GED. Les interfaces sont organisées pour ce qui concerne les résultats d'examen de biologie et d'imagerie. La coordination entre les différents acteurs est en place : service informatique pour la maintenance, secrétariats médicaux, DIM, bureau des admissions, archives...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient en lien avec les orientations de l'établissement. La communication auprès des équipes sur la politique du dossier est effective. Les cadres des services connaissent les risques identifiés et les objectifs quant au processus "Dossier patient". Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés lors de réunions de service ou par voie d'affichage. Les cadres impulsent une démarche d'

amélioration et s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière de tenue du dossier. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration. Les résultats des évaluations sont connus et diffusés, et notamment à l'occasion des mauvais résultats des IQSS. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Pendant les visites de terrain et les rencontres des patients traceurs, les experts visiteurs ont constaté l'implication des personnels, tant dans la bonne tenue du dossier que dans son utilisation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les secrétaires médicales des services sont en charge de :

- Vérifier avant toute création de dossier papier, que le patient ne dispose pas d'un dossier antérieurement répertorié au sein du service,
- Identifier les dossiers papiers dès leur création,
- S'assurer du classement des éléments papier du dossier avant son archivage.

Les dossiers sont archivés dans les services pendant la durée de production du compte rendu d'hospitalisation, puis sont transmis au Département d'Information Médicale, puis aux archives centrales. Les locaux d'archives investigués, même s'ils sont saturés, sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers. Les modalités relatives à l'archivage et à la destruction du dossier sont définies et connues. Les médecins sont formés à l'usage du logiciel pour sa composante « prescriptions et observations médicales pendant l'hospitalisation ». Le secrétariat de direction s'assure de la transmission des dossiers au patient ou aux ayants droits qui en font la demande. Les procédures et autres documents utiles sont disponibles et accessibles sur la GED. Le livret d'accueil du patient, mentionnant des informations utiles, notamment sur l'accès au dossier, est déposé en règle générale sur sa table de chevet. Les locaux et les équipements sont adaptés. Des équipements informatiques sont déployés dans toutes les unités de soins, sur des chariots mobiles ou dans les postes de soins ou bureaux médicaux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les observations médicales sont tracées progressivement dans l'application DPI. Les documents papier (lettre du médecin traitant, compte rendus extérieurs, courriers...) sont conservés dans le dossier papier et progressivement numérisés. A la sortie du patient, une lettre de liaison de sortie est réalisée, soit sous format manuscrit, soit sous format numérique, pour être remis au patient le jour de sa sortie ainsi qu'une ordonnance de sortie. Les modalités de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont définies et appliquées. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile sont tracés dans le dossier du patient. La communication du dossier médical est opérationnelle. Les demandes de communication de dossier sont réceptionnées par la direction. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés, si on déduit le délai incompressible, correspondant à la vérification de l'identité et au paiement des frais.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier patient par la mise en place plusieurs modalités d'évaluation :

- Évaluation de la tenue du dossier patient par le recueil de l'indicateur IQSS, mais aussi par un audit hors protocole réalisé en août 2017 en médecine/cardiologie, en décembre 2017 en chirurgie ambulatoire et en février 2018 en chirurgie.
- Évaluation du délai de transmission des dossiers aux patients, à l'aide d'indicateurs tenus par la direction et communiqués annuellement à la CDU.

A / AGIR

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

L'établissement dispose d'un plan d'action issu de son compte qualité. La commission informatique a établi une liste des demandes d'évolution pour améliorer l'utilisation du DPI. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus. L'établissement a ainsi mobilisé les professionnels pour améliorer les résultats des indicateurs par des actions de formation et des campagnes de sensibilisation : cela a concerné récemment la rédaction des observations médicales

pendant l'hospitalisation, ainsi que les prescriptions médicamenteuses en chirurgie. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, en lien avec la CDU pour ce qui relève de la communication au patient des éléments de son dossier.

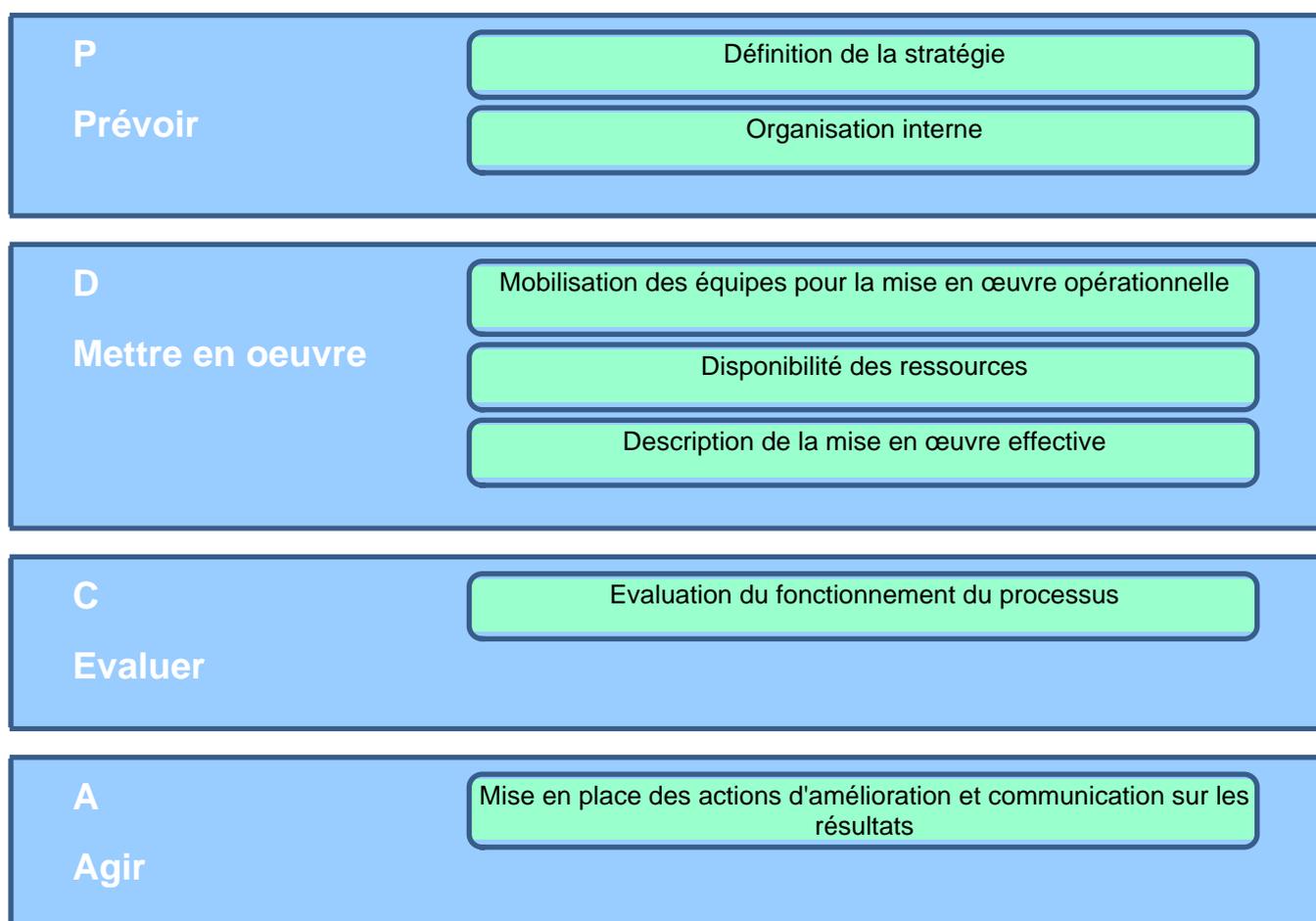
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est un des axes de la politique qualité et gestion des risques et du projet de soins 2018-2022. L'établissement a signé son engagement dans le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiace (CAQUES) en novembre 2017 avec présentation en CME pour application au 1er janvier 2018. Toutefois, il n'existe pas de réelle politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient contenant notamment dispositions spécifiques pour personne âgé. La précédente politique de la qualité de la prise en charge médicamenteuse date de 2014 et n'a pas été actualisée depuis. Elle ne couvrait pas la sécurisation du traitement médicamenteux chez la personne âgée. Pendant la visite, l'établissement a remis un document de 2 pages intitulé « Politique de prise en charge médicamenteuse » ni daté ni signé ni validé par la CME, avec comme objectif prioritaire la sécurisation du médicament. Les risques inhérents à la thématique ont été définis avec la participation des professionnels. Les sources de données pour réaliser l'analyse des risques sont la cartographie des risques de la PUI et des unités de soins, le suivi du Contrat de Bon Usage du médicament (CBUM), les résultats de l'indicateur IPAQSS et une inspection en 2016. Quinze risques concernant chaque étape du circuit du médicament ainsi que le processus de chimiothérapie ont été identifiés et hiérarchisés selon une méthode définie. Ils font l'objet d'actions d'amélioration dont les modalités de mises en œuvre sont définies: objectifs, pilotes, échéances et modalités de suivi. Le compte qualité a été présenté en COPIL et en CME.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) dont les locaux ont été rénovés en 2016. Il a mis en place une organisation pour piloter le processus qui repose sur le pharmacien gérant de la PUI et sur le pharmacien nommé par la CME " Responsable du Système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse" (RSMQM). Il est également le référent de l'Unité de reconstitution des cytostatiques (URC). Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis dans des fiches de poste. Des IDE référent pharmacie sont positionnés dans chaque unité de soins, leurs missions sont décrites dans une charte. Le COMEDIMS est l'instance en charge de la stratégie, de sa mise en œuvre et du suivi des plans d'actions concernant le circuit du médicament. Son fonctionnement et ses missions sont décrites dans un règlement intérieur (RI). Il tient trois réunions par an. Les points relatifs à la gestion des risques liés au circuit du médicament sont étudiés en Comité de retour d'expérience (CREX), commission dont le RSMQM est membre.

Les besoins en formation sont identifiés et inscrits au programme de formation institutionnel: formations aux erreurs médicamenteuses et à l'utilisation du DPI, à la préparation et à l'administration des chimiothérapies, à l'utilisation du MEOPA, aux Never Event. L'intégration des nouveaux médecins est assurée par les pharmaciens et le tuteurage des soignants est assuré par les pairs et par la remise du RI du COMEDIMS.

La prise en charge médicamenteuse repose sur l'informatisation complète du circuit du médicament, interfacée avec le dossier patient informatisé et le serveur de biologie du laboratoire. Un logiciel spécifique est utilisé pour les chimiothérapies. Les procédures dégradées sont prévues en cas de panne informatique afin de permettre la continuité de la prise en charge. Le processus de sécurisation du circuit du médicament est décrit dans plusieurs procédures, fiches techniques et documents d'enregistrement accessibles aux professionnels, via un classeur et le logiciel de gestion documentaire. : prescriptions, dispensation, administration... La liste des médecins habilités à prescrire est disponible à la PUI, actualisée en fonction des mouvements. Les protocoles (contrôle des armoires, utilisation de la DBU, fermeture de l'UMC, vérification des chariots d'urgence...) sont prévus. La fiche d'événement indésirable papier permet à chaque agent la déclaration des dysfonctionnements liés au circuit du médicament. Les événements indésirables sont étudiés par le CREX lors de la réunion mensuelle à laquelle participe le pharmacien RSMQM. La PUI adhère à un groupement d'achats. Les plans de maintenance préventives et curatives sont en place en interne et en externe avec les prestataires. L'informatisation facilite la gestion des interfaces et la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité.

Les circuits et interfaces sont identifiés entre la PUI, les services d'hospitalisation, les services supports (qualité, informatique, logistique), le laboratoire externalisé, les instances (COMEDIMS, CME, CLIN) et les partenaires extérieurs (groupements , fournisseurs...).

Les médicaments dont la chaîne du froid doit être respectée sont conservés à la PUI dans des chambres froides équipées d'un système d'alarme relié à l'informatique et aux téléphones portables des pharmaciens. Dans les unités de soins, les réfrigérateurs sont sécurisés.

Le transport des médicaments est organisé dans des conditions conformes à la sécurité, notamment

pour les médicaments thermo sensibles, les stupéfiants et les cytotoxiques.

La gestion des alertes montantes et descendantes est organisée, centralisée à la PUI et relayée dans les unités de soins.

Les instances concernés se réunissent périodiquement et font l'objet de comptes rendus (COMEDIMS, CLIN, CLUD).

Toutefois, la permanence pharmaceutique n'est pas assurée. En dehors des heures d'ouverture de la PUI (8h30 à 17h du lundi au vendredi), les samedis, dimanches et fériés, une armoire de dotation pour besoin urgent (DBU) est positionnée dans un sas extérieur à la pharmacie dont l'accès est sécurisé par un digicode. Chaque étage dispose d'un chariot de médicaments d'urgence, dont le contenu a été défini avec les praticiens. Le contenu de la DBU a été défini avec le chef de service de médecine. Le cadre d'astreinte, le médecin prescripteur ou l'IDE peuvent se procurer le médicament selon une procédure définie. Si le produit est indisponible, il n'existe pas d'organisation formalisée d'astreinte en interne ou avec d'autres établissements. L'indisponibilité des médicaments a fait l'objet d'un évènement indésirable, évoqué à la CME de juin 2017, mais aucune mesure n'a été prise pour y remédier à l'avenir.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En déclinaison du programme d'actions lié au circuit des médicaments, il existe des plans d'actions issus de l'identification des risques, du CBUM, des EPP et des audits. La responsable qualité est chargée du déploiement opérationnel en collaboration avec le pharmacien Responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La coordinatrice des soins et les cadres de santé assurent la mise en œuvre et le suivi dans leurs secteurs. La sensibilisation et l'implication des professionnels sont favorisées par des informations régulières selon différentes modalités : le logiciel documentaire dans lequel sont diffusés les comptes rendus du COMEDIMS et du COPIL, le journal interne, les réunions d'encadrement, les affichages. Les pharmaciens et l'encadrement s'assurent de la conformité des pratiques au regard des procédures et organisations par le suivi des EI, les audits de dossiers et les audits du circuit du médicament (prescriptions et administration). Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnement : mise à jour des procédures, sécurisation de l'armoire pour besoin urgent, élaboration d'une fiche d'information sur l'utilisation des diffuseurs portables en oncologie... Les professionnels sont associés à l'identification et à la mise en œuvre des actions correctives. Les résultats sont communiqués aux équipes par les cadres lors des réunions de service ou par l'intermédiaire de supports écrits. Il est de même pour les résultats d'indicateurs qui sont également affichés dans les services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre la politique du circuit du médicament, l'établissement dispose des ressources en terme de compétence : 3 pharmaciens (2,30 équivalent temps plein) et 3 préparatrices. Les professionnels bénéficient de formations adaptées à la sécurité médicamenteuse : erreurs médicamenteuses en décembre 2017 (20 IDE, 1 pharmacien et un médecin formés en décembre), utilisation du MEOPA, préparation et administration des chimiothérapies, médicaments à risque. La documentation est mise à disposition des professionnels par l'intermédiaire d'un classeur papier et du logiciel de gestion documentaire qui répertorie les documents qualité actualisés et qui s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques. Pour exemple, la gestion du traitement personnel et des stupéfiants, la préparation et la dispensation des cytotoxiques, la réévaluation des antibiotiques, l'accès à l'armoire de dotation pour besoins urgents, le contrôle des armoires de pharmacie et des conditions de détention des produits. Des fiches de bonnes pratiques à destination des professionnels sont diffusées : les médicaments à haut risque, les médicaments inappropriés chez la personne âgée, guide sur la prise en charge des 12 Never Events, flyer sur le KCL, tableau des médicaments écrasables... Le livret thérapeutique et les avis pharmaceutiques sont accessibles via le logiciel patient. Les locaux de la PUI permettent la délivrance de tous les médicaments stériles et non stériles et le respect de la marche en avant. La PUI et le sas extérieur réservé aux professionnels sont sécurisés par un digicode. L'organisation des locaux de l'URC répond aux besoins de l'activité. L'aménagement des salles de soins permet la sécurisation du stockage et de la préparation de l'administration : chariots d'administration sécurisés, coffres à toxiques, réfrigérateurs avec suivi des températures sécurisés postes informatiques en nombre suffisant. Les chariots d'urgence positionnés dans chaque secteur, sont sécurisés et contrôlés par les infirmières. L'établissement assure le suivi des plans de maintenance curatifs et préventifs du matériel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des unités de soins et les praticiens connaissent et respectent les organisations et circuits définis. La prise en charge médicamenteuse repose sur des prescriptions informatisées conformes aux règles de bonnes pratiques en vigueur au sein de l'établissement. Les prescriptions sont réalisées à l'entrée du patient après un examen clinique et biologique initial et sont saisies dans le

logiciel dossier patient informatisé. Les praticiens doivent privilégier les produits inscrits dans le livret thérapeutique informatisé. Une alerte informatique bloquante permet la réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie entre 48 et 72 heures. Les antibiotiques à dispensation contrôlée ne sont prescrits que pour 72h avec une réévaluation systématique pour poursuivre ou non le traitement. En cas de panne informatique, la procédure dégradée est appliquée par les professionnels.

Les droits d'accès des professionnels au DPI sont définis et chaque professionnel se connecte à sa session avec son mot de passe.

Les prescriptions font l'objet d'une analyse et d'une validation pharmaceutique avec si besoin, un avis pharmaceutique adressé informatiquement au médecin prescripteur.

L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est effective pour 100% des prescriptions avec la prise en compte des données biologiques et cliniques. Elle est réalisée trois par jour. La prise en compte par le praticien est tracée.

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie et pendant les transferts sont connues des professionnels et appliquées. A l'admission, le traitement antérieur du patient est analysé par le médecin ou l'anesthésiste en consultation, modifié et/ou adapté et prescrit dans le logiciel. Les traitements personnels sont remis à l'entourage à l'admission ou bien ils sont séquestrés dans les unités de soins dans des armoires dédiées et sécurisées.

La délivrance des médicaments est globale sur la base d'une commande à partir d'une dotation par unités de soins. La délivrance est nominative pour les stupéfiants, les antibiotiques et les cytotoxiques. Le réapprovisionnement des tiroirs des armoires à pharmacie des services est assuré par les préparatrices qui vérifient le contenu et les périmés dont la traçabilité est retrouvée dans le logiciel de gestion des stocks. La commande est réalisée deux fois par semaine en médecine-cardiologie et une fois par semaine pour les autres secteurs. Les demandes intermédiaires se font par fax sur des documents spécifiques, la délivrance se fait dans le SAS sécurisée en dehors de la PUI. Les commandes de dispositifs médicaux stériles (DMS) et de solutés se font une fois par semaine à partir d'une dotation.

La préparation journalière des piluliers est réalisée par les infirmières de nuit, le 2ème contrôle est fait par l'infirmière avant l'administration sur la base du plan de soins informatisé. Les médicaments à risque, tels que les morphiniques, ne sont préparés qu'au moment de l'administration. La validation de l'administration du traitement se fait en temps réel dans le plan de soins infirmiers ainsi que la mention des motifs de non administration. La préparation et l'administration des anti cancéreux respectent les bonnes pratiques. Les prescriptions des protocoles sont faites sur le logiciel "chimio", ce qui permet d'assurer la traçabilité jusqu'à l'administration. La préparation est assurée par un binôme préparatrice - pharmacien, ce dernier valide les différentes étapes : validation pharmaceutique, OK chimio, libération des préparations... L'unité de reconstitution des cytotoxiques répond aux exigences réglementaires architecturales et environnementales entre autre la sur pression, les circuits, le bio nettoyage, le tri et élimination des déchets. La maintenance est assurée par le prestataire. En cas de panne informatique, une procédure dégradée est formalisée. Le transport des médicaments est assuré par la pharmacie dans les armoires des unités de soins sécurisées et par le service technique pour les DMS. Le transport des stupéfiants est réalisé dans un coffre sécurisé avec validation par l'infirmière du contenu lors de la réception. Des sacs isothermes permettent le transport des produits devant respecter la chaîne du froid. Les poches de chimiothérapie sont récupérées par l'infirmière d'oncologie dans un sas spécifique sécurisée et transportées dans des contenants sécurisés et identifiés. L'organisation pour respecter la chaîne du froid est appliquée avec un relevé quotidien des températures dans les services et dans la PUI. Le bio nettoyage des contenants utilisés pour le transport est organisé et tracé. Dans les unités des soins, les règles de gestion, de stockage et de rangement des médicaments sont définies et appliquées avec un étiquetage spécifique pour les médicaments à risque (étiquettes rouges).

Les interfaces et les circuits sont connus et respectés entre la PUI, les unités de soins, le service logistique, le CLIN, le service informatique et les prestataires extérieurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre un dispositif permettant l'évaluation de l'ensemble du processus sur le circuit du médicament. Il repose sur des audits (prescription, administration...), sur le suivi d'indicateurs nationaux et régionaux (IQSS, Hôpital numérique, ICATB..) et d'indicateurs interne (suivi des poches de chimio, le suivi des consommations des molécules onéreuses, la traçabilité des DMI et des indicateurs dans le cadre du CBUM, la réévaluation des ATB ..), sur des EPP (pertinence de la prescription chez la personne âgée), et le suivi des EI (37 en 2017). La réalisation de la cartographie et la visite de conformité de la PUI, des unités de soins et de l'URC en 2016 a contribué à l'évaluation du processus.

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

L'évaluation du processus a permis la mise en place d'actions d'amélioration. Les actions portent sur les aménagement et équipement (sécurisation de l'armoire de dotation pour besoins urgents, installation d'un logiciel de gestion des alertes des chambres froides dans la PUI...), la rédaction et la mise à jour de procédures (accès à l'armoire pour besoins urgents, gestion des stupéfiants et des médicaments dérivés du sang, préparation et dispensation des chimiothérapies, gestion du traitement personnel,) la formation (aux Nevers Events, aux erreurs médicamenteuses). La communication des résultats d'évaluations et des actions d'amélioration, mais aussi des résultats des IQSS est réalisée selon plusieurs modalités : le journal interne, l'affichage dans les services, la diffusion des comptes rendus du COMEDIMS et du COPIL dans le logiciel qualité, les réunions de service. Les usagers sont informés des résultats des IQSS par l'intermédiaire du livret d'accueil remis à l'admission.

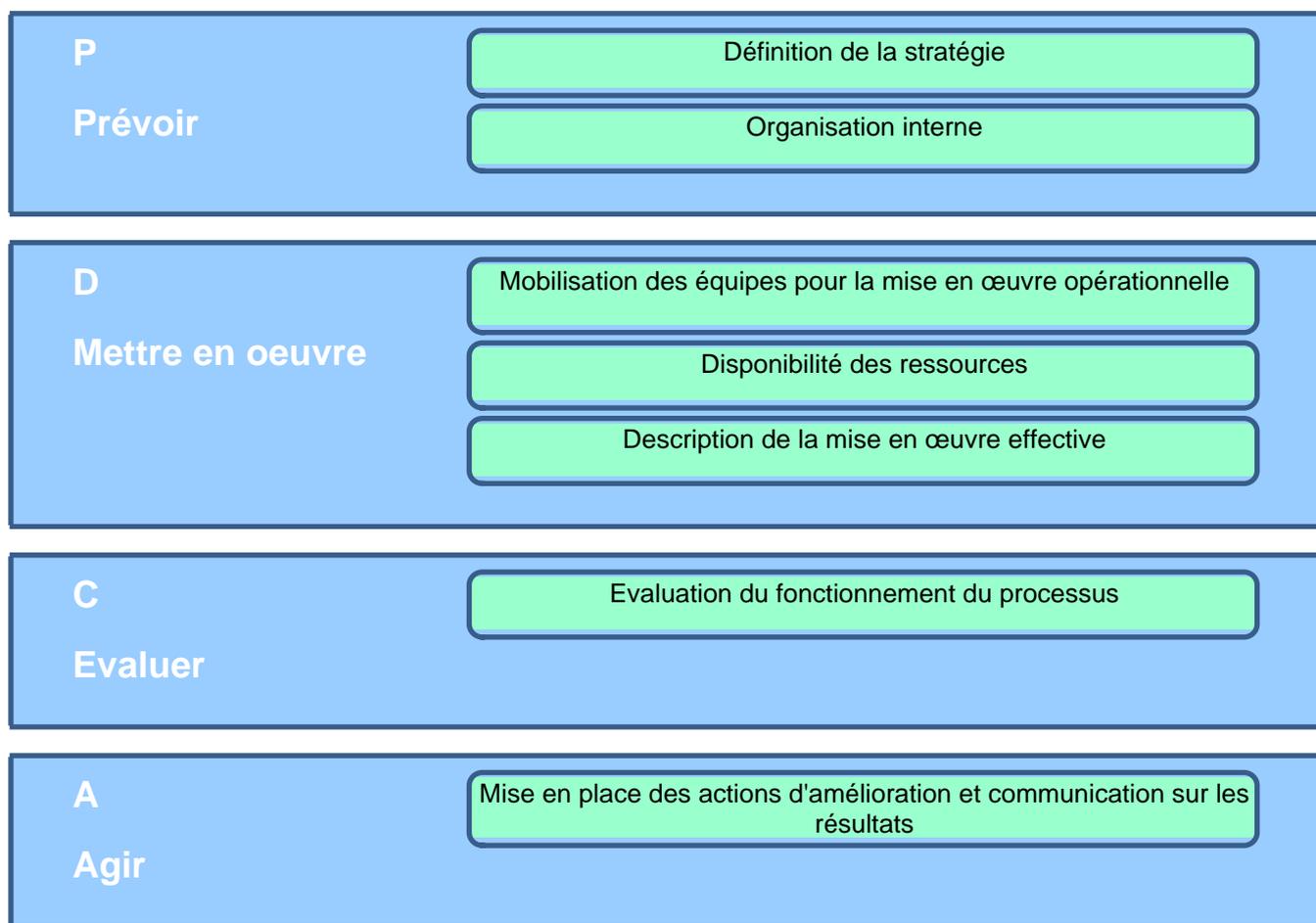
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Bloc opératoire (BO) comporte 5 salles, une SSPI équipée de 8 postes de surveillance et de 4 postes de pré anesthésie. Les orientations stratégiques ont été définies et tiennent compte des besoins du territoire de santé, des offres de soins de proximité, elles sont déclinées dans le projet médical et dans le projet d'établissement validé par les instances. Elles s'orientent vers le développement de la chirurgie ambulatoire et urologique, le déploiement de la chirurgie bariatrique, le recrutement actif de nouveaux praticiens, l'extension du bloc avec création d'une 6^e salle de bloc. L'analyse du processus a conduit à hiérarchiser les principaux risques en fonction de l'échelle de criticité de l'HAS, ils sont reportés sur le compte qualité et validé par le Copil qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique bloc est porté par un chirurgien et le cadre du bloc opératoire, leurs missions ont été précisées lors des formations à la V2014. La charte du bloc opératoire actualisée en novembre 2015 précise l'organisation, les missions de chacun, les circuits, la planification et les ressources humaines. La répartition des plages opératoires est organisée sur un roulement de 4 semaines, chaque chirurgien a des plages dédiées. La charte est validée par le conseil de BO. La gestion documentaire est à la fois électronique et papier. Le dossier du patient est intégré au DPI, sauf les données per opératoires qui sont manuscrites et scannées secondairement dans le dossier. Les maintenances préventives et curatives sont opérationnelles, sous traitées à une société extérieure. Les interfaces sont efficaces avec les services de soins, la stérilisation, le laboratoire, la radiologie, le service d'anatomopathologie extérieur avec réalisation sur place des examens extemporanés.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre du Bloc opératoire assure auprès des équipes, l'information et la mobilisation pour décliner le plan d'action issu du compte qualité. Les professionnels ont participé à l'analyse du processus. Des audits et EPP sont organisés au niveau du secteur opératoire : pertinence des examens biologiques préopératoires, parcours du patient debout, prise en charge de la cataracte en ambulatoire, préparation cutanée de l'opéré. La déclaration des EI est effective au sein du secteur avec 107 déclarations en 2017 dont 11 en rapport avec un dommage lié au soins. Une RMM a été organisée en 2016 en orthopédie et 2 en chirurgie digestive en 2017.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux sont conformes à l'activité, 2 salles sont qualifiées en ISO 5 pour l'orthopédie, les autres salles en ISO 7. Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins et à l'activité en anesthésie. La moitié des IDE ont la qualification IBODE, les autres sont en cours de VAE et 2 sont prévus pour l'école d'IBO en 2018. Une personne compétente en radioprotection est identifiée, les professionnels sont formés à la radioprotection, les dosimètres sont à la disposition des professionnels. La traçabilité de la dose délivrée au patient est assurée au sein du bloc. Les protocoles et procédures actualisés sont à disposition des professionnels avec un double support informatique et papier.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Pour la planification, le chirurgien prépositionne les patients et renseigne la fiche d'annonce préopératoire sur laquelle est précisée le type d'intervention, le coté et le matériel spécifique. La planification du programme opératoire est confiée au secrétariat de la cellule de régulation, qui assure la planification et réserve dans le même temps le lit ou la place en ambulatoire. Il récupère également les données de la consultation d'anesthésie. Tous les jeudis, la cellule de régulation confirme le programme de la semaine suivante, qui est alors verrouillé. Après la consultation d'anesthésie, les patients sont reçus par une IDE, qui reprecise les différents temps de l'intervention, la préparation et les suites opératoires et remet une fiche d'information au patient. Les données de la consultation d'anesthésie sont disponibles et alimentent le DPI avec reprise des antécédents et du traitement personnel et prémédication. Les données per opératoires sont manuscrites. Les prescriptions post opératoires sont effectuées sur le DPI. L'informatisation du circuit permettra d'améliorer les indicateurs de tenue du dossier d'anesthésie (campagne 2016, dossier papier). Depuis un an, l'établissement a développé le circuit debout pour les patients ambulatoires. Les fiches d'ouverture de salle sont renseignées. La checklist (CL) est complétée informatiquement comme les experts ont pu le constater lors de la consultation des dossiers et l'investigation du patient traceur. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée, jointe au dossier du patient et transmise à la PUI. Une fiche de liaison bloc/stérilisation précise les facteurs de

risque de maladie de Creutzfeld Jacob. Le score d'Aldrette est tracé sur le DP, et la sortie de la SSPI validée par le médecin anesthésiste. La surveillance de la douleur en SSPI a fait l'objet d'une sensibilisation des IDE, un audit a permis de constater une nette amélioration de la traçabilité de l'évaluation de la douleur post opératoire..

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un rapport d'activité est élaboré annuellement et présenté en conseil de BO et en CME ; il aborde les équipements, le fonctionnement, les ressources humaines avec mouvements de personnels et absentéisme, des indicateurs qualitatifs, comme les évènements indésirables et des indicateurs médico économiques comme le taux d'occupation des salles, les activités par spécialité et des indicateurs de fonctionnement comme le nombre de réunions du conseil de bloc.

A / AGIR

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

Suite aux risques prioritaires identifiés dans le compte qualité, les actions ont été menées avec les professionnels, comme la sensibilisation à la complétude de la CL, la rédaction et diffusion des protocoles d'installation des patients, l'acquisition de nouveaux matériel et le suivi des pannes, et garantir les règles de l'identitovigilance pour les patients conduits au bloc.

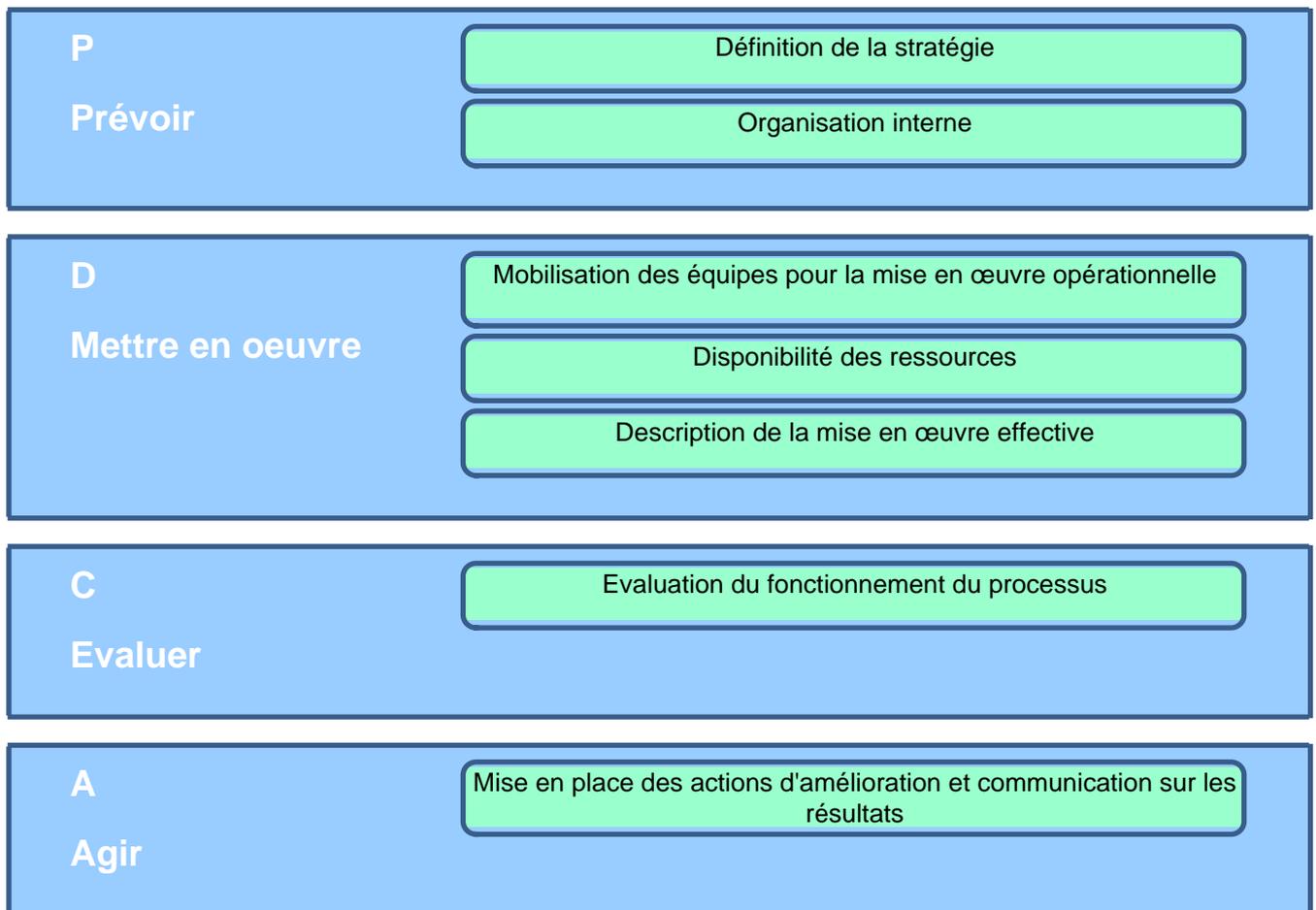
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie comporte de l'endoscopie digestive, urologique, bronchique et des échocardiographies trans œsophagiennes. Les besoins et objectifs en matière d'endoscopie sont déclinés dans le projet d'établissement et portent sur le développement de l'activité d'endoscopie digestive et urologique et la modernisation du parc d'endoscopie. L'identification des risques a été faite avec une approche pluridisciplinaire, ils ont été priorisés selon la méthodologie prévue par la HAS et ont conduit à un plan d'action retranscrit dans le compte qualité. La politique et le plan d'action ont été validés par le COPIL qualité en septembre 2017.

ORGANISATION INTERNE

Un gastroentérologue et la coordinatrice du plateau technique ont été désignés pilotes du processus. Leurs missions ont été précisées lors de la formation à la V2014. La charte du secteur d'endoscopie a été élaborée en Novembre 2017 et décline l'organisation du secteur, les ressources matérielles, humaines, la régulation de l'activité, les différents circuits (patients, prélèvements, endoscopes et déchets). Les endoscopies se font au niveau du plateau de consultation pour les patients externes, au bloc opératoire pour les actes nécessitant une anesthésie générale, en consultation de cardiologie pour les échocardiographies trans œsophagiennes. L'établissement n'a pas vocation à recevoir les urgences endoscopiques, celles ci sont adressées au groupement hospitalier Sud Oise. L'ensemble du parc d'endoscopie est suivie par la coordinatrice qui organise et suit la maintenance curative des endoscopes. Les prélèvements microbiologiques sont sous traités avec un calendrier défini. Ils sont désinfectés sur une unité centralisée par du personnel formé. Les protocoles sont disponibles et à jour. Le parc des endoscopes est stocké dans ce local dans des tiroirs fermés, dans des bacs propres et champs stériles. Les interfaces sont organisées, le risque de Maladie de Creutzfeld Jacob est pris en compte et renseigné sur la demande d'examen. Un cahier est tenu sur chaque site d'utilisation sur lequel sont consignées les coordonnées du patient et les références de l'endoscope.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La coordinatrice du plateau technique est en charge de la déclinaison auprès des équipes du plan d'action issu du compte qualité. La charte de fonctionnement a été diffusée aux équipes concernées. Les pratiques professionnels sont évaluées avec un audit récemment effectué sur la complétude de la Check List en endoscopie. L'établissement a participé à l'audit endoscopie du GREPHH en 2015 et conduit les actions d'amélioration depuis cette date.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux sont adaptés aux besoins, le local de désinfection unique est équipé de deux modules, dont un avec une traçabilité informatisée. Le traitement d'air est contrôlé et le personnel équipé du matériel de protection. Un contrôle de la concentration d'acide peracétique met en valeur des concentrations inférieures aux risques d'exposition professionnelle. Les IDE affectés aux secteurs d'endoscopie ont été formés aux techniques d'endoscopie et les aides soignantes aux techniques de désinfection. Le parc d'endoscopes fait l'objet d'un plan de renouvellement pour répondre aux besoins des utilisateurs. Des plaquettes d'information destinée aux patients sont disponibles et remis aux patients lors de la consultation (coloscopie, gastroscopie, cystoscopie)

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels respectent les recommandations en vigueur. La recherche de facteurs de risque, comme la maladie de Creutzfeldt-Jakob, est faite sur la demande d'examen comme l'expert a pu le vérifier lors de la consultation de dossier. La régulation de l'activité est opérationnelle, soit par l'intermédiaire de la cellule de régulation pour les activités réalisées au bloc, soit par les secrétaires pour les soins externes. Les demandes en urgences sont directement gérées par les IDE de consultation selon les disponibilités. La Check List est mise en place, la traçabilité des examens est assurée dans le dossier du patient, dans les salles d'endoscopie. La traçabilité de la désinfection de l'endoscope est jointe au dossier du patient. Un compte rendu d'examen est systématiquement adressé au médecin traitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un bilan d'activité est réalisé en fin d'année et porte sur les ressources médicales, le nombre d'actes réalisés, en externe, au bloc et par spécialité, le bilan des prélèvements bactériologiques (eaux et endoscopes), le suivi de la maintenance curative, les mises au rebut et les investissements. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est connu des professionnels, les déclarations portent sur des difficultés logistiques ou matérielles. Cependant l'analyse des événements indésirables et le retour d'expérience ne sont pas opérationnels sur le secteur d'endoscopie. Le secteur d'endoscopie ne dispose pas d'une lisibilité des événements indésirables déclarés. Aucune analyse de cause, ni retour d'expérience n'ont été réalisés en 2017. De ce fait, aucun plan d'action formalisé ne découle des déclarations. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir aux experts visiteurs un bilan des FEI sur le processus endoscopie.

A / AGIR

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

Suite à l'audit du GREPHH et à l'analyse de risque, l'établissement a mis en place des actions d'améliorations : élaboration de la charte de fonctionnement, mise à disposition de supports d'information destinés aux patients et achats de nouveaux endoscopes.
Ces actions sont suivies par les pilotes et communiquées au COPIL qualité.