



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAL DE PARIS ESSONNE
LES CHARMILLES**

**12 boulevard Pierre Brossolette
91290 ARPAJON**

JUIN 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	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	47

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HPPE LES CHARMILLES	
Adresse	12 boulevard pierre brossolette 91290 Arpajon
Département / région	ESSONNE / ILE DE FRANCE
Statut	
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	910000348	HOPITAL PRIVE PARIS ESSONNES - LES CHARMILLES	12 boulevard pierre brossolette 91290 Arpajon
Etablissement de santé	910300011	HPPE LES CHARMILLES	12 boulevard pierre brossolette 91290 Arpajon

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	45	/	15
MCO	Médecine	15	5	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Hôpital d'Arpajon Hôpital de Bligny Hôpital Magnolia
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	transfert d'activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endocavitaire en cardiologie de type 1
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 (A).

2. 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.

3. 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.

4. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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	H ou F	Gastro-entérologie	Pathologie digestive	programmé	endoscopie digestive	MCO
2	H ou F	Médecine	fièvre inexpliquée	Non programmé	complexe	MCO
3	H ou F	Chirurgie maxillo-faciale	Pathologie maxillo-faciale	programmé	1 patient(e) pec pour en chir maxillo-faciale	MCO
4	H ou F	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Pathologie orthopédique	programmé	1 patient(e) pec pour une chir orthopédique	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

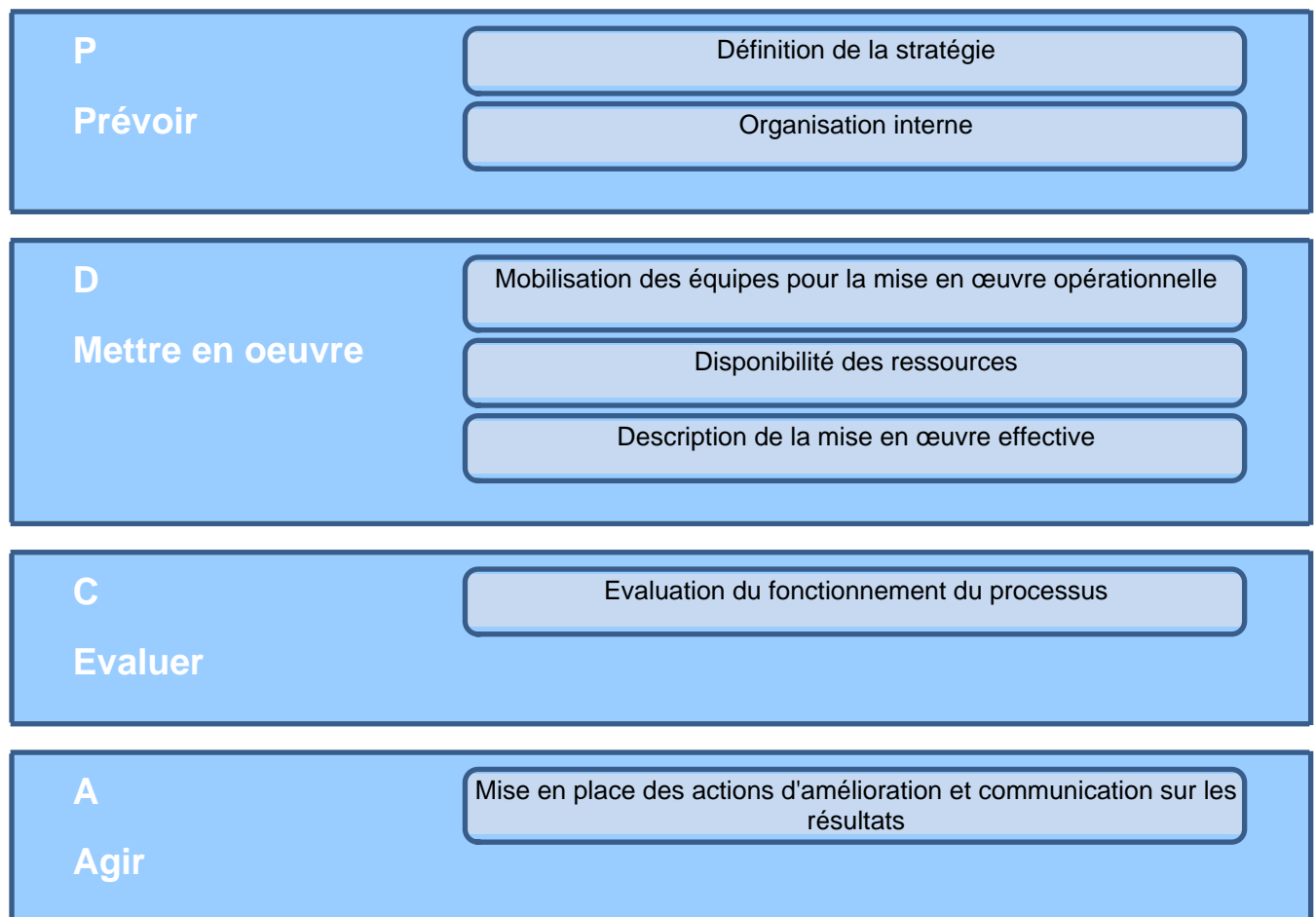
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement de l'Hôpital Privé Paris Essonne (HPPE) définit les orientations stratégiques pour la période 2014-2018. Ce projet intègre la politique qualité et gestion des risques déclinée en 4 axes de travail prioritaires :

- sécurisation du circuit du médicament,
- lutte contre le risque infectieux,
- amélioration de la tenue du dossier patient,
- fiabilité et sécurisation de l'identification du patient.

La stratégie des EPP, définie et intégrée à la politique qualité de l'établissement, se concrétise dans un programme d'EPP, de pratiques cliniques et de pertinence des soins impliquant les différents secteurs d'activité.

Dans le cadre de l'élaboration de la politique qualité gestion des risques, l'HPPE a identifié ses besoins ; ils prennent en compte différentes données : les obligations réglementaires, les orientations nationales et régionales pour la sécurité du patient, les enquêtes et évaluations, les indicateurs nationaux et indicateurs propres à l'établissement, les événements indésirables et les plaintes et réclamations. Elle prend également en compte les besoins spécifiques de la population accueillie. Elle inclut la gestion de crise et les obligations légales et réglementaires.

Les instances et le CODIR ont validé la méthodologie de travail institutionnelle. Des groupes de travail ont été mis en place pour l'ensemble des processus. Ces groupes ont procédé à l'analyse de risque des thématiques et défini des axes d'amélioration, ensuite validés par les instances concernées.

A partir de ces travaux et des données collectées auprès des groupes, les processus ont été formalisés ainsi que leur logigramme.

L'analyse des risques s'appuie sur une identification des risques a priori, déclinée sur tous les processus en concertation avec les professionnels et validée par les instances (Copil Qualité, CODIR, CME). Elle se complète de l'identification des risques à posteriori provenant des EPP, des RMM, des événements indésirables, des audits de processus, des patients traceurs, et des plaintes et réclamations. Les risques sont hiérarchisés et priorisés suivant la criticité (Importance/fréquence) et le niveau de maîtrise.

Les risques que l'établissement considère comme devant être gérés plus spécifiquement, sont inscrits au compte qualité et bénéficient de plans d'actions.

Un programme qualité sécurité des soins prenant en compte l'ensemble des plans d'action validés, décline ces orientations avec un état descriptif des actions entreprises.

Il s'appuie, en lien avec le compte qualité, sur les obligations légales et réglementaires, le développement de la culture qualité, le renforcement de la maîtrise des risques et les politiques nationales de prévention des risques. La démarche coordonnée par le responsable qualité et qui associe les professionnels de terrain, débouche sur l'élaboration d'un programme d'actions défini annuellement, actualisé, complété ou modifié en fonction des résultats obtenus, afin de garantir le respect des engagements de la politique.

Le programme d'actions institutionnel est structuré et reprend, pour chaque action, l'objectif visé, les moyens mis en œuvre, le pilote responsable, l'échéance prévue, les modalités de suivi, un indicateur ainsi que son état d'avancement. Il fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables.

Il est présenté et validé par le CODIR, la CME et présenté à la Commission des usagers.

Le compte qualité est suivi par le Responsable Qualité après concertation avec les pilotes des thématiques et validation par le COPIL Qualité

L'implication de l'ensemble de l'encadrement est recherchée activement par une déclinaison de ce programme d'actions en plans d'amélioration continue par processus.

ORGANISATION INTERNE

Le management de la qualité et de la gestion des risques de l'HPPE est basé sur une organisation déclinée par processus. Il est décrit dans un organigramme définissant l'organisation en place ; une fiche de mission et de poste est formalisée pour chacun des acteurs du processus (Responsable qualité, coordonnateur des risques associés aux soins, pilotes, vigilants).

Un comité de pilotage Qualité Gestion des Risques est l'organe stratégique et décisionnel. Il regroupe, outre le directeur et le président de la CME, les membres du CODIR, le coordonnateur des risques associés aux soins et le Responsable Qualité (RAQ) qui est par ailleurs le pharmacien gestionnaire de la PUI. Le COPIL se réunit régulièrement afin d'impulser une dynamique, définir la stratégie et le programme d'actions qui en découle. Le pilotage opérationnel de la démarche est assuré par le RAQ en association avec les pilotes des thématiques : un pilote est désigné pour chaque processus du compte qualité. Il a en charge d'organiser l'élaboration et le suivi du compte qualité dans le domaine qui le concerne.

Compte tenu de la taille réduite de l'établissement, le Copil Qualité tient lieu de COVIRIS ; une sous-commission de la CME assure le suivi des EPP et le RAQ assure l'analyse des événements indésirables (EI)

en lien avec les membres du COPIL. Selon la gravité ou récurrence des EI, des CREX et RMM sont mis en œuvre. Les missions des pilotes de processus, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques ainsi que les liens mis en place entre les différents acteurs pour décliner la démarche qualité au plus près du terrain, sont décrits dans des fiches de mission qui précisent également les objectifs opérationnels. Cette organisation prévoit l'association des usagers.

Les vigilants sont identifiés ainsi que le coordonnateur des risques associés aux soins dont la mission est confiée à un médecin de l'HPPE.

Pour chaque processus, des référents ont été désignés pour assurer le soutien opérationnel au déploiement des plans d'action.

La responsabilité de la veille réglementaire en matière de qualité-gestion des risques incombe au RAQ. La gestion des événements indésirables relève du responsable qualité en lien avec les professionnels concernés. Les plaintes et réclamations sont prises en charge par la Direction mais communiquées également au responsable qualité.

Les plans de formation interne 2016, 2017 et 2018 prévoient des formations sur chacune des thématiques : circuit du médicament, erreur médicamenteuse, gestion des risques, identification du patient, dommages associés aux soins, méthode patient traceur/audit de processus, maltraitance et bientraitance, personne de confiance et directives anticipées, tenue du dossier patient... Les participants sont tracés.

Des vidéos tournées en interne et disponibles sur l'outil de gestion documentaire complètent le dispositif de formation qualité / gestion des risques

La gestion documentaire, conçue et gérée par le responsable qualité, est organisée autour d'une procédure institutionnelle : les documents, procédures et consignes sont formalisés et mis à disposition des professionnels sous forme dématérialisée.

L'HPPE a formalisé ses plans d'urgence (plan blanc, plan NRBC, ...). Un exercice a été simulé au travers d'une vidéo disponible pour le personnel.

Le dispositif de signalement des événements indésirables est organisé et informatisé.

Pour chacune des instances, un règlement intérieur précise le rôle, les fréquences de réunion, les participations, et prévoit la rédaction d'un compte-rendu.

Des modalités de communication sont en place telles que l'affichage des tableaux de bord qualité dans tous les services et le logiciel de gestion documentaire.

Le dispositif de gestion des événements indésirables repose sur l'utilisation d'un formulaire de signalement informatisé, disponible sur l'outil de gestion documentaire, connu des professionnels et utilisé. Les ressources matérielles (postes informatiques) sont disponibles sur l'ensemble des secteurs.

Les interfaces entre tous ces dispositifs (vigilances, gestion des plaintes et des réclamations, développement des EPP, gestion des événements indésirables, etc.) sont organisées par le responsable qualité qui coordonne ainsi les différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU. Ils ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et participent à son actualisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement et les instances sont tenus informés des orientations stratégiques et sont parties prenantes des démarches en cours. Tous les pilotes et copilotes désignés sont impliqués dans la déclinaison des démarches processus. Ils ont participé à l'élaboration du compte-qualité, la mise à jour des risques et la définition des actions d'amélioration. Les responsables disposent du plan d'actions priorisées qu'ils communiquent aux professionnels de terrain.

La cartographie des risques permet d'identifier les axes d'améliorations des différents secteurs et la déclinaison spécifique de la démarche institutionnelle. Une intervention régulière du responsable qualité auprès des équipes a permis d'aborder la déclinaison de la démarche sous ses différents aspects : gestion documentaire, suivi des événements indésirables, processus, plans d'actions....

Les professionnels sont sensibilisés et informés sur les résultats, objectifs et plans d'action qui les concernent par différents moyens : gestion documentaire, notes d'information, affichage des tableaux de bord.

La sensibilisation des professionnels aux objectifs d'amélioration est assurée par les cadres qui présentent aux professionnels de leur secteur les indicateurs, événements indésirables, dispositifs d'amélioration des pratiques professionnelles, résultats d'audit ... La sensibilisation des médecins est assurée par le président de la CME et le responsable qualité ainsi que par leur engagement dans le pilotage ou leur participation aux groupes de travail.

En outre, les personnels suivent des formations sur des sujets propres à leur secteur d'activité (bientraitance, erreur médicamenteuse, identitévigilance...).

L'établissement a mis en place différents dispositifs permettant de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux obligations réglementaires mais aussi par rapport aux objectifs spécifiques de l'établissement. Certains dispositifs fonctionnent en continue et permettent des contrôles de conformité

par le management de proximité : évènements indésirables, plaintes et réclamations, questionnaires de sortie. L'équipe opérationnelle d'hygiène s'assure des bonnes pratiques dans son domaine de compétence et procède aux prélèvements permettant de vérifier l'efficacité des mesures arrêtées. La pratique des audits est intégrée dans la démarche qualité / gestion des risques de l'établissement et permet de façon ponctuelle ou régulière (cas des audits des dossiers patients) de s'assurer des bonnes pratiques et d'engager en tant que de besoin des actions correctives. Le recueil des évènements indésirables est réalisé dans un logiciel dédié ; l'analyse est réalisée par le responsable qualité en lien avec les professionnels concernés. Le retour aux déclarants est systématique par accès au tableau de suivi. La déclinaison de la stratégie de développement des EPP et des RMM est conduite par le Président de la CME, en lien avec le responsable qualité. Quatre patients traceurs ont été réalisés en 2016 et 2 en 2017. Chaque année sont organisées 3 réunions CREX et 3 réunions RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le responsable qualité s'appuie sur les pilotes des différentes thématiques pour la déclinaison de la démarche qualité et gestion des risques. Les professionnels ont suivi des formations à la gestion des risques, participent aux travaux engagés sur les volets de la qualité et de la gestion des risques et déploient la dynamique. Le responsable qualité et les pilotes des thématiques participent aux réunions de travail et aux instances concernées. Ils interviennent auprès des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles et apporter un soutien méthodologique. Les vigilants sont identifiés selon leur domaine de compétences ainsi que le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (le médecin endocrinologue), de même que le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (pharmacien de la PUI / RAQ de l'HPPE). La gestion documentaire est centralisée par le service qualité qui programme les dates d'actualisation. Les responsables de processus et les professionnels sont sollicités pour les mises à jour comme en témoignent les documents consultés. Les ressources matérielles (postes informatiques pour accès à la GED) sont disponibles pour l'ensemble des professionnels y compris les ASH .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations définies et respectent les circuits : signalement actif des évènements indésirables, gestion documentaire connue et actualisée, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations écrites par la direction et des plaintes orales des patients et de l'entourage par les équipes et l'encadrement. La coordination et l'animation de la démarche sont assurées par le responsable qualité, le président de la CME, le directeur, les pilotes et l'encadrement. La traçabilité des formations qualité gestion des risques suivies par les personnels est disponible et s'élève à 160 heures en 2017. Un outil de mesure de la maturité des professionnels en matière de qualité a été mis en place par le responsable qualité permettant à chacun de mesurer ses connaissances en matière de qualité et risques de façon ludique. Le responsable qualité et la surveillante générale aident les pilotes de processus au déploiement de leur plan d'amélioration. Ils sont également à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles (formalisation d'une procédure, évaluation, audit, accompagnement méthodologique, formation, actions de sensibilisation, ...). Au regard de la taille réduite de l'HPPE, cette coordination est facilitée par la proximité des différents acteurs au quotidien. Le processus de signalement des évènements indésirables (EI) est bien implanté dans l'établissement (110 EI analysés en 2017). Le dispositif est approprié et opérationnel permettant une analyse des causes profondes selon différentes méthodes en fonction de la nature de l'évènement. L'établissement déploie différentes méthodes comme les CREX, RMM et patients traceurs. Toutes font l'objet d'un compte rendu. Ainsi, l'analyse des causes profondes des évènements indésirables graves est réalisée en association avec les acteurs concernés. Un comité CREX est actif, dispose d'un règlement intérieur de fonctionnement et se réunit 3 fois par an ; de même 3 RMM sont organisées chaque année. Les démarches d'EPP (pratiques clinique, suivi d'indicateurs) se déclinent sur l'ensemble des secteurs, pour certaines démarches depuis plusieurs années, d'autres plus récentes, dont émergent des pratiques en questionnement, des évènements signalés, des résultats des évaluations. Le recueil de la satisfaction des usagers repose sur le suivi des questionnaires de satisfaction. Le taux de retour global de l'ordre de 33% (soit 3500 en 2017) grâce à la mobilisation des professionnels dans la sensibilisation des patients permet une réelle évaluation. Les représentants des usagers organisent ponctuellement des enquêtes de satisfaction auprès des usagers de l'HPPE . Les résultats des questionnaires et enquêtes sont présentés à la CDU et communiqués par affichage dans l'établissement. Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU et peuvent être à l'initiative d'actions d'amélioration. Ils se disent écoutés et outre la CDU, sont associés à la CME ainsi que le cas échéant aux groupes de travail. L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est

facilité.

L'établissement ne dispose pas d'un dépôt de sang mais travaille en partenariat avec l'EFS sur la base d'une convention d'approvisionnement en cas de besoin.

Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles via la proximité des acteurs et les groupes de travail pluridisciplinaires, ainsi qu'en raison de la coordination qu'assurent l'encadrement de proximité, le service qualité et les pilotes des thématiques.

La traçabilité de l'ensemble des documents constitutifs de la gestion documentaire est assurée dans la gestion documentaire informatisée, à l'exclusion de tout document papier.

L'établissement a mis en place plusieurs tableaux de bord : des EPP, des IPAQSS, des événements indésirables, des CREX et RMM, des plaintes et réclamation, de suivi des accès aux dossiers.

Les audits, EPP, CREX et autres réunions relatives à la mise en œuvre du programme d'action qualité et gestion des risques font l'objet de comptes-rendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recensement de l'ensemble des indicateurs obligatoire est effectif. Certains indicateurs sont comparés à ceux de 2 autres structures similaires.

Le suivi des indicateurs est assuré par le Responsable Qualité et fait l'objet d'un affichage dans les services (couloirs, offices, salles de soin) et dans le hall d'accueil et bureau des admissions. Les principaux outils d'évaluation qualité et gestion des risques sont utilisés selon la nature de l'évènement : enquêtes, audits, EPP, suivi d'indicateurs, tableau de bord, patients traceurs, CREX, RMM.

Dans certaines thématiques, l'établissement organise des recueils d'indicateurs sans attendre l'échéance réglementaire, par exemple suivi de l'indicateur e-satis.

L'évaluation du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi de l'atteinte des objectifs du PAQSS, les résultats des indicateurs réglementaires (IPAQSS, tableau de bord des infections nosocomiales), les objectifs et indicateurs du CBUM. Ce suivi permet de mesurer l'impact des actions menées notamment dans le cadre du suivi des plaintes et réclamations, des démarches EPP, des patients traceurs, des audits, des événements indésirables....

Le service qualité assure également les différents bilans des questionnaires de satisfaction, des événements indésirables, de suivi du programme qualité ...

A / AGIR

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

A partir des résultats des indicateurs et des outils d'évaluation, le pilote de la thématique, en lien avec le Copil Qualité et les pilotes des autres thématiques, ajuste les orientations des plans d'action.

Le programme d'actions qualité fixe les échéances des diverses évaluations prévues. Un bilan d'avancement est assuré par le Copil Qualité de manière régulière avec information à la CME. Les actions sont ajustées, de nouvelles sont identifiées, mises en œuvre, intégrées et structurées au niveau institutionnel.

Des actions de communication sur les résultats sont organisées (CME, affichage, GED, livret d'accueil, ...).

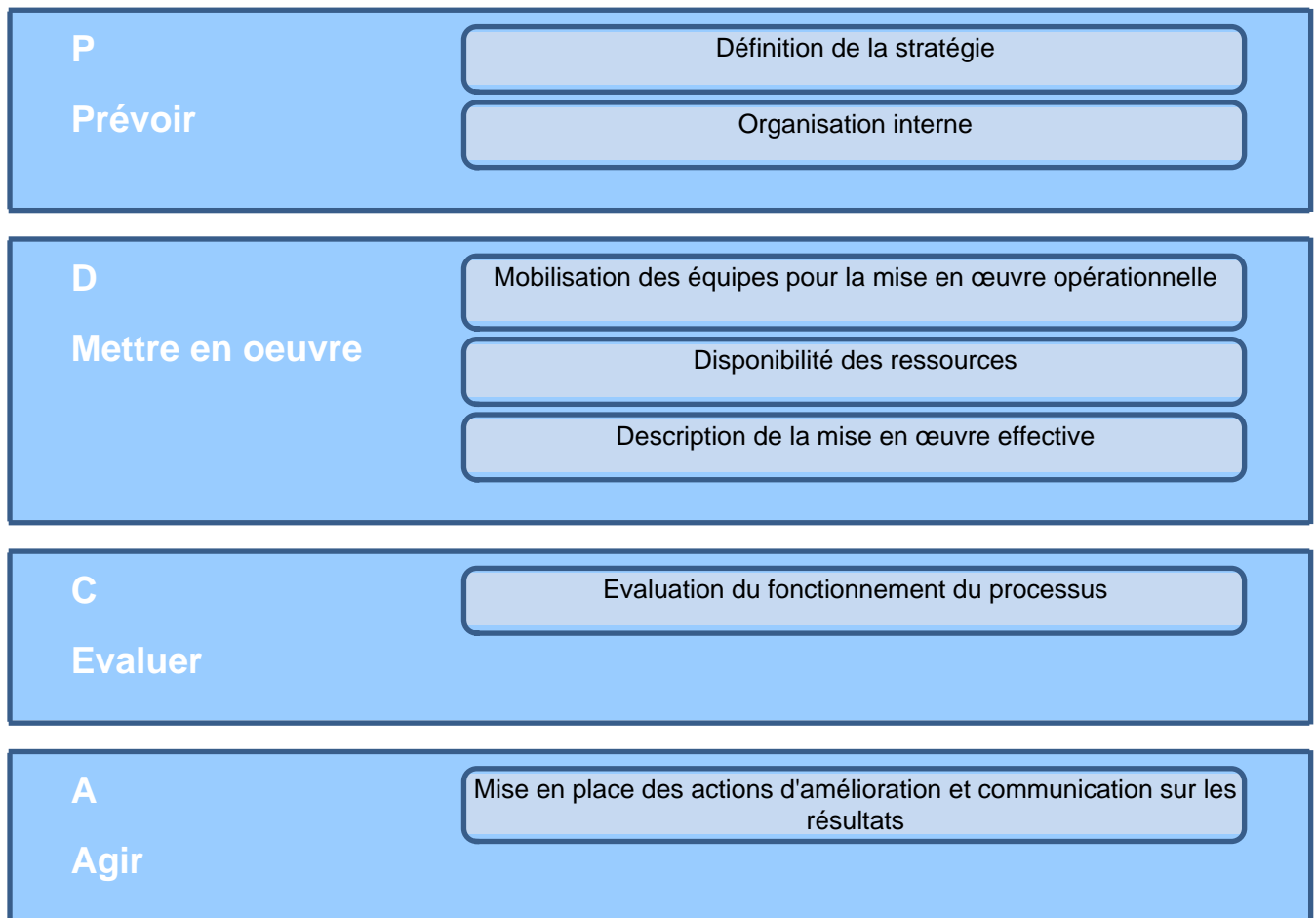
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 stratégie relative à la gestion du risque infectieux, inscrite dans le projet d'établissement 2014-2018 de l'HPPE, est articulée avec l'axe qualité gestion des risques. Elle porte sur la prévention et le contrôle du risque infectieux et sur le contrôle de l'environnement de travail.

Trois objectifs sont formalisés dans ce volet risque infectieux : poursuivre et renforcer la surveillance de l'environnement de travail, former et informer les professionnels et poursuivre la rénovation du réseau d'eau chaude sanitaire.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés dans chaque secteur d'activité de médecine et de chirurgie : trois services de soins, bloc opératoire, endoscopie et pharmacie. Cette analyse est basée sur la valeur des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, sur les événements indésirables, sur les résultats des différents audits internes, les analyses en RMM et en CREX, l'analyse des plaintes et réclamations des patients, les résultats des rapports d'inspections (Légionnelles en 2015 ; risque infectieux en 2014) ; les éléments du CPOM sont également pris en compte.

Les risques liés au risque infectieux sont identifiés de façon participative sous la responsabilité de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) et du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Leur analyse comprend tous les risques liés notamment aux AES, aux antibiotiques, aux précautions standards et complémentaires, au bionettoyage, à la qualité de l'air au bloc, au linge, au déchet, aux BMR, aux situations de crise, au signalement des infections nosocomiales (IN), aux circulations, aux tenues professionnelles.

Ils sont analysés et priorisés en fonction de la criticité à l'aide de la grille HAS. La cartographie des risques est établie, réévaluée et actualisée après concertation avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la CME et la CDU.

Cette politique, présentée par le CLIN/EOH et validée en CME, est déclinée dans le programme d'actions formalisé et priorisé de la clinique. Les actions prioritaires sont énoncées dans le compte qualité. Le CLIN actualise chaque année son programme d'actions et ses indicateurs de suivi. La politique de vaccination contre la grippe fait l'objet d'une note de service.

Le programme intègre des actions sur l'ensemble du périmètre de la clinique, notamment relatives au bon usage des antibiotiques, leur réévaluation et d'autres thématiques telles que le lavage des mains, la pose des cathéters, la tenue au bloc opératoire ; les formations des personnels, de l'EOH et des médecins ; la réévaluation des indicateurs et des EPP sont aussi inscrites au programme.

La révision du programme début 2018 amène à définir de nouvelles priorités relatives au bio nettoyage, à la réévaluation de l'antibiothérapie et à la maîtrise de protocoles de précautions complémentaires, notamment relatives à l'isolement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place le CLIN pour piloter le processus relatif au risque infectieux. Il est composé d'un praticien biologiste référent en antibiothérapie (par convention), de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, des correspondants/référents en hygiène (IDE, AS, ASH, médico technique). Une convention lie l'HPPE avec un laboratoire externe pour les prélèvements.

La composition et les attributions du CLIN sont définies dans son règlement intérieur ; le CLIN, sous-comité de la CME, est piloté par un chirurgien qui assure la fonction de président ; sa composition est médico technique et pluri professionnelle ; il comprend huit autres membres. Un organigramme spécifie les liens entre le CLIN, les autres instances, la direction et avec le coordonnateur des risques associés aux soins. Il travaille en étroite collaboration avec le responsable qualité, par ailleurs pharmacien, et avec le COMEDIMS, fusionné avec le comité des antibiotiques.

L'équipe EOH/CLIN, nommée par le directeur, pilote le processus du risque infectieux de façon opérationnelle et se réunit à périodicité définie ; le CLIN s'appuie sur l'EOH pour mener son plan d'actions. Cette équipe coordonne l'équipe des correspondants en hygiène déployés dans les différents secteurs et services.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (EOH, correspondants, référent antibiothérapie). Les missions du responsable du CLIN sont précisées dans le règlement intérieur du CLIN. Les missions du coordonnateur des risques associés aux soins sont définies dans sa lettre de mission.

Les pilote et co-pilote du processus du risque infectieux disposent de lettres de missions ; ils ont pour missions de décrire, analyser le processus selon la méthode PDCA, produire la cartographie des risques après identification et analyse des risques, prioriser les risques et proposer le plan d'actions. Les trois champs requis "maîtrise du risque infectieux", "bon usage des antibiotiques" et "hygiène des locaux" sont explorés.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'établissement dispose des

compétences d'une infirmière hygiéniste en contrat (0,3 ETP), d'une IDE hygiéniste en cours de formation en DU (0,1 ETP), de deux biologistes référents en antibiotiques par convention, d'un référent médical pharmacien (0,1 ETP), de conventions avec un laboratoire externe pour les prélèvements. D'autres professionnels tels que les correspondants en hygiène, l'IDE référent médicaments, participent aussi à l'équipe en charge de la gestion du risque infectieux.

A l'instar des autres processus, la formation des pilote et co-pilote du processus relatif au risque infectieux est organisée par le RAQ à la démarche de gestion des risques, de certification, de management du processus.

Le plan de formation interne prévoit la formation périodique de tous les professionnels au lavage des mains, aux précautions standards et complémentaires, au bio nettoyage, au tri des déchets et au circuit du linge. Ces formations s'appuient notamment sur les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux mis à jour de façon périodique. La formation au bon usage des antibiotiques, dispensée par un praticien référent en antibiothérapie est reconduite régulièrement auprès des médecins et chirurgiens.

La formation des nouveaux arrivants est systématiquement organisée par l'équipe opérationnelle d'hygiène et le responsable qualité.

Au niveau matériel, l'établissement organise l'équipement en chariots de ménage, en salles de stockage pourvues et fermées, en locaux adaptés, en chariots de linge équipés, en maintenance. Un système de badges et codes-barres est mis à disposition des équipes pour tracer le bionettoyage.

Les professionnels dédiés au risque infectieux organisent le système de gestion documentaire entièrement dématérialisé et la gestion des alertes ascendantes et descendantes. L'établissement organise une consultation médicale pour le personnel soignant tous les deux ans avec suivi des vaccinations (tuberculose, hépatite). Elle sensibilise les professionnels à la vaccination contre la grippe par une note de service.

Le système de déclaration des accidents d'exposition au sang (AES) est organisé. Un médecin est nommé référent, la procédure interne est établie ; tous les AES sont analysés en CHSCT.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et services ou secteurs : les correspondants en hygiène dans chaque service/secteur sont formés et travaillent en étroite collaboration avec l'EOH et le CLIN, mais aussi avec la surveillante générale, les praticiens intervenant au sein des services et l'équipe. L'accès à l'EOH et au référent en antibiothérapie est organisé.

La concertation est organisée à tous les niveaux : en amont, de la prise en charge si le patient est porteur de germe ; pendant la prise en charge par les interventions de l'EOH et éventuellement du CLIN, du référent en antibiothérapie, des correspondants en hygiène, validation de la prescription par le pharmacien, etc. ; et en aval si besoin par des échanges et des courriers.

Les professionnels dédiés à la gestion du risque infectieux participent aux formations et travaux des réseaux externes liés au CePias, ont accès à NOSOBASE et au GREPHH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'analyse des risques du processus est réalisée en concertation avec les professionnels par leur participation à des groupes de travail, des réunions d'information et de sensibilisation. Le pharmacien (également RAQ), la surveillante générale et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant le risque infectieux, en lien avec l'EOH, le référent en antibiothérapie et les correspondants en hygiène. Ils présentent les objectifs et le plan d'actions aux équipes, le leur font valider et les associent pour la mise en œuvre.

Le CLIN/EOH et la commission des antibiotiques se réunissent trois fois par an, invitent les représentants des usagers lors du bilan annuel, les rencontrent en cas d'indisponibilité.

La communication des mises à jour de la cartographie des risques et du plan d'actions est instituée de façon périodique sur le réseau interne de gestion documentaire, accessible à tous les professionnels. La surveillante générale, le pharmacien et l'EOH sensibilisent au quotidien sur le terrain les professionnels sur les risques identifiés dans les services (EI, EIG, priorités définies par les réseaux...) ou sur le processus (actions concrètes, actions de communication, informations régulières). Les correspondants en hygiène répartis dans chaque unité ou secteur assurent le relais avec l'EOH.

Les protocoles et procédures sont gérés par l'EOH et le RAQ en associant les professionnels concernés. Chaque nouveau document donne lieu à formation pour une application éclairée. A titre d'exemple, des formations à l'utilisation des kits d'isolement sont prodiguées aux IDE par l'EOH avec manipulations, les IDE ayant testé le kit pour une meilleure appropriation.

La surveillante générale, le chef du bloc, le responsable administratif et financier ainsi que le RAQ, chacun dans son domaine de compétence, assurent un suivi régulier des bonnes pratiques, font des rappels auprès des professionnels et recueillent leurs attentes et observations.

Les IDE en hygiène, en lien avec le qualificateur, s'assurent avec la surveillante générale de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (audits, EPP, CREX, enquêtes). Une équipe d'auditeurs est formée et opérationnelle. Ces professionnels sont impliqués dans la démarche d'amélioration. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin

(dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) pour leur mise en œuvre. Les interactions sont permanentes entre le personnel et cette équipe à temps de travail dédié au risque infectieux. L'équipe opérationnelle, très présente sur le terrain, associe les équipes aux ajustements des risques, aux évaluations et aux actions. A titre d'exemple, les distributeurs de produit hydro alcoolique sont accessibles à l'entrée des chambres ; une affiche très expressive interroge le visiteur ou le soignant et en explique l'utilisation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences relatives au risque infectieux associé aux soins sont disponibles et formées. L'IDE hygiéniste expérimentée est diplômée en hygiène hospitalière et l'IDE référente EOH, en cours de formation, suit un DU « risque infectieux ». Deux biologistes diplômés en antibiothérapie sont mis à disposition par convention pour prodiguer des conseils, des avis aux prescripteurs et aux IDE.

Le programme de formations propose aux différents services les thématiques de lavage des mains, bionettoyage, mais aussi linge, déchets, isolement des patients, précautions standards ; un guide d'antibiothérapie est distribué et expliqué à tous les praticiens. Une formation est prodiguée aux nouveaux arrivants à l'utilisation du logiciel de gestion du dossier patient et à l'utilisation de la gestion documentaire dématérialisée.

Les ressources matérielles, dont locaux déchets, linge, ménage, etc. et équipements adaptés, comme les chariots de ménage et de déchets, de linge, sont disponibles dans chaque unité ou secteur. Des distributeurs de SHA sont disposés dans tous les services de soins ainsi qu'au bloc opératoire. Des boîtes à objets piquants sont mis à disposition dans les salles de soins et au bloc. Les équipements de protection individuels sont mis à disposition des professionnels (masques chirurgicaux, tablier à usage unique, gants, coiffes, lunettes de protection...). Les chariots de bionettoyage sont stockés dans des locaux spécifiques. La rénovation du réseau d'eau est finalisée. Le signalement des infections nosocomiales est réalisé via une application spécifique.

La documentation comprend de nombreux protocoles, procédures, guides tels que protocoles de précautions standards et précautions complémentaires, livret thérapeutique, guide des antibiotiques, guide d'utilisation des produits d'entretien, du circuit du linge, des déchets, protocoles de lavage des mains, de pose de cathéter veineux, de sondage urinaire, de qualité de l'air au bloc, procédure des accidents d'exposition au sang ; d'autres documents qualité concernent le signalement interne et externe d'une infection nosocomiale, le plan de maîtrise d'épidémie, la gestion et prévention des légionnelles. Ils sont tous actualisés et accessibles dans la gestion dématérialisée des documents. Des ordinateurs déployés dans tous les services et secteurs permettent un accès facilité. Des documents d'information et outils d'aide pour les professionnels sont mis à leur disposition tels que les affiches "tri des déchets". Des protocoles de bon usage des antibiotiques sont diffusés aux professionnels sous forme de guide de l'antibiothérapie mis à jour et présenté aux prescripteurs et en CME, mais aussi aux IDE. La liste des antibiotiques sur dispensation nominative disponibles est insérée au livret thérapeutique et diffusée aux professionnels.

Des documents d'information des patients sont disponibles : livret d'accueil, affiche dans chaque chambre pour l'utilisation des solutions hydro alcooliques, information en cas d'infection nosocomiale ou de BMR, affichage des résultats du TBIN dans le hall de l'établissement et sur le site internet.

Le personnel est formé à l'application des procédures et à la traçabilité. Les protocoles les plus utilisés sont affichés dans l'office alimentaire et adaptés pour faciliter la lecture et l'application. Tous les professionnels participant au bionettoyage (IDE pour les armoires à pharmacie par exemple, ASH et Aides-Soignantes, ont à disposition l'outil dédié de traçabilité du bio nettoyage (badges, codes-barres affichés sur les étiquettes) pour tous les locaux et matériels concernés. Afin de mieux organiser l'application du protocole d'isolement, deux kits de « précautions complémentaires » sont mis à disposition des soignants en cas de besoin en service d'hospitalisation complète. La clinique propose aux professionnels un suivi des vaccinations obligatoires tous les deux ans. Un rappel par sensibilisation de la vaccination contre la grippe est diffusé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services connaissent les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les circuits des alertes ascendantes et descendantes sont formalisés, connus et mis en place. La gestion des épisodes épidémiques et de crise est inscrite au plan blanc. Les modalités sont connues des professionnels et appliquées.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, sont mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH. La procédure d'isolement (précautions complémentaires) est connue et appliquée. Deux kits de « précautions complémentaires » sont stockés en cas de besoin en service d'hospitalisation complète et leur utilisation est connue ; des formations à l'utilisation sont prodiguées et tracées. L'information est affichée. L'information claire est donnée au patient, aux proches et aux professionnels, les consignes sont appliquées. La règle de ne pas hospitaliser un patient infecté dans le secteur ambulatoire est respectée.

Le protocole de bionettoyage est défini, connu, accessible et appliqué. La traçabilité du bionettoyage est assurée (professionnel et chariot, fontaines à eau...). Une affiche "tri et circuit de déchets" accessible dans la salle déchets est connue et appliquée. La gestion des DASRI suit la marche en avant. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et auditées par des audits des pratiques. Les procédures sont connues et appliquées. Le nettoyage des réfrigérateurs destinés au stockage des

médicaments, des congélateurs et des chariots informatiques est assuré et tracé.

Le pharmacien a diffusé des recommandations (protocole d'antibiothérapie probabiliste) pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle, connues et appliquées par les médecins et infirmières. Le livret thérapeutique et le guide de prescription des antibiotiques, la liste des antibiotiques à dispensation nominative sont disponibles et complètent ces recommandations.

Les médecins appliquent les recommandations de prescription des antibiotiques ; ils respectent la liste des antibiotiques établie avec le pharmacien en comité des antibiotiques - COMEDIMS ; la liste est mise à jour dès la sortie de nouveaux antibiotiques. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 48ème et la 72ème heure est mise en œuvre, suivie par le pharmacien par une alerte dans le plan de soins, l'analyse pharmaceutique dans le DPI, des commentaires et un contact pour rappel si besoin ; au-delà de trois jours, la prescription devient caduque ; elle est tracée par le médecin. Ce sujet fait l'objet d'une EPP.

Les risques environnementaux sont suivis et évalués par des prélèvements d'eau, de surfaces, d'air et des actions correctives ou préventives mises en place.

Tout diagnostic d'infection nosocomiale découverte après la sortie donne lieu à l'envoi d'un courrier au patient et au médecin traitant pour adapter la conduite à tenir.

L'avis du CLIN est suivi en cas de projet de travaux. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Le protocole de prévention et prise en charge du risque d'AES est affiché dans la salle de soins, connu et appliqué, notamment en cas de blessure.

Les nouveaux arrivants sont informés et formés dès leur arrivée sur les procédures à suivre. Ils suivent le parcours de type tutorat. Des évaluations sur le lavage des mains sont réalisées auprès du personnel. Les résultats sont affichés dans les offices, ainsi que le suivi des AES.

Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place et suivi par la commission des antibiotiques au sein du COMEDIMS. Les professionnels connaissent les indicateurs de l'établissement notamment le TBIN.

La participation des professionnels à des EPP et des audits est effective, les résultats des audits et des EPP sont analysés régulièrement dans le cadre des instances et les comptes rendus sont diffusés en interne dans la GED.

Le suivi des vaccinations du personnel soignant est assuré tous les deux ans.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le dossier patient électronique établit le lien fort entre les différents professionnels et avec l'amont et l'aval.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les observations issues des investigations par la méthode du patient traceur ont conforté les données issues de l'audit de processus : la pratique relative au risque infectieux est intégrée dans la pratique des professionnels médicaux et soignants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs ISCHA2, ICALISO, ICATB2, ICALIN2, ICABMR et la surveillance annuelle des infections nosocomiales et des bactéries multi résistantes, sont suivis régulièrement et traduits en tableaux de bord dans le bilan annuel du CLIN, complété par les données sur les accidents d'exposition au sang, la consommation de solution hydro alcoolique, l'évaluation des risques environnementaux et des dispositifs médicaux. Le suivi des actions d'information et de formations de l'EOH est assuré et complète le bilan du CLIN. L'établissement a mis l'accent sur la réévaluation de l'antibiothérapie qui a fait l'objet d'audits répétés et d'évaluation lors des investigations internes dites patients traceurs.

Le CLIN et la COMEDIMS suivent les consommations des antibiotiques et les résistances bactériennes, dans le cadre du réseau antibiotiques du Cepias régional, ce qui permet aussi de se situer par rapport aux établissements comparables, de suivre l'évolution de la consommation dans le temps et de comparer les politiques de bon usage des antibiotiques entre établissements.

Plusieurs évaluations sont menées pour mesurer la maturité du processus et mettre en place les actions d'amélioration nécessaires. Elles s'appuient sur l'analyse des événements indésirables, du suivi de la consommation des antibiotiques et taux de BMR, du recueil des indicateurs du TBIN et de la participation à l'enquête ISO. Des audits répétés sur les déchets, le linge, le bionettoyage, la circulation au bloc complètent ces évaluations. Un audit des endoscopes, de la stérilisation, du brancardage a été réalisés par l'EOH. Des audits complètent ces évaluations, notamment sur le lavage des mains réalisés par les référents en hygiène, les résultats sont affichés, suivis et connus. L'évaluation du processus d'isolement a suivi les préconisations du GREPHH.

Le tableau de bord présenté est diffusé en interne à tous les professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Les résultats des indicateurs sont analysés dans les différentes instances, ce qui donne lieu à la mise à jour du plan d'actions. L'EOH associée au praticien et au cadre, rencontrent les professionnels des services à périodicité régulière pour échanger et communiquer sur les actions et les résultats.

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

Faisant suite aux évaluations, des actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel relatif au risque infectieux et suivies par le CLIN-EOH et la CME. Les actions prioritaires portées par le Compte Qualité et mises en œuvre abordent les sujets suivants "sensibiliser les prescripteurs à la réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h", "former les ASH à l'utilisation des produits de bionettoyage", "former le personnel au protocole d'isolement", "inciter les professionnels à utiliser plus de SHA". Le programme d'action en lien avec l'amélioration du risque infectieux est analysé lors des réunions du CLIN - EOH ; les actions mises en place sont suivies sur leur réalisation, le respect des échéances, ainsi que leur efficacité. Le bilan réalisé s'accompagne d'une mise à jour de la cartographie des risques ainsi que d'une mise à jour de la politique du risque infectieux.

Les résultats des indicateurs présentés sous forme graphique sont affichés dans les salles de soins, les offices, le hall d'accueil. Les formations en hygiène planifiées dans le cadre du programme de formation font l'objet de communications. Les résultats des audits, évaluations et les actions qui en découlent sont présentés en CME, COMEDIMS, en CLIN. Une fois par an, les RU sont invités au CLIN lors de la présentation du bilan annuel.

La lutte contre les IN apparaît comme une priorité de l'établissement dans le livret d'accueil du patient. Des brochures relatives au risque infectieux sont mises à la disposition (Infections nosocomiales, BMR, lavage des mains) des patients et de leurs proches dans les lieux de passage et les services.

Une communication au grand public sur l'EOH, le CLIN et les indicateurs qualité sécurité est réalisée par le biais du site internet de l'HPPE. Un benchmark permet de comparer les résultats des indicateurs aux établissements voisins. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans le hall d'entrée de l'établissement et dans les salles de soins.

La participation aux réunions des réseaux et partenaires est l'occasion d'échanger sur les démarches, résultats et actions menées.

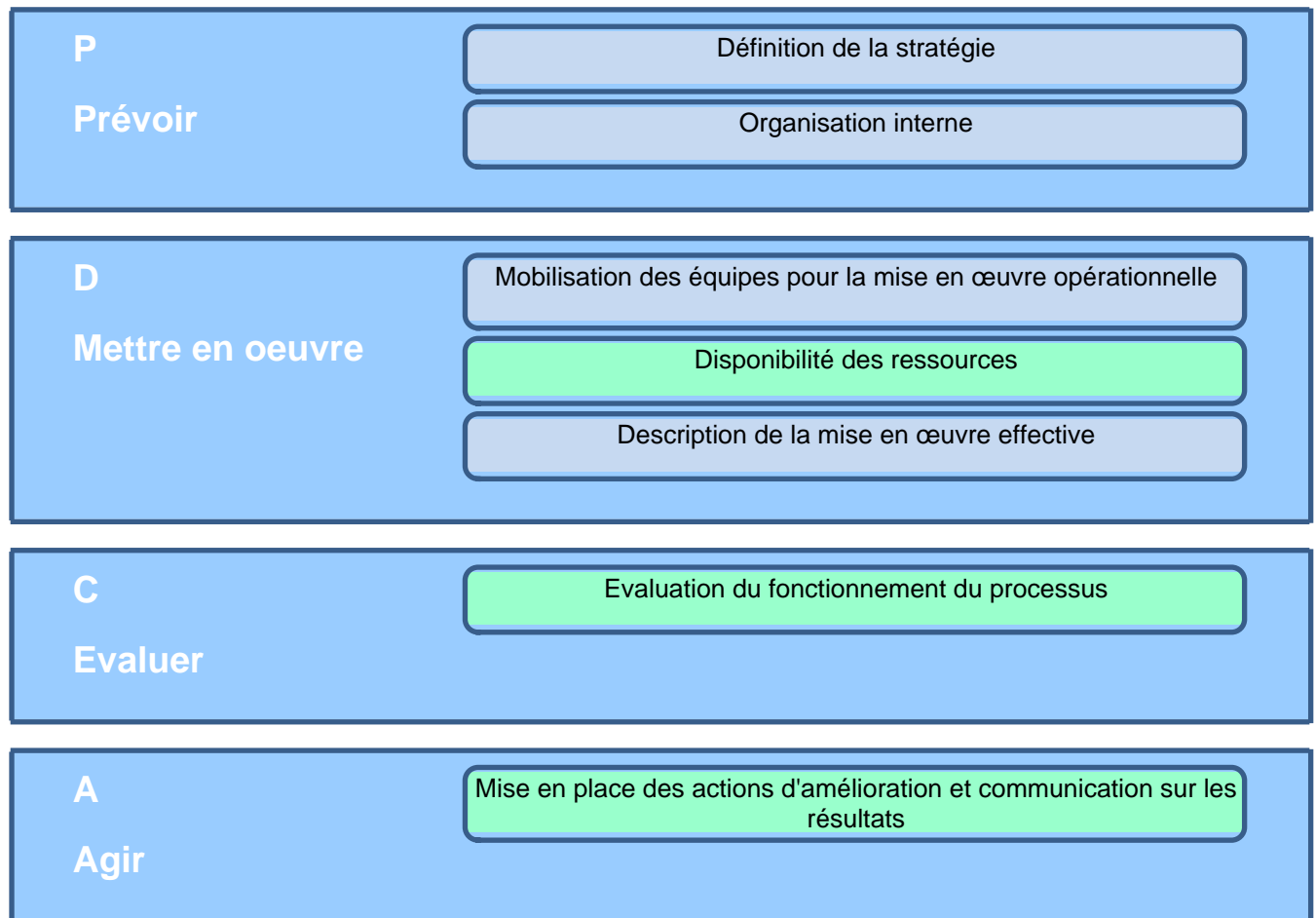
DROITS DES PATIENTS

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

La politique du droit des patients est inscrite dans les orientations stratégiques de Hôpital Privé Paris Essonne (HPPE) et figure dans le Projet d'établissement 2014-2018 qui comprend un volet « droits des usagers » décliné en 4 axes principaux :

- Le respect des droits des patients,
- La promotion de la bientraitance,
- Le respect de la dignité et de l'intimité du patient,
- La promotion du respect des libertés individuelles.

Ces axes sont repris également dans le projet de soins.

Des objectifs d'amélioration sont prévus, relatifs notamment à l'amélioration de l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, à l'amélioration de l'accueil des patients et de leur entourage et à la sensibilisation des professionnels aux actions de bientraitance.

L'HPPE a identifié ses besoins et analysé ses risques en lien avec la CDU. La cartographie des risques est issue :

- des résultats des questionnaires de satisfaction patient,
- des événements indésirables en lien avec les droits des patients,
- des indicateurs qualité et sécurité des soins,
- des suggestions des représentants des usagers,
- de l'analyse des plaintes et réclamations patients.

Cette cartographie prend en compte tous les modes de prise en charge (hospitalisation, ambulatoire et l'ensemble du circuit de la prise en charge, de la pré admission à la sortie).

Les risques ont été hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS. 4 risques priorités sont inscrits au compte qualité :

Les objectifs sont définis et traduits dans un plan d'action définissant les acteurs responsables, l'échéance et les modalités de suivi. Des actions d'amélioration sont définies pour chaque risque et toutes les actions sont suivies dans le Programme d'action qualité et risques, validées par la CDU et la direction et présentées annuellement à toutes les instances ; la communication sur les orientations de programme est effectuée au moyen de la gestion documentaire informatisée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus droits des patients est assuré par le directeur financier et l'attaché d'administration en lien avec la surveillante générale. La mission des pilotes est définie formellement dans un document institutionnel. Les rôles et responsabilités des professionnels concernés sont identifiés et formalisés dans leur fiche de poste.

La CDU est installée et fonctionne ; elle est présidée par la surveillante générale ; deux représentants des usagers participent à son activité ; l'un d'eux participe également à la CME. Un médiateur médical et un médiateur non médical ont été nommés et participent également à la CDU.

Un comité d'éthique interne à la CME est constitué depuis fin 2012 avec 3 médecins ; une note d'information a indiqué à l'ensemble des professionnels de la possibilité de recourir à ce comité pour toute question d'ordre éthique. Bien que peu de patients de l'HPPE soient en situation de fin de vie, l'établissement est en convention depuis 2013 avec l'hôpital d'Arpajon pour faire intervenir en cas de besoin l'équipe mobile de soins palliatifs.

Le plan formation de l'établissement intègre des actions relatives aux droits des patients correspondant aux orientations de l'établissement dans ce domaine (maltraitance/bientraitance, personnes de confiance et directives anticipées, dommages associés aux soins...).

Sur le plan documentaire, le système de gestion électronique des documents permet d'accéder facilement aux procédures, documents, et supports d'accompagnement (directives anticipées, annonces de dommages, désignation de la personne de confiance...) ainsi qu'aux comptes-rendus des réunions (CDU, comité éthique).

Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients (droits d'accès aux ressources informatiques par exemple). Les besoins d'équipement des locaux sont définis en réponse au respect des droits à l'intimité, la dignité et la confidentialité des patients.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRU est diffusée par l'intermédiaire du livret d'accueil (composition de la CRU, personne de confiance, directives anticipées, ...)

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus déclinent auprès des personnels de tous les secteurs (Bureau des admissions, service soignants, secrétariats médicaux...), en lien avec la surveillante générale, la politique de respect des droits du patient et le plan d'actions qualité et gestion des risques de ce processus.

Ils assurent la sensibilisation des équipes et organisent la mise en œuvre des actions d'amélioration. Ils veillent à la bonne application des procédures et évaluent l'impact sur l'amélioration des résultats à travers notamment le suivi des questionnaires de satisfaction et la réalisation d'enquêtes et d'audits programmés avec le responsable qualité. Les professionnels, médecins et non médecins sont systématiquement informés pour ce qui concerne des plaintes, réclamations, retour des questionnaires de sortie, des événements indésirables relatifs au droit des patients.

Les bilans annuels d'activité de la CDU sont intégrés dans la gestion documentaire permettant ainsi aux professionnels d'y accéder.

Les audits organisés par le responsable qualité sur la tenue du dossier patient permettent d'identifier et de sensibiliser les professionnels sur la traçabilité des informations relatives aux droits du patient (personnes de confiance, consentement, ...).

Une typologie des plaintes et réclamations a été établie avec les représentants des usagers. Elle permet de classer et suivre l'évolution des différents types de sollicitation. Le retour des analyses aux secteurs d'activité est organisé. Chacun des événements indésirables, des plaintes et réclamations fait l'objet d'analyses et d'actions correctives en tant que de besoins.

Une sensibilisation a été effectuée par le responsable qualité sur les modalités de recueil et de traçabilité de l'information au patient et de son consentement en fonction de sa capacité de compréhension.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, tant en effectifs qu'en formations dispensées, sont disponibles au sein de l'établissement. Les personnels soignants, les personnels administratifs sont présents pour offrir un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage. Une diététicienne et une psychologue peuvent également intervenir auprès des patients qui le nécessitent (chirurgie bariatrique par exemple). Les personnels bénéficient de formations en matière de connaissance et de respect des droits des patients qui portent notamment sur la bientraitance.

L'établissement dispose de chambres particulières et de chambres à 2 lits dans le secteur d'hospitalisation complète ; pour l'ambulatoire, coexistent des chambres dotées de lits et des chambres équipées de fauteuils, parfois jusqu'à 4 ; toutes sont équipées de cabinet de toilette. Des équipements, type rideaux sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre. Des paravents séparent les fauteuils dans le secteur ambulatoire.

Les accompagnants ont la possibilité de rester la nuit et de prendre leur repas sur place moyennant un tarif accompagnant (gratuité pour l'accompagnant d'un enfant).

En ambulatoire, un petit « salon » a été organisé dans le couloir pour permettre l'attente des accompagnants.

Le livret d'accueil est remis à tous les patients dès la pré admission ; un questionnaire de satisfaction est systématiquement déposé au chevet du lit ou fauteuil (ambulatoire).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La représentante des usagers a été associée à la préparation et à la visite de certification.

L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée dans tous les services (affichage de la charte des droits du patient) et par le livret d'accueil qui est distribué à chaque patient hospitalisé. Un « passeport de l'ambulatoire » est remis aux patient de ce secteur afin de l'informer des conditions de son séjour.

La possibilité pour le patient de saisir la CDU est mentionnée au livret d'accueil ainsi que la liste de ses membres.

Depuis 2012, le comité d'éthique de l'HPPE s'est réuni à 3 occasions.

La CDU se réunit 4 fois par an avec un ordre du jour et un compte rendu. Elle émet des recommandations reprises dans le plan d'actions de l'établissement. Celle-ci se réunit selon la fréquence réglementaire, émet des recommandations reprises dans le plan d'actions de l'établissement. Un bilan annuel est établi, présenté aux instances.

Tous les professionnels (bureau des entrées, personnels soignants, brancardiers internes) se montrent attentifs au respect de la dignité des patients et utilisent les moyens mis à leur disposition (paravents par exemple)

Les professionnels, sensibilisés au recueil des questionnaires de satisfaction incitent les patient à le remplir, permettant ainsi un taux de retour de 33% en moyenne.

Tout au long de la prise en charge, les professionnels recueillent les informations concernant les patients qu'ils tracent dans le dossier informatisé, les supports papier étant par ailleurs conservés dans le dossier papier.

Les professionnels, médecins et paramédicaux associent les patients à leur projet de soins et s'assurent de leur bonne compréhension.

La promotion de la bientraitance est un sujet travaillé dans l'ensemble de l'établissement. Les

professionnels sont encouragés à signaler les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes ainsi qu'à repérer les situations de maltraitance involontaire.

La procédure de déclaration d'événement indésirable est utilisée pour signaler les dysfonctionnements relatifs aux droits des patients.

L'usage des barrières de lit (rare compte tenu de l'activité) fait l'objet d'une prescription médicale systématique tracée dans le dossier patient informatisé.

Pour les patients en ambulatoire, les prescriptions de contention s'éteignent d'elles-mêmes du fait de la sortie du patient et pour les quelques lits d'hospitalisation complète, les prescriptions sont réévaluées toutes les 24h.

Toutes les plaintes et réclamations donnent lieu à une réponse de la direction, de même qu'une réponse est apportée aux remarque négatives du questionnaires de satisfaction lorsqu'il n'est pas anonyme.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit des indicateurs internes et notamment le nombre de demandes de dossiers patient, les délais d'envoi des dossiers médicaux, le nombre annuel de réclamations et le nombre de médiations survenues. Le recueil et suivi des indicateurs obligatoires ou locaux ainsi que les différentes évaluations permettent d'objectiver le respect des droits des patients dans les pratiques.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation du questionnaire de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient : respect de l'intimité, information reçue, qualité des repas, confort des chambres, satisfaction de l'entourage ; une analyse des questionnaire e-satis est assurée. Un questionnaire d'évaluation des connaissances des professionnels sur la maltraitance a été diffusé, leur permettant de s'auto évaluer.

L'ensemble des indicateurs est colligé dans un tableau de bord suivi par le responsable qualité et les pilotes du processus.

A / AGIR

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

L'efficacité des actions est évaluée régulièrement. Les éléments du programme d'amélioration relatifs aux droits du patient et les plans d'action correspondants sont réajustés en conséquence en fonction des résultats des différentes évaluations et au regard du bilan annuel réalisé par la CDU.

La communication des résultats est réalisée au niveau de la CDU, du Copil Qualité, et de la CME ainsi qu'aux professionnels médicaux et non médicaux .

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

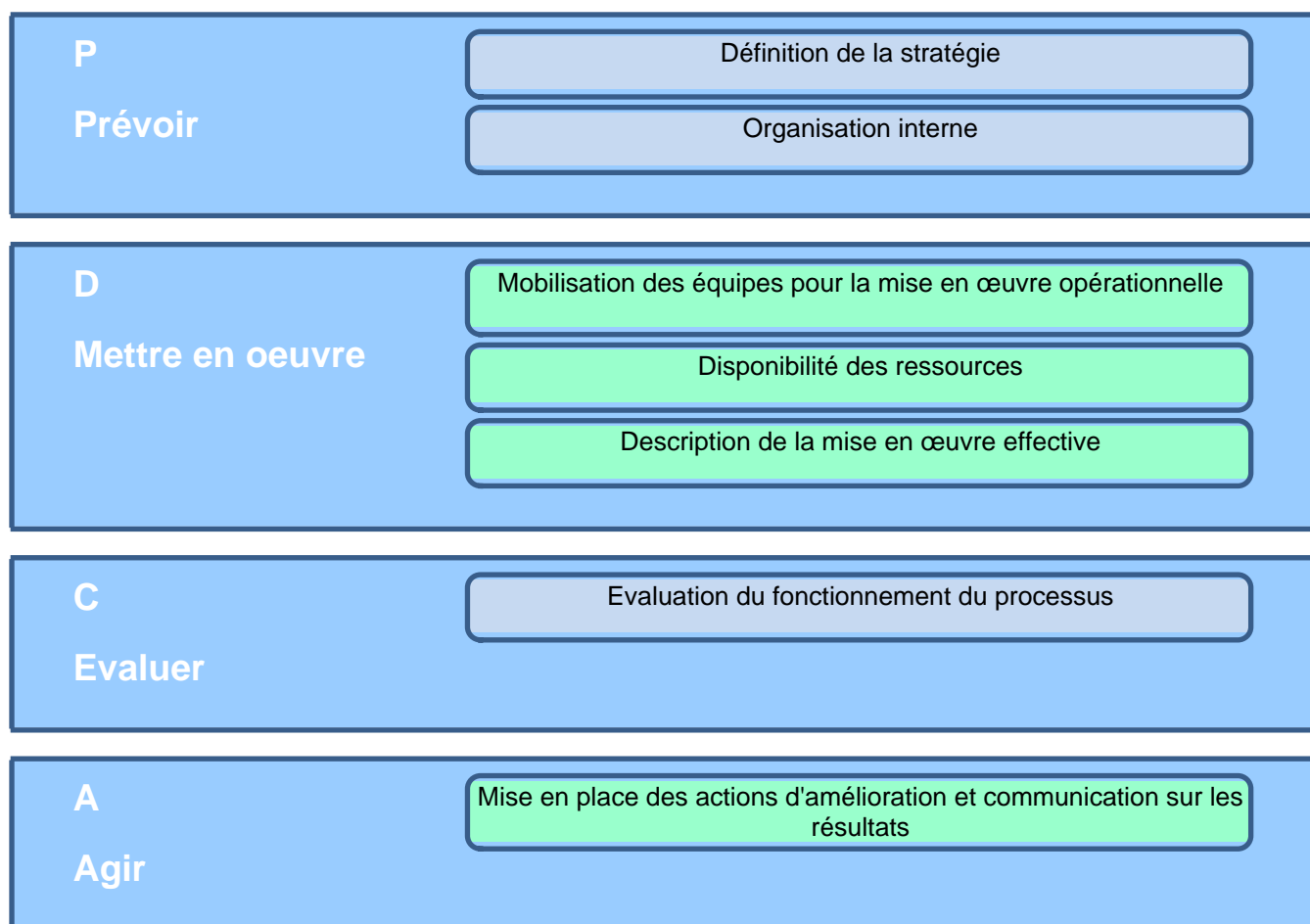
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Privé de Paris Essonne développe une activité à prédominance chirurgicale réalisée majoritairement sur un mode programmé. Le projet d'établissement 2014-2018 engage les professionnels dans les axes stratégiques du projet médical et du projet de soins, en réponse au CPOM 2013-2018. Le projet médical, actualisé en 2016, définit plusieurs objectifs dont : la majoration de l'activité ambulatoire (atteignant 84% au moment de la visite) ; le développement de l'Ophthalmologie, de la chirurgie maxillo-faciale, de la chirurgie digestive et bariatrique, de l'urologie, de la prise en charge de la douleur; le renforcement de la permanence médicale pour l'accueil du non programmé; le renforcement des interfaces avec les secteurs privés prestataires comprenant l'imagerie et la biologie.

Le projet de soins développe des axes de travail relatifs à l'amélioration de l'accueil et de l'information du patient incluant le recueil de son consentement au projet personnalisé de soins, au renforcement de la prise en charge des populations spécifiques, au développement des actions d'éducation thérapeutique et au renforcement des pratiques IDE dans la prise en charge de la douleur.

L'établissement est signataire de plusieurs conventions avec le CH d'Arpajon (dans les domaines des soins palliatifs, de la prise en charge de l'urgence, de la permanence pharmaceutique), l'hôpital sud francilien pour les patients relevant de la réanimation, l'hôpital privé gériatrique des Magnolias de Longjumeau pour les patients relevant de la filière gériatrique. Il travaille en collaboration avec un laboratoire privé et un service de radiologie d'Arpajon dans le cadre de conventions.

L'HPPE est engagé dans le dispositif PRADO mis en œuvre par la CPAM de l'Essonne.

L'établissement identifie 3 services d'hospitalisation : l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) répartie sur 2 étages et 1 service d'hospitalisation conventionnelle accueillant des patients de médecine et de chirurgie. Le parcours des patients accueillis en services de chirurgie ambulatoire et de médecine sont définis dans des documents institutionnels actualisés en 2017.

La cartographie des risques s'est appuyée sur le suivi de la V2010, les résultats des indicateurs nationaux (IQSS, HN), des indicateurs internes (audits accueil, enquête qualité des repas, satisfaction des patients, ...), des EPP et des patients traceurs. Elle a été réalisée par les auditeurs internes de l'établissement, soignants et administratifs, assistés du responsable qualité.

5 risques ont été priorisés selon la méthodologie de la HAS. Ils sont identifiés dans les différents domaines de la transmission de la RCP bariatrique aux médecins traitants, la qualité du document de sortie, le recueil de la satisfaction des patients par la méthode e-satis, la formation des professionnels aux gestes d'urgence vitale. Les objectifs sont définis, les responsables d'axes sont nommés, les modalités de suivi et le calendrier sont identifiés.

Cette stratégie est validée par le COPIL qualité et par la CME. La communication vers les professionnels est assurée par le dispositif de gestion documentaire électronique et par l'encadrement.

Les axes de travail issus du compte qualité sont intégrés au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage de la thématique Parcours Patient est assuré par le médecin anesthésiste coordonnateur du service ambulatoire et la surveillante générale. La mission des pilotes est formalisée dans un document institutionnel d'octobre 2016.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La prise en charge, organisée par spécialité, repose sur l'intervention de 25 médecins spécialistes libéraux comprenant des chirurgiens, des gastro-entérologues, 3 anesthésistes, un diabétologue, un médecin généraliste. Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est en place. Les demandes d'admission non programmées sont régulées en semaine de 8h30 à 19h et le samedi jusqu'à 14h par le médecin généraliste qui assure le suivi des patients admis en service de médecine. Les appels directs dans les services, en dehors de la présence du médecin généraliste sont traités par les médecins d'astreinte.

Les interventions d'un kinésithérapeute, d'une diététicienne et d'une psychologue sont contractualisées.

Le service infirmier repose sur un directeur des soins, également responsable du bloc opératoire, et d'une surveillante générale, chargée notamment de la planification des flux de patients, de la gestion des ressources humaines et du respect des bonnes pratiques soignantes. Les Infirmiers, aides-soignants, brancardiers et ASH sont salariés par l'établissement.

La charte de l'UCA et le manuel qualité (MAQ) du service de médecine formalisent toutes les étapes de prise en charge des patients. L'organisation des ressources humaines, médicales et non médicales, permet une permanence de la prise en charge des patients et de leur réorientation si besoin. Un dispositif d'astreinte médicale est organisé au sein de chaque spécialité. L'établissement organise deux périodes d'interruption de son activité (1 semaine en fin d'année et 3 semaines au mois d'août), permettant la prise

des congés annuels des médecins et des professionnels salariés.
 Une polyvalence des personnels non médicaux est organisée entre les deux secteurs d'hospitalisation.
 Le plan de formation intègre des modules relatifs aux droits des patients, à la prise en charge des patients appartenant à des populations particulières, à la tenue du dossier, aux gestes d'urgence, à la gestion des risques, aux précautions standards en hygiène hospitalière.
 Un programme d'intégration des nouveaux agents est défini ; il regroupe 4 modules d'information relatifs à la qualité, la gestion des risques, l'hygiène hospitalière et les premiers gestes d'urgence. L'accompagnement à la prise de poste est assuré par compagnonnage.
 Les locaux et leur équipement sont adaptés à l'accueil et la prise en charge des patients. Un plan d'investissement et de maintenance est défini.
 Le dispositif de gestion documentaire électronique met à la disposition des professionnels les documents utiles parmi lesquels : la liste des astreintes médicales et chirurgicales, l'accueil du patient à la permanence médicale, l'accueil des patients en service de soins, les modalités de prise en charge particulières (relatives aux enfants; personnes âgées; personnes porteuses d'un handicap, d'une maladie chronique ou démunies), la gestion des urgences vitales, le risque suicidaire, le signalement d'un évènement indésirable, les protocoles médicaux selon les spécialités, la sortie du patient.
 La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le DPI permet la traçabilité des différentes étapes du parcours du patient, de la consultation initiale à la sortie du patient. Le système d'information organise les liens avec la PUI, le laboratoire de biologie et le responsable qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La charte de l'UCA et le MAQ de médecine déclinent les objectifs de prise en charge des patients de leur admission à la sortie. Le rôle des différents intervenants, médecins et professionnels non médicaux y est décrit. L'encadrement sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus Parcours patient en continue et lors des réunions de service. Deux patients traceurs associant les équipes soignantes ont été réalisés à l'UCA en novembre 2017.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Plusieurs audits relatifs à l'accueil, l'identification des patients, le port du bracelet d'identification, la qualité des repas, le brancardage sont réalisés. Des EPP relatives au sondage urinaire, à la préparation préopératoire des patients, à la prévention et traitement de la douleur en chirurgie buccale, à la douleur post-opératoire, à l'annonce d'un dommage lié aux soins, sont conduites et assorties d'indicateurs mesurés et suivis. Les équipes sont sensibilisées à la déclaration des évènements indésirables et au recueil de la satisfaction des patients par la remise systématique du questionnaire de sortie. Des retours d'information des résultats des différentes analyses sont assurés vers les professionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. Les règles de présence et le dispositif d'astreinte sont définis et affichés. L'astreinte médicale opérationnelle est effective au sein de chaque spécialité médicale et chirurgicale. L'astreinte en anesthésie est également organisée. La présence quotidienne d'un kinésithérapeute est effective ; les interventions de la diététicienne et de la psychologue sont assurées en réponse aux prescriptions médicales, dans le respect des conventions signées. L'astreinte administrative repose sur les responsables de l'établissement.

La présence des IDE, AS et ASH assure l'occupation des postes de travail définis. Un redéploiement des professionnels est assuré en cas d'absentéisme imprévu.

La participation des personnels aux actions de formation est effective avec notamment la délivrance à tous les professionnels, en 2013, d'un certificat de compétences de citoyen de sécurité civile délivré par l'Association Départementale de Protection Civile de l'Essonne, en lien avec la gestion des urgences vitales. Les professionnels rencontrés sont inscrits au nouveau cycle de formation programmé pour 2018. 8 IDE ont participé à une formation aux gestes d'urgence délivrée en interne en 2016, dans le cadre d'un DPC.

La participation des médecins et des professionnels non médicaux aux actions de formation réalisées en interne (relatives aux droits des patients, au circuit du médicament, à l'hygiène hospitalière, à la gestion des risques, ...) est effective, comme en attestent les fiches d'émargement. Les nouveaux arrivants sont accompagnés par tutorat ; l'acquisition des compétences est évaluée par l'encadrement.

Le matériel nécessaire est disponible dans les différents services ; tous les services sont équipés d'un chariot d'urgence. Des coffres individuels sécurisés sont à la disposition des patients, notamment à l'UCA.

L'équipement en informatique répond aux besoins des utilisateurs ; une check-list intégrée au DPI, de

renseignement bloquant, permet de tracer les différentes étapes de la prise en charge du patient tout au long de son parcours.

De nombreux documents actualisés sont disponibles sous forme électronique parmi lesquelles : les listes d'astreintes, les numéros de téléphone des personnes ressources et les procédures d'accueil, de risque suicidaire, de prise en charge des patients à risque, de sortie contre avis médical.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les modalités d'admission (non programmées et programmées) sont définies et mises en œuvre. La régulation des admissions relevant d'une intervention au bloc opératoire repose sur les médecins spécialistes et la secrétaire médicale, dans le respect des plages interventionnelles (bloc opératoire ou endoscopie) définies. La liste des préadmissions est transmise à la surveillante générale qui assure la gestion des lits et l'orientation des patients. Des lits sont disponibles en service de médecine pour accueillir les patients admis dans le cadre d'une admission non programmée.

L'agent d'accueil compose le dossier administratif dans le respect des règles de l'identitovigilance, recueille l'identité de la personne à prévenir et de la personne de confiance et présente le livret d'accueil au patient et à son entourage. La vérification de l'identité et la pose du bracelet sont assurés dès l'installation du patient dans le service. L'installation des patients et leur prise en charge sont réalisés conformément aux procédures établies.

L'hébergement de l'entourage est facilité au besoin, notamment lors de la prise en charge des enfants.

Le consentement du patient est recueilli par les praticiens lors des consultations initiales et par les anesthésistes lors des consultations préopératoires. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de ses besoins, intégrant le motif d'hospitalisation.

Le projet de soins, intégrant le bénéfice/risque, est actualisé, réévalué et tracé comme constaté lors des vérifications terrains et les patients traceurs. Le dépistage de la douleur, des troubles nutritionnels et du risque suicidaire sont tracés dans le dossier d'anesthésie et le dossier de soins. Une check-list bloquante intégrée au DPI permet la complétude des informations requises.

Pour les patients relevant de la chirurgie bariatrique, les réunions de concertation pluridisciplinaires faisant intervenir le kinésithérapeute, la psychologue et la diététicienne sont tracées. L'état nutritionnel des patients est pris en compte par la commission restauration, nouvellement créée.

Les résultats de biologie sont directement accessibles dans le DPI ; les comptes rendus d'imagerie et les images sont transmis en temps utile.

La prise en charge de l'urgence vitale est assurée. Les chariots d'urgence disponibles dans chaque service sont vérifiés et scellés. La formation du personnel aux gestes d'urgences est effective. La procédure d'appel est connue et affichée.

Un programme d'éducation thérapeutique (ETP) en stomathérapie est proposé dans le cadre d'une convention ; la liste des programmes d'ETP autorisés dans l'Essonne est diffusée aux médecins. Des plaquettes informatives relatives aux conduites à tenir en cas d'hypertension artérielle et de diabète sont mises à la disposition des patients. Des conseils relatifs aux régimes alimentaires, à la prise en charge de la douleur et à la prise des médicaments sont prodigués aux patients.

La préparation de la sortie est assurée en collaboration avec la surveillante générale. La sortie est planifiée dès la pré-admission ou l'entrée pour des patients présentant des pathologies dont l'évolution est prévisible. Le dispositif Via-Trajectoire est utilisé pour toute demande de transfert en secteur SSR, favorisant l'articulation des activités de réadaptation dans le projet de prise en charge. Les sorties vers le domicile sont accompagnées au besoin par le dispositif PRADO.

Une fiche de liaison IDE est remise au patient nécessitant une poursuite de soins infirmiers. La remise de la lettre médicale à J0 intégrant l'ordonnance est en cours de généralisation, conformément au plan d'actions issu du compte qualité. Le courrier de sortie est transmis aux correspondant dans un délai inférieur à 8 jours, comme mesuré par l'IPAQSS hors protocole réalisé en décembre 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés régulièrement par l'établissement, sur la base d'outils identifiés.

Plusieurs indicateurs sont suivis : Taux de patients pour lesquels un bilan nutritionnel et vitaminique est réalisé avant l'intervention chirurgicale; Taux de patients pour lesquels la conclusion de l'évaluation psychologique/psychiatrique préopératoire, comportant notamment celle sur les contre-indications psychiatriques, est retrouvée dans le dossier; Taux de patients ayant bénéficié d'une information avant l'intervention chirurgicale; Taux de patients pour lesquels la stratégie de prise en charge a été décidée dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire; Taux de patients pour lesquels la stratégie de prise en charge décidée lors de la concertation pluridisciplinaire est communiquée au médecin traitant.

Les indicateurs de bonnes pratiques recueillis lors des audits font l'objet d'un suivi annuel tels que ceux relatifs à l'accueil, à l'identification des patients, au port du bracelet, à la qualité des repas, au brancardage.

Les tableaux de bord sont actualisés par le responsable qualité et présentés au groupe de pilotage et au CODIR. Le recueil de la satisfaction des patients est assuré régulièrement avec retour vers les services.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre (structuration de la commission repas, formalisation du règlement intérieur du CLAN, modification du paramétrage du DPI permettant l'intégration de l'ordonnance de sortie dans la lettre de sortie remise à J0, simplification de la procédure d'appel en cas d'urgence vitale) sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

La communication des résultats et des actions est assurée vers le COPIL qualité et la CME. Les professionnels sont informés par des alertes sur l'outil électronique de gestion documentaire et en continue par la surveillante générale et le responsable qualité.

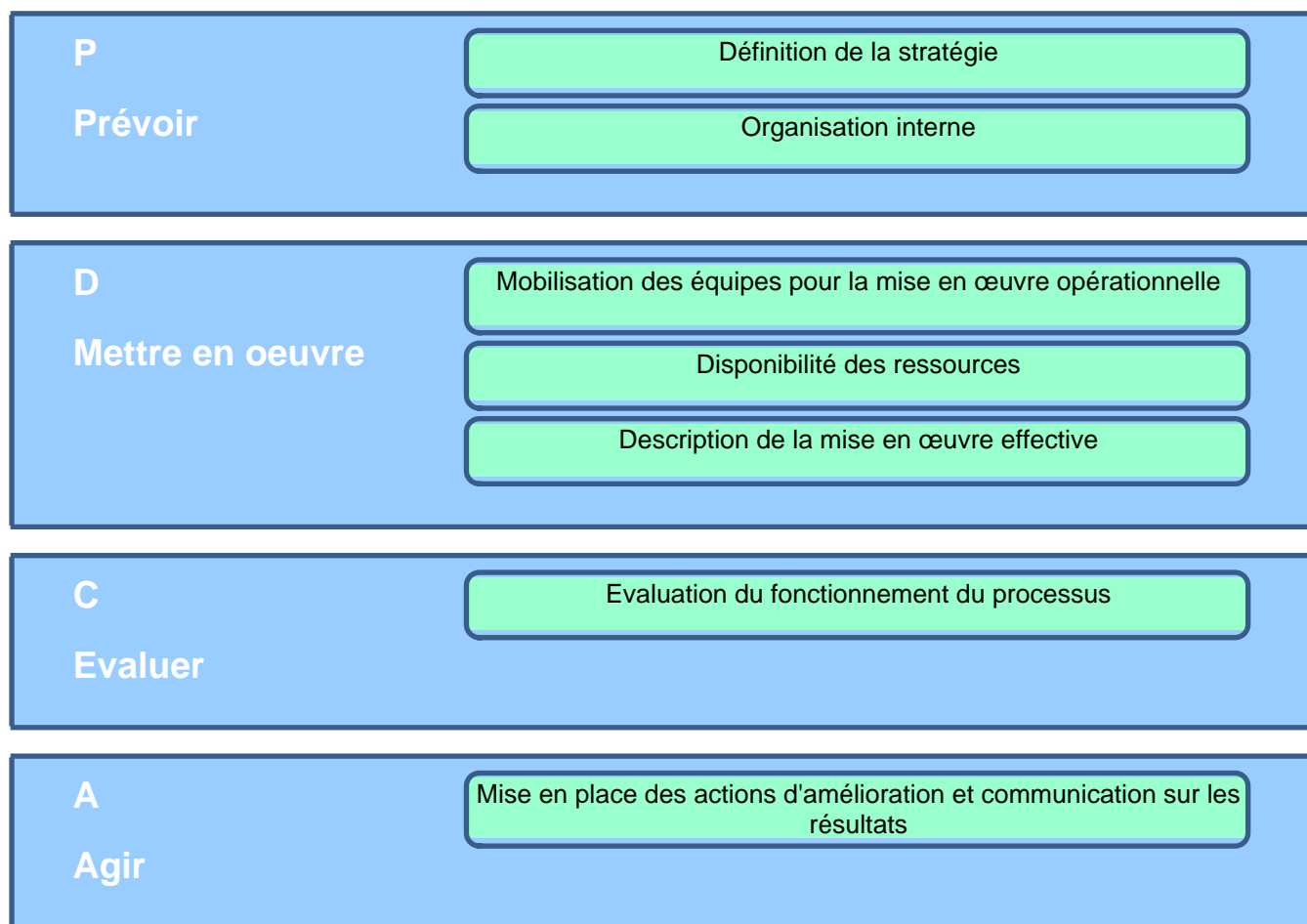
DOSSIER PATIENT

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'Hôpital Privé Paris Essonne (HPPE) a défini sa politique du dossier patient dans le respect de la réglementation (Code de la Santé Publique). Elle constitue un axe du projet qualité intégré au projet d'établissement 2014-2018. Le dossier patient est informatisé pour une grande partie mais reste en version papier pour certaines étapes de la prise en charge (consultations pour 2 médecins par exemple) et pour divers documents (consentement, directives anticipées).

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés dans chaque secteur d'activité (services et bloc opératoire) tant en médecine qu'en chirurgie. Cette analyse a pris en compte les événements indésirables déclarés au sein de l'HPPE, le recueil et l'analyse des plaintes et réclamations, les questionnaires de sortie, les rapports de différents audits internes, les comptes-rendus des R.M.M et des C.R.E.X ainsi que les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins.

L'analyse des risques propres à la thématique a été réalisée par les pilotes avec le concours des professionnels.

Deux risques principaux figurent au compte qualité. Ces risques ont été hiérarchisés selon la méthode de la HAS.

Consécutivement, 6 axes d'amélioration et de réduction des risques ont été définis dans un plan d'action spécifique au processus " dossier patient". Ils visent à poursuivre l'informatisation du dossier patient dans toutes les étapes de la prise en charge et auprès de tous les intervenants médicaux et soignants: mise à jour de la procédure de tenue du dossier patient, inciter les médecins à prescrire l'ordonnance de sortie dans le dossier médical informatisé (DMI), recueillir systématiquement la personne de confiance et la personne à prévenir, inciter les chirurgiens à intégrer les dossiers de consultation au DMI, créer des interfaces entre les logiciels de consultations de chirurgiens et le DMI, mettre en place un Portail Patient.

Les actions d'améliorations se trouvent dans les actions du compte qualité et dans le PAQSS.

Cette stratégie a été validée par les instances ; les objectifs rappelés en CME et inscrits dans le projet d'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le processus dossier patient est piloté par un groupe de travail composé du président de la CME, de la surveillante générale, du directeur de l'établissement, du responsable qualité, de la TIM ainsi que du responsable informatique. La surveillante générale et le responsable informatique sont désignés pilote et copilote de la thématique. Ils disposent d'une fiche de mission de pilotage institutionnelle et d'une fiche de poste.

La TIM de l'HPPE a en charge les dossiers après la sortie du patient et scanne les éléments papier du dossier avant de les archiver. Les règles d'archivage et de conservation des dossiers patient ont été formalisées.

Les besoins en ressources humaines (formation/ sensibilisation des professionnels médicaux et non médicaux au processus d'informatisation, aux règles de tenue du dossier et gestion du dossier patient, aux risques de doublons etc...), en locaux, en matériel et en équipements sont identifiés.

Les protocoles, procédures et manuel d'utilisation et de gestion du dossier patient sont formalisés (tenue, archivage, consultation, sécurité des informations, destruction ...etc.)

Les règles de demande de dossiers patients ont été formalisées et le tableau des demandes de dossiers patient est présenté à l'occasion des réunions de la CDU. Les modalités d'accès du patient et ayant droit sont décrites dans le livret d'accueil. Le responsable qualité pilote la procédure.

Les plans de continuité d'activité concernant les logiciels utilisés pour la prise en charge du patient ont été prévus avec un mode dégradé.

Des ressources matérielles sont prévues au sein des secteurs d'activité pour le dossier informatisé.

Les habilitations des professionnels pour l'accès au dossier sont définies en fonction des métiers. Une permanence du système d'information est en place et une sauvegarde des données est réalisée en 2 lieux distincts. En cas de panne du système d'information, le plan de soin est édité pour 15 minutes.

Le système d'information est conçu pour regrouper dans le DPI la majorité des éléments constitutifs de la prise en charge pluri professionnelle ainsi que les prescriptions médicales et résultats de laboratoire. Certaines interfaces ont été développées entre des logiciels différents (consultations par exemple).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans

leurs secteurs ou sur le processus.
Les professionnels sont sensibilisés à la tenue du dossier patient, à la sécurisation des informations médicales et à la communication des données médicales au travers des différentes procédures disponible sur l'outil de gestion documentaire informatisé.
Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.
Les indicateurs nationaux « tenue du dossier patient » et Hôpital Numérique sont suivis et les résultats communiqués au personnel.
L'analyse des événements indésirables concernant le dossier patient et la réalisation d'audit permettent la mise en place d'actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées en termes d'effectifs et de formation à la gestion du dossier patient. Des formations sont organisées sur les règles de tenue et gestion du dossier patient (70% des IDE sont formées), la personne à prévenir et la personne de confiance (68% des IDE).
L'arrivée d'un nouveau professionnel, médical et non médical est accompagnée d'une formation aux outils et logiciels informatiques.
Les documents, procédures et protocoles ont été validés par le groupe de travail et sont disponibles dans l'espace documentaire informatisé, accessible de tous les postes de travail. Cette documentation inclut l'ensemble des procédures et formulaires, dont ceux à destination du patient.
L'accessibilité et la gestion du dossier sont facilitées par le déploiement d'équipements informatiques répondant aux besoins des utilisateurs (postes fixes, postes mobile, tablettes). La maintenance est gérée par le service informatique.
Le logiciel de données médicales est le même pour tout l'établissement, à l'exception de l'anesthésie per opératoire qui reste en dossier papier.
Le HPPE dispose de 2 locaux d'archivage des dossiers papier, l'un au sous-sol du bâtiment principal, l'autre dans une localité voisine. Ces locaux assurent la conservation des dossiers en respectant leur sécurité et leur intégrité. Ils sont accessibles à tout moment par l'intermédiaire de la TIM en journée et par l'administrateur d'astreinte les nuits et week-end.
Les professionnels sont formés à la tenue du dossier patient, à la sécurisation des informations médicales et aux modalités de communication des données afférentes au patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents professionnels mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement du dossier patient, de la pré admission à la sortie, en associant dossier informatisé et dossier papier. L'ensemble des prescriptions est réalisé dans le DMI.
L'information du patient concernant les modalités d'accès à son dossier figure dans le livret d'accueil.
La coordination des différents intervenants autour du dossier patient est facilitée par un mode de classement et d'utilisation du dossier harmonisé dans l'ensemble des secteurs. Les professionnels, notamment médicaux, peuvent prescrire et assurer le suivi de leurs patients au travers du dossier informatisé.
Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis les consultations (en version informatisée ou en version papier pour 2 médecins), la pré admission, l'admission, le séjour et la sortie.
Lors de la pré admission ou l'admission, le recueil d'informations est assuré par les professionnels selon la procédure prévue (carte d'identité et carte Vitale). Les formulaires de désignation de la personne de confiance sont renseignés lors de l'arrivée dans le service.
Les documents papier sont réunis dans un dossier conservé dans la salle de soins dont l'accès est sécurisé. A la sortie du patient, son dossier papier est transmis au TIM qui scanne les éléments et les intègre au dossier informatique afin de constituer un dossier unique.
La traçabilité en temps utile dans le dossier patient des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge est assurée par les professionnels administratifs et soignants.
Les interfaces entre secteurs (anesthésie, bloc, chirurgie, hospitalisation, biologie ...) sont opérationnelles et la communication en temps utile du dossier, soit en format DMI, soit en format papier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations du processus sont menées par l'HPPE à partir de l'analyse des événements indésirables, du recueil des indicateurs IQSS, des audits de dossiers patient et des réclamations des patients.
Le tableau de bord qualité de l'établissement contient des indicateurs nationaux et internes en lien avec le dossier patient, dont le délai d'envoi des dossiers patients (3,5 jours en moyenne).
Toutes les évaluations (audits, EPP, indicateurs IQSS...) sont diffusées à l'ensemble des professionnels via le logiciel de la gestion documentaire.
Les résultats des différentes analyses sont présentés aux instances selon leur domaine de compétences

(médicament, douleur, hygiène, CODIR...etc.). La CDU est également informée des résultats de ces évaluations.

A / AGIR

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

L'efficacité des actions mises en œuvre est évaluée et les actions d'amélioration sont réajustées au regard des résultats des évaluations ; les réajustements sont intégrés au compte qualité et au PAQSS. Le programme d'actions en lien avec l'amélioration du dossier patient est analysé régulièrement lors des réunions du groupe de travail dossier patient et du Copil Qualité qui procède au suivi des actions mises en place, des échéances et de leur efficacité. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe auprès des professionnels et des usagers.

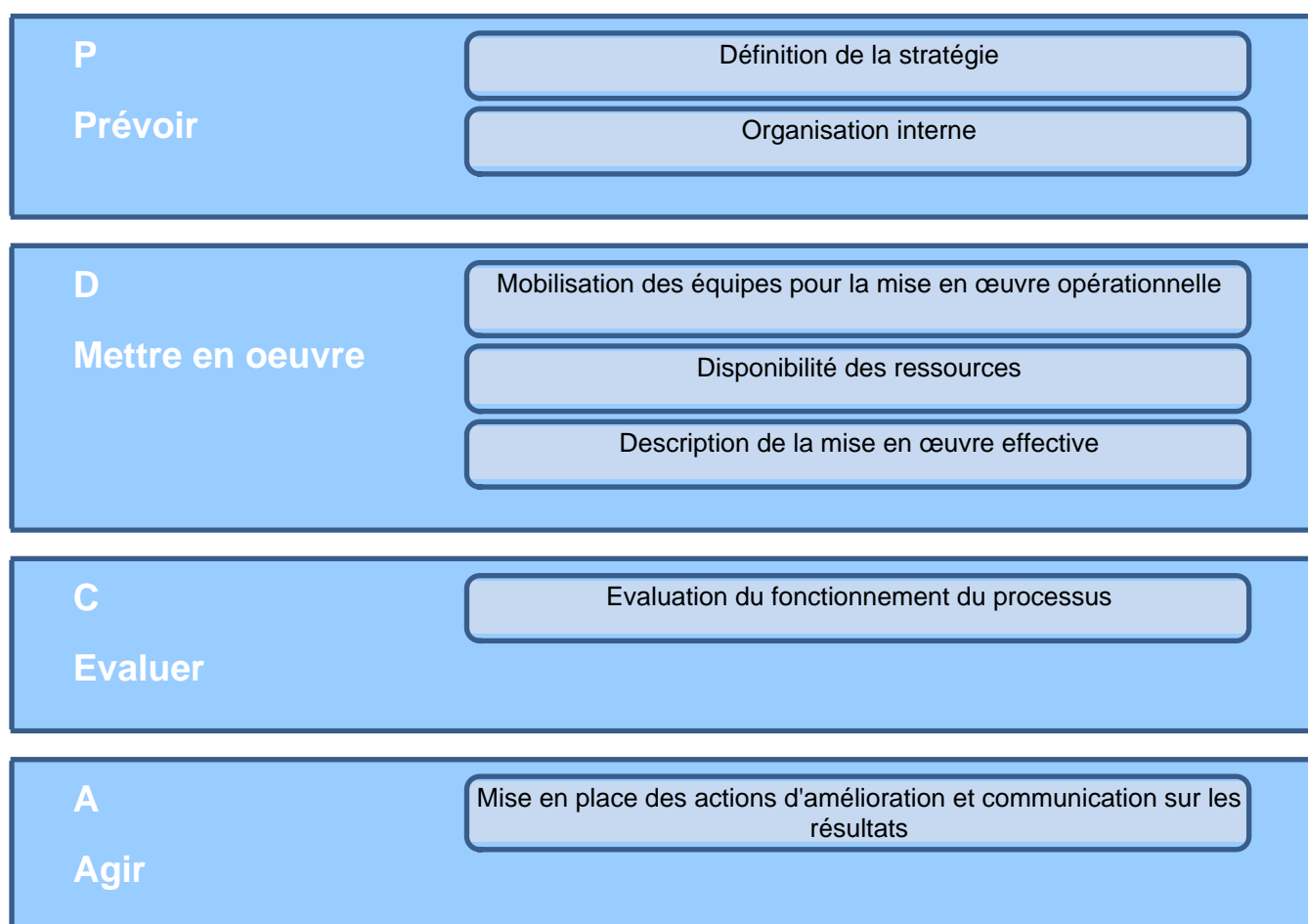
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 politique de la prise en charge médicamenteuse à l'HPPE (Hôpital Privé de Paris Essonne) est élaborée à partir des besoins de santé de la population du bassin de recrutement. Elle représente un axe majeur dans le projet de management qualité gestion des risques inscrit dans le projet d'établissement 2014-2018.

Elle comprend la politique concernant les antibiotiques et décline notamment différents axes dont l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des patients appartenant à des populations particulières (âgées, polymédiqués, maladies chroniques, enfants), le développement de la dispensation nominative, la surveillance de la consommation des antibiotiques, le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses.

La thématique « prise en charge médicamenteuse » est intégrée au programme qualité sécurité des soins. L'établissement a réalisé un état des lieux dont l'analyse permet de prioriser les actions à mener, selon un calendrier établi avec un suivi d'indicateurs. Cet état des lieux s'appuie notamment sur les résultats des différentes visites de certification, les comptes rendus des visites d'inspection, l'avis de l'ARS sur le respect des engagements pris dans le cadre du Contrat de Bon Usage et du CPOM, le bilan des CREX et RMM, les prérequis du CAQES, les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (I.Q.S.S), le recueil et l'analyse des plaintes et réclamations des patients, le rapport des différents audits internes et l'analyse des événements indésirables déclarés au sein de l'établissement. Cette politique s'applique à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse et concerne tous les professionnels impliqués : pharmacien, praticiens prescripteurs, IDE, préparateur en pharmacie.

La cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse élaborée en 2016 a été actualisée à trois reprises. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés dans le cadre des réunions du COMEDIMS.

La politique formalisée, en lien avec le coordonnateur des risques associés aux soins, est validée par la CME et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Les risques prioritaires sont reportés sur le compte qualité et les axes du programme d'actions sont intégrés au PAQSS. Trois risques identifiés sont cités dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Pour mettre en œuvre cette politique, la direction de l'HPPE et la CME ont désigné le pharmacien pilote du processus du "circuit du médicament".

Ses missions sont définies, en particulier celles d'élaborer la description du processus, d'identifier les étapes critiques du processus, d'actualiser la cartographie des risques, de proposer des actions d'amélioration et des indicateurs, d'élaborer une version du compte qualité puis l'actualiser. Il dispose d'une fiche de poste.

Les rôles et responsabilités des différents acteurs de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) sont formalisés dans le manuel qualité (MAQ) de la prise en charge médicamenteuse. Sont impliqués les cadres et les médecins participant activement aux différentes démarches (audits de processus, audits ciblés, patient traceur) et qui font remonter ou descendre les informations soit vers le gestionnaire de risques soit auprès des professionnels de terrain. Le manuel est validé conjointement par le directeur de l'établissement et par la CME.

Le MAQ décrit les règles et documents pour assurer la qualité et la sécurité de la PECM, le schéma global d'organisation de la PECM de l'HPPE, les besoins en ressources humaines, documentaires, matérielles, ainsi que l'organisation de la prise en charge médicamenteuse, les rôles, responsabilités et missions identifiés et formalisés. Le COMEDIMS, sous-commission de la CME, est mis en place et dispose d'un règlement intérieur qui définit son fonctionnement. Il est piloté par un médecin spécialiste, et est par ailleurs composé d'un médecin, du pharmacien / responsable qualité, de deux IDE, de la surveillante générale et du directeur. Le président du COMEDIMS est également coordonnateur des risques associés aux soins.

L'établissement a organisé par convention les interventions de médecins biologistes compétents en antibiothérapie et antibiotiques exerçant dans le laboratoire de ville, en appui des demandes sur le bon usage des antibiotiques. Ces praticiens donnent des avis et conseils aux praticiens et IDE, au COMEDIMS et à la CME. Leurs missions sont précisées dans leurs fiches de poste.

Deux conventions lient la clinique à deux établissements extérieurs pour les approvisionnements en médicaments les week-ends, la nuit et les jours fériés afin d'assurer la continuité pharmaceutique, en complément des stocks tampons mis en place dans les services.

Les correspondants des vigilances ont été nommés en pharmacovigilance, réactovigilance, matériovigilance.

Les différents circuits inhérents à la prise en charge médicamenteuse ainsi que la gestion des interfaces en amont et en aval sont définis et organisés.

Cette organisation prend en compte les différents intervenants : en externe, les fournisseurs, les

laboratoires, les différents prestataires pour les médicaments, dispositifs médicaux ; en interne, la direction de la clinique, la logistique (transports internes et externes des médicaments ou DM), ainsi que les utilisateurs des services de soins, du bloc et des consultations.

L'organisation et la petite taille de la clinique facilitent la fluidité des interfaces et notamment le signalement des incidents de vigilances sanitaires.

Les différentes étapes du processus sont formalisées : avant l'entrée du patient (traitement personnel et prémédication), pendant l'hospitalisation (prescription, dispensation, transport, stockage et détention, administration, surveillance du patient) et à la sortie ou le transfert du patient (ordonnance).

L'analyse pharmaceutique des prescriptions est organisée, le pharmacien ayant accès à l'ensemble des composantes du dossier informatisé ; l'analyse a priori est instituée et comprend celle du traitement personnel du patient.

L'information du patient sur le bon usage du médicament est structurée, les personnels formés et des rappels diffusés.

Le pharmacien responsable de la PUI établit des liens entre les différents acteurs, avec le président de la CME, le directeur, les cadres de santé, les médecins et les différents comités.

La clinique a mis en place une organisation interne formalisée à la PUI.

Le système documentaire est structuré ; les procédures et protocoles élaborés, actualisés et mis à la disposition des prescripteurs et des professionnels de santé, sont intégrés dans l'outil électronique de gestion documentaire.

L'informatisation de la PECM intégrée au système d'information est définie, tous les lits bénéficiant d'une prescription et d'une administration informatisée.

La clinique a formalisé les règles de prescription pour les médecins, en particulier pour les médicaments à risque et met à disposition un support unique de prescription/administration sur le logiciel de prescription.

La clinique a organisé la dispensation nominative pour certains médicaments complétée par une dotation revue régulièrement, qui répond à la demande en urgence de chaque service.

Des actions de communication participatives sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le pharmacien organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et les membres du COPIL, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes : pharmacien, préparateur, médecins, cadre, IDE et autres personnels soignants, notamment par des informations régulières et groupes de travail si besoin. Ils sensibilisent les professionnels au bon usage des médicaments. Ils favorisent la participation des professionnels au choix et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Dans les services, le cadre de santé, l'infirmière référente médicament, sont les relais avec le pharmacien pour faire appliquer les protocoles et consignes se reportant au circuit du médicament. Le pharmacien est très présent sur le terrain. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées. Ils sont également à l'écoute des patients, de leurs familles et des médecins prescripteurs.

Tous les types de professionnels non médicaux et médicaux se rendent disponibles pour participer aux formations relatives au médicament organisées au sein de la clinique, notamment par le responsable de la qualité gestion des risques et tracent leur présence.

Les professionnels sont invités à rédiger des fiches d'événements indésirables liés au circuit du médicament dans le logiciel dédié, notamment sur les erreurs médicamenteuses. Des formations et rappels répétés sur les erreurs médicamenteuses permettent de développer une culture sur ce sujet.

Les membres des équipes de soins utilisent les outils électroniques mis à leur disposition, tels que le dossier patient informatisé. Afin de sécuriser la continuité du traitement personnel avant, pendant et après le séjour, le COMEDIMS, le pharmacien et les équipes ont adopté des solutions consensuelles faisant participer les prescripteurs et les IDE : prescription dans le DPI dès la consultation du chirurgien et/ou de l'anesthésiste, adaptation d'un menu déroulant dans le plan de soins.

Les membres des équipes participent au recueil et à l'analyse des erreurs médicamenteuses et EI, aux démarches d'EPP. Ils ont accès aux résultats d'évaluations de l'établissement (audits, enquête, EPP, enquête de la satisfaction des usagers...etc.). Ils mettent en place des actions correctives si besoin.

L'établissement a mis en place une organisation interne formalisée de la PUI : heures d'ouverture et fermeture, accès aux avis du pharmacien, check-list de contrôles. La liste des médecins prescripteurs est identifiée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles ainsi que l'organisation de la prise en charge médicamenteuse sont définis dans le manuel qualité actualisé régulièrement.

Les ressources en compétences sont disponibles : un pharmacien (1ETP) formé, diplômé ; un préparateur en pharmacie diplômé (1ETP), des médecins et des soignants formés à la prise en charge

médicamenteuse. Une IDE référente "médicament" assure le relais dans les services.
L'établissement dispose d'une PUI équipée ; une séparation au sein des locaux différencie la zone de réception des commandes, de la zone de préparation, de la zone de stockage et d'un coin bureau ; une armoire et un coffre à stupéfiants sécurisé sont à disposition.
Le tableau de continuité pharmaceutique est disponible. Le pharmacien participe par ailleurs aux astreintes des cadres. L'appel à un pharmacien gérant externe est organisé en cas de besoin. Les règles de prescription sont disponibles dans les services.
Une dotation globale est en place dans chaque service ; la dotation du service d'hospitalisation complète dite "stock tampon" permet de faire face aux urgences le week-end, la nuit et les jours fériés.
Le circuit du médicament est informatisé. Le dossier informatisé est à la disposition des professionnels, accompagné d'une formation à son utilisation.
Des outils d'aide à la prescription sont à la disposition des utilisateurs et les livrets thérapeutiques sont en place pour les médicaments et les dispositifs médicaux. Différents guides sont disponibles sur les thèmes suivants : prescription des antibiotiques, médicaments écrasables, prescription informatisée des médicaments, reconstitution des médicaments, délai de conservation des formes liquides, substitution ; ils sont accompagnés d'autres outils : vidéos de formation, bons de commandes des médicaments et des dispositifs médicaux, protocole d'antibioprophylaxie.
Des documents sont à disposition sur les interactions médicamenteuses, sur les préconisations de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée dans les services avec la liste des médicaments potentiellement à risque.
Les livraisons à la PUI sont organisées et sécurisées : lieux fermés, accueil par personnel dédié, traçabilité assurée. Les dispositifs de sécurité sont mis en place à la pharmacie.
L'établissement met en œuvre les ressources pour informer le patient ou sa famille, et/ou représentants légaux de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission et demander la restitution en fin de séjour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La PUI prend en compte la réglementation : circulation, intervenants extérieurs en lien ou non avec les instances dont le CLIN/EOH. Elle assure la continuité de la prise en charge médicamenteuse de tous les patients : changement de traitement, sortie, transfert, secteurs à risques (endoscopie, blocs opératoires). Elle assure également une gestion optimisée et sécurisée des médicaments, des stupéfiants, des DMI, DM, de l'oxygène et des fluides... Une organisation concernant les alertes descendantes et ascendantes est mise en œuvre.
Les procédures et protocoles concernant le traitement personnel à l'arrivée du patient sont définies et mises en œuvre par les IDE dans les différents services. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie ou de transferts tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Les prescriptions destinées aux enfants font l'objet d'une attention particulière de la part de tous les professionnels. Les parents sont associés aux soins et à la prise en charge médicamenteuse.
Le pharmacien analyse la majeure partie des prescriptions, il émet des avis pharmaceutiques via des messageries sécurisées visibles sur le plan de soins par les IDE ainsi que par les prescripteurs. La prescription est le plus souvent analysée par le pharmacien juste avant l'entrée du patient.
La dispensation est globalisée pour l'ensemble des services et nominative pour les médicaments onéreux, les médicaments dérivés du sang, certains antibiotiques. L'armoire du service en dispensation globale pour répondre aux besoins des utilisateurs est approvisionnée pour faire face à l'urgence. Ceci répond à la procédure mise en place.
Le transport des médicaments se fait dans les armoires sécurisées des services. Il en est de même pour les stupéfiants entre la PUI et les services qui sont transportés par la préparatrice ou une IDE identifiée, les contenants peuvent être réfrigérés si besoin.
La chaîne du froid est respectée pour les médicaments qui le nécessitent. Un réfrigérateur à basse température est disponible et dédié au stockage des médicaments : il est adapté aux besoins de l'unité de soins et pourvu de systèmes de contrôle et de sécurité (enregistrement, alarme) ; il existe une procédure pour organiser son entretien régulier, le dégivrage et la maintenance.
Les systèmes de rangement sont adaptés : armoires fixes, étiquetage, rangement des médicaments à dispensation particulière. Les médicaments à risques sont identifiés. Les stupéfiants sont enfermés dans un coffre, lui-même dans une armoire fermée à clé (Pharmacie centrale ou service). Le chariot d'urgence vitale, scellé, contient les produits de santé conformément à la liste préétablie. La gestion des périmés est assurée, tracée et contrôlée.
Les médicaments comportent leur identification jusqu'au moment de l'administration. La préparation des piluliers est réalisée par le personnel au fil de l'eau et ceux-ci sont systématiquement vérifiés par l'IDE avant l'administration. La traçabilité de l'administration de tous les médicaments est assurée en temps réel par les professionnels habilités, sur leur tablette personnalisée. Pour répondre au risque prioritaire relatif à l'administration du médicament, un menu déroulant permet à l'IDE de préciser le motif en cas de non administration. La surveillance des effets secondaires est réalisée.
Des règles rappelant le bon usage sont diffusées auprès des patients ou de leurs familles par les soignants : infirmiers, cadre, médecins. L'information du patient se fait oralement ou par remise expliquée de plaquettes d'information sur les maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle) et les anticoagulants.
L'interface avec le service qualité, les vigilants et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux

soins est assurée : déclaration des événements indésirables, suivi des actions d'amélioration, signalement des incidents de vigilances sanitaires, suivi de la consommation des antibiotiques.

L'interface entre le bloc et les services de soins est assurée par la transmission des prescriptions et administrations réalisée au bloc et en SSPI, sous forme de protocoles intégrés au dossier patient informatisé ; les IDE du service receveur appliquent les administrations en conformité avec les protocoles et tracent leurs actes dans le plan de soins. Le risque identifié sur la prescription per-opératoire est pris en compte.

En dehors des horaires d'ouverture de la PUI, la continuité médicamenteuse est assurée par la mise en place d'un stock pour les besoins urgents (tracé et contrôlé régulièrement par le pharmacien) ainsi que la signature de deux conventions avec les hôpitaux disposant de permanences pharmaceutiques.

Les médicaments périmés sont stockés, au niveau de la PUI, dans des cartons spécifiques, puis acheminés par un fournisseur.

L'évaluation par les quatre patients traceurs conforte les observations réalisées lors de l'audit de processus du management de la prise en charge médicamenteuse : la pratique relative à la PECM est intégrée dans la pratique des professionnels médicaux et des soignants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions d'amélioration sont assurés régulièrement par les pilotes du processus "Prise en charge médicamenteuse", sur la base d'outils identifiés (indicateurs d'analyse pharmaceutique, indicateurs de dispensation et de préparations pharmaceutiques, antibiotiques à dispensation contrôlée, indicateurs de qualité de transport et du stockage dans les unités de soins). Ces indicateurs élaborés par le responsable qualité ou le groupe travail de la prise en charge médicamenteuse sont suivis dans un tableau de bord.

Les évaluations peuvent être initiées à la demande des cadres de service ou directement par le pharmacien au vu d'un dysfonctionnement ou à partir des FEI (fiches événements indésirables), du suivi des objectifs du Contrat de Bon Usage, des plans et programmes nationaux (AVK, antibiotiques, sécurité des patients), de l'avancement des programmes d'actions du COMEDIMS, du diagnostic des risques déterminés dans les unités de soins et à la PUI. L'audit annuel du circuit du médicament est réalisé selon la méthode de la DHOS depuis 2011.

Plusieurs évaluations sont menées sur le processus de prise en charge médicamenteuse, notamment les audits récurrents sur la gestion du traitement personnel des patients, sur la traçabilité des DMI dans le dossier patient. D'autres évaluations sont réalisées sous formes d'EPP sur les thèmes de « la préparation et de l'administration des médicaments », de « l'antibioprophylaxie », de « la réévaluation de l'antibiothérapie », de « la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » et de « la pertinence de la prescription et de l'administration d'un antalgique par voie injectable ».

L'analyse des événements indésirables et le recueil et l'analyse des indicateurs nationaux (tenue du dossier patient et tenue de dossier d'anesthésie) relatifs à la prescription viennent compléter ces évaluations.

Le CREX est mobilisé en cas d'erreur médicamenteuse ou d'événement indésirable, la RMM en cas d'événement grave.

Au moins une erreur médicamenteuse est analysée à chaque réunion du COMEDIMS. Les investigations par les patients traceurs permettent aussi d'auditer les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Le tableau de bord qualité de l'établissement contient plusieurs indicateurs en lien avec la prise en charge médicamenteuse : IQSS, taux d'analyse pharmaceutique des prescriptions, taux de la dispensation nominative, nombre d'erreurs médicamenteuses ; les résultats sont analysés et présentés aux différentes instances.

Cette mise à jour s'accompagne également d'une actualisation de la cartographie des risques, d'une mise à jour de la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse ainsi que du manuel qualité.

L'HPPE a réalisé sa troisième itération de cartographie des risques, évaluation des risques identifiés dans les unités de soins, les secteurs endoscopie et bloc opératoire et la PUI.

A / AGIR

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

L'analyse des risques repérés par l'établissement donne suite à des actions d'amélioration. Cette démarche a permis d'enrichir la cartographie des risques. Les pratiques sont alors ajustées. Les actions retenues apparaissent dans le plan d'actions global qualité et risques de la clinique.

Des supports de formation interne sont produits et communiqués aux personnels et praticiens tels que : le livret thérapeutique, les modalités de déclaration des erreurs médicamenteuses, l'utilisation du matériel d'administration des médicaments, l'utilisation des logiciels informatiques, l'utilisation des

antibiotiques, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, les procédures et protocoles relatifs au circuit des médicaments. Des ajustements périodiques de connaissances sont réalisés sur ces bases.

Toutes les évaluations et leurs actions d'amélioration (audits, EPP, indicateurs IQSS...) sont diffusées à l'ensemble des professionnels via le logiciel de la gestion documentaire interne. La présence répétée du pharmacien et de l'IDE référente sur le terrain apporte un appui aux équipes en termes d'informations et réponses aux questionnements sur la thématique du médicament.

La Direction, par le biais des commissions (COMEDIMS, COPIL qualité, CME), est informée des résultats des différentes analyses et des actions mises en place sur ce processus. La communication des résultats et actions est aussi réalisée en interne aux professionnels par affichage dans les unités de soins. Les résultats présentés sous forme graphique sont commentés aux membres des équipes. Il en est de même pour les usagers invités en COMEDIMS et en CME.

Le livret d'accueil informe les usagers des résultats des indicateurs qualité. Un affichage à l'entrée de la clinique leur est aussi destiné.

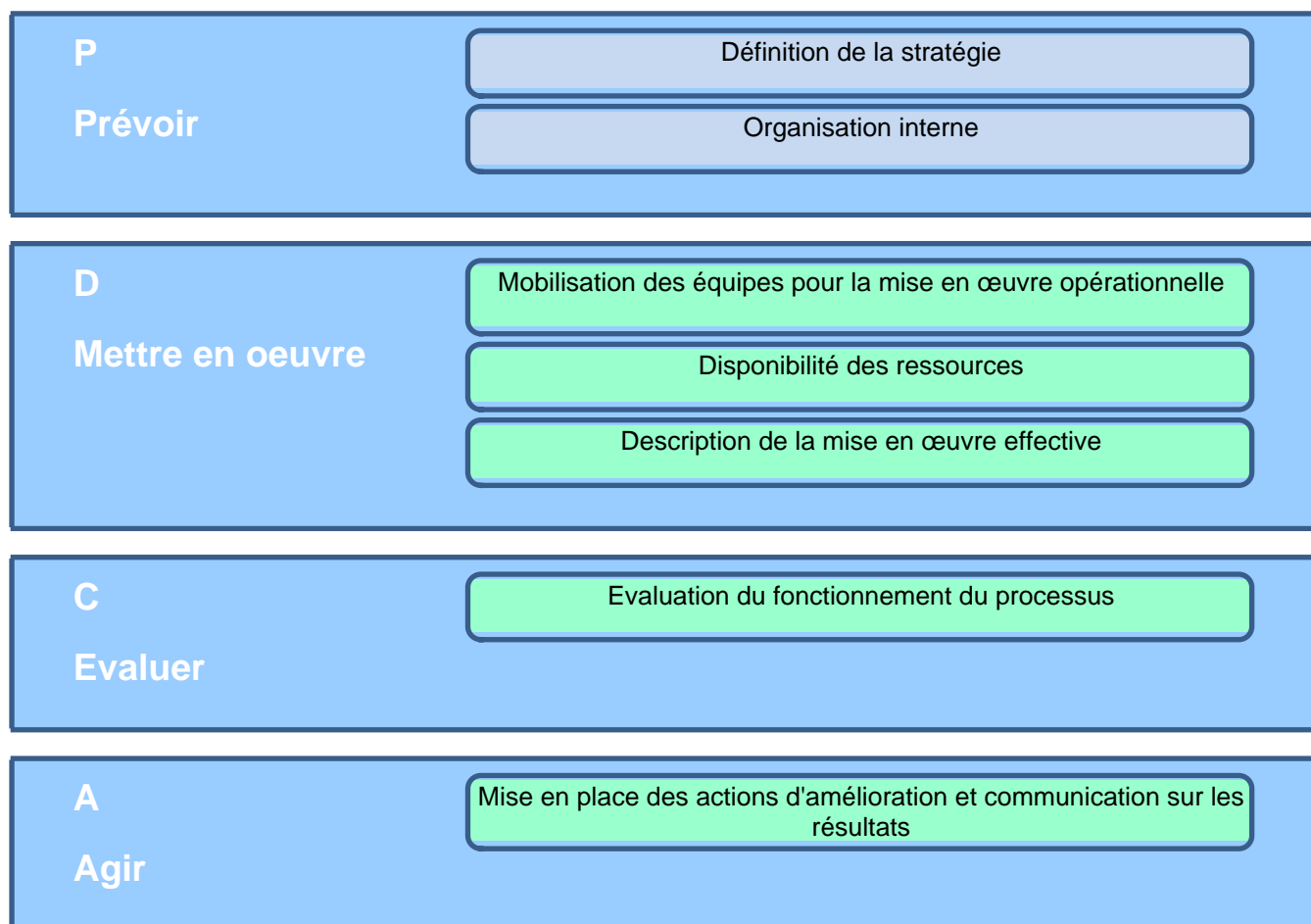
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité chirurgicale de l'Hôpital Privé de Paris Essonne (HPPE) regroupe 8 spécialités : Orthopédie, Stomatologie, Esthétique, ORL, Urologie, Chirurgie Viscérale, Ophtalmologie, Rythmologie ; le bloc opératoire intègre également une activité d'endoscopie digestive.

Le projet médical 2014-2018, actualisé en décembre 2016, fixe pour objectifs le développement de la chirurgie digestive et de la chirurgie bariatrique, le développement du traitement de l'incontinence urinaire et de la gynécologie. L'organisation de l'activité est placée sous la supervision de la commission du bloc composée du président de la CME, du directeur, du chef du bloc opératoire et son adjointe, d'un anesthésiste, d'un chirurgien, d'un gastroentérologue, d'un rythmologue, de la surveillante générale en charge de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) et du pharmacien également responsable qualité. Le règlement intérieur de la commission du bloc définit ses missions et le rythme trimestriel de ses réunions.

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité au bloc opératoire est formalisée dans le manuel qualité (MAQ) bloc / endoscopie actualisé en 2017.

La cartographie des risques résulte de l'exploitation des résultats des indicateurs nationaux (IQSS et HN), du CBUM, des audits internes (check-list, traçabilité des dispositifs médicaux implantables), des évaluations de pratiques professionnelles relatives notamment à l'antibioprophylaxie, à la préparation préopératoire de l'opéré et au suivi des indicateurs d'activité issus de la MEAH.

Pour alimenter le compte qualité, 3 risques sont priorisés selon la méthodologie de la HAS. Un plan d'actions d'amélioration a été mis en place. Chacune de ces actions est dotée d'un responsable, d'un calendrier prévisionnel et de mesures de suivi.

Cette stratégie a été validée par la CME statuant en COPIL. Le plan d'action propre au bloc opératoire est intégré au PAQSS de l'HPPE. La communication vers les professionnels est assurée par l'encadrement et est accessible sur l'outil électronique de gestion documentaire.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus repose sur le chef de bloc opératoire et son adjointe. Les fiches de mission sont validées par le directeur de l'établissement. Les pilotes ont constitué un groupe de travail composé d'un anesthésiste, de deux infirmiers et du responsable qualité.

Un comité de bloc, composé des pilotes, de la surveillante de l'UCA et d'un anesthésiste se réunit chaque semaine. Les modalités d'organisation de l'activité sont formalisées dans la charte du bloc annexée au MAQ. Le fonctionnement général, la planification des astreintes des praticiens, les modalités d'appel du personnel médical et paramédical d'astreinte, l'attribution des vacations et des salles, la planification des programmes et leur validation sont formalisés. En outre, la charte, en référence aux procédures et protocoles établis, définit le mode de fonctionnement des circuits de prise en charge (patients, matériel, déchets, bionettoyage), la tenue du personnel, les horaires de fonctionnement du bloc et la continuité des soins. Elle décrit les interfaces avec la PUI, la stérilisation et l'UCA. Les fiches de poste du chef de bloc et de son adjointe sont définies et annexées à la charte du bloc.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Les ressources humaines permettent de répondre aux besoins de l'activité opératoire et de la salle de surveillance post interventionnelle. Elles sont composées de 25 praticiens, 3 anesthésistes libéraux assurant la gestion exclusive des infirmiers anesthésistes ; 12 IDE polyvalents et 11 ASH et brancardiers sont salariés par l'HPPE. Un dispositif d'astreinte pour les nuits, les jours fériés et le week-end est organisé pour les praticiens et les IDE de bloc. La polyvalence des IDE repose sur un dispositif d'évaluation des compétences assurée mensuellement par le chef de bloc et les praticiens.

Le plan de formation intègre des modules dispensés en interne, relatifs notamment à l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, au circuit du médicament, à la gestion des risques, aux droits des patients et à la sécurité du système d'information. Un dispositif de validation des acquis, initié en 2017, prévoit la qualification des IDE en IBODE jusqu'en 2020.

Les principales zones du bloc sont définies (circulation, stockage, intervention) ainsi que les règles de circulation et d'habillage dans les différentes zones. La classification des 6 salles, définie en accord avec le CLIN et l'EOH, se compose de 3 salles en ISO 5 et 3 en ISO 7. La salle de surveillance post interventionnelle comprend 11 postes. Le bloc intègre un sas d'accueil, une zone de pré désinfection, des arsenaux pour l'instrumentation stérile et pour les dispositifs médicaux, des vestiaires. Des locaux sont dédiés au stockage des déchets et du linge.

Le matériel opératoire et d'anesthésie est disponible ; le plan d'investissement est défini en accord avec les praticiens et validé par la commission de bloc. Une contractualisation de la maintenance préventive et curative des équipements est formalisée. La gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée. La surveillance de l'environnement (eau, air, surfaces) est contractualisée avec un laboratoire extérieur. Un

plan d'échantillonnage est défini.

La gestion documentaire au bloc opératoire est organisée sous forme informatique ; les procédures sont structurées par thématiques.

Les différentes interfaces avec les autres secteurs sont organisées : avec le service de facturation, notamment pour la gestion des DMI, avec la stérilisation pour la décontamination des instruments, avec le secteur ambulatoire pour les transferts patients, avec les laboratoires de biologie et d'anatomopathologie pour les prélèvements.

Le système d'information permet le partage des données et la traçabilité du parcours du patient en temps réel dans le DPI, de son admission dans l'établissement à sa sortie du bloc, chaque professionnel étant équipé d'une tablette numérique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le chef de bloc, son adjointe et le responsable qualité informent régulièrement les équipes des orientations et des actions d'amélioration définies, en continu et au cours de réunions de service. L'accent est notamment porté sur la systématisation de l'utilisation de la check-list, la traçabilité du dépistage de la douleur en SSPI et le respect des règles d'hygiène.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables (EI). Le traitement des EI se fait avec le responsable qualité et le chef de bloc, avec retour au déclarant. L'analyse des événements graves ou récurrents est assurée en CREX et en RMM.

Des audits de pratiques sont réalisés relatifs notamment à l'utilisation de la check-list et à la traçabilité des DMI dans le dossier du patient. Le suivi des EPP (Antibioprophylaxie, préparation préopératoire de l'opéré, suivi des indicateurs d'activité au bloc opératoire) associe les professionnels dans l'identification et la mise en œuvre des actions correctives : informatisation de la check-list ultime avant transfert des patients au bloc opératoire, respect des plages horaires définies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. Les vacances des salles de bloc opératoires sont organisées en accord avec les chirurgiens et les anesthésistes, dans le respect de la répartition validée par la commission du bloc.

La permanence des soins est assurée au bloc opératoire et en SSPI, les compétences et effectifs sont compatibles avec la prise en charge sécuritaire des patients.

Les effectifs du bloc opératoire et du secteur ambulatoire sont validés par la direction en concertation avec l'encadrement et selon les obligations réglementaires. L'équipe de 11 IDE assure une présence dans chaque salle interventionnelle et l'occupation des 2 postes en SSPI, sur une amplitude de 7h à 19h. Une infirmière compétente en radio protection est désignée.

2 ASH assurent le bionettoyage ; le transport des patients est assuré par l'équipe de brancardiers.

Les effectifs du secteur opératoire permettent d'assurer la continuité des soins la nuit, les week-ends et jours fériés à l'aide d'une planification mensuelle des personnes d'astreinte (médecins et paramédicaux) en nombre et qualité suffisants.

L'équipement est adapté et entretenu. Des dispositifs médicaux de secours sont disponibles. Le plan de maintenance préventif et curatif est effectif.

Les professionnels ont accès aux documents utiles et actualisés sur l'outil de gestion documentaire électronique : procédures et modes opératoires relatives aux circuits, aux règles d'hygiène, au bio-nettoyage. Des fiches d'interventions reprennent la description de l'installation des patients, du matériel nécessaire, de la technique d'anesthésie. Dans les salles de bloc, des affiches permettent aux professionnels d'identifier les zones à risque de rayonnement.

Les documents nécessaires à l'exploitation des équipements biomédicaux sont mis à la disposition des professionnels. Des procédures existent en cas de panne électrique et en cas de fuite des fluides médicaux. Le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond aux besoins. Le matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible : le chariot d'urgence scellé et le DSA sont situés en salle de réveil. Une procédure de transfusion en urgence est définie, l'acheminement est réalisé par une société d'ambulance conventionnée. Le traitement de l'hyperthermie maligne est disponible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

L'activité de régulation est assurée par le chef de bloc, en coordination avec le comité du bloc. L'ordre de passage des patients est défini la veille en fonction des patients ou du type d'intervention. L'activité opératoire est validée le matin par le chef de bloc. L'inclusion des urgences dans le programme

opératoire réglé est organisée au regard des disponibilités des intervenants, des salles et du matériel.

La veille de sa prise en charge à l'UCA, le patient reçoit un SMS lui confirmant le rendez-vous d'hospitalisation. A son arrivée, l'IDE vérifie la complétude du passeport ambulatoire : recueil de son consentement, vérification de son information sur l'anesthésie, autorisation d'opérer ou papiers de tutelle le cas échéant. Le professionnel trace les constantes et la réalisation de la préparation pré opératoire. Une check-list bloquante intégrée au DPI permet la vérification systématique des pièces nécessaires devant être obligatoirement présentes au bloc opératoire. Chaque patient est porteur d'un bracelet d'identification vérifié et tracé par les professionnels aux différentes étapes, du départ du service à son retour.

Les patients sont conduits au bloc, porteurs de tenues adaptées et conformes. Une zone de transfert pour les patients est dédiée et surveillée par des caméras. Les patients sont installés sur des brancards dédiés.

En per opératoire les règles d'asepsie sont respectées. Le suivi per-opératoire est tracé sur le cahier de salle indiquant le type d'intervention, l'identité du patient, l'heure d'arrivée, l'heure de fin, la traçabilité des instruments utilisées, le comptage des textiles. Les constantes suivies en per-opératoires sont imprimées en salle de réveil et annexées au dossier.

En post opératoire immédiat le patient est transféré en salle de SSPI avec l'anesthésiste ou l'IADE et l'infirmière de salle. Les paramètres de surveillance du patient dont l'intensité de la douleur sont mesurés et tracés dans le dossier. La check-list HAS est en place. Elle est entièrement informatisée. Sa réalisation est assurée en salle d'intervention en présence des différents intervenants, sous la coordination de l'IDE de salle d'opération. Des indicateurs de conformité par praticiens sont suivis.

La traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantés est effective. Un fichier de suivi des DMI, tenu par le chef de bloc, trace la date de livraison, le fournisseur, le code LPP, le numéro de lot, la date de péremption, le numéro de série, la date de la pose, l'identité du médecin prescripteur, l'identité du patient (nom, prénom et date de naissance). Une fiche de DMI comportant le type de matériel et le numéro de lot est remise au patient.

Les règles de sécurité sont appliquées. Les contrôles de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés. Un cahier de traçabilité d'envois des examens est en place. Les résultats sont transmis aux responsables du bloc opératoire.

La surpression est effective dans les salles, elle est maintenue et contrôlée, les portes restent fermées. La tenue des professionnels au bloc est adaptée (port du pyjama de bloc, port du calot, du masque en salle).

Le nettoyage des salles d'opération est réalisé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée. La traçabilité du bio-nettoyage est réalisée par les ASH sur leur tablette numérique.

Une fiche de suivi du matériel est renseignée par l'instrumentiste. La pré-désinfection des instruments est réalisée.

Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques, logistiques, administratifs sont opérationnels. L'échange d'informations entre les secteurs d'activité est maîtrisé, le patient peut être suivi en temps réel grâce à un logiciel interne. Ainsi l'état d'avancement du programme opératoire est en lecture au bloc dans le sas de transferts et dans les services.

En post opératoire, la surveillance en SSPI est tracée sur un support papier, les prescriptions post opératoires sont informatisées. L'anesthésiste valide la sortie de SSPI au regard du score d'Aldrette, tracé dans le logiciel.

En ambulatoire, le score de CHUNG est réalisé, le bulletin de sortie est édité à partir du DPI.

L'appel du lendemain est organisé. Celui-ci est réalisée à l'aide d'une check-list (sommeil, douleur, nausée, vomissements, saignement, température). Une conduite à tenir est identifiée en fonction de l'état de santé du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés régulièrement par l'établissement, sur la base d'outils identifiés.

Un suivi d'indicateurs d'activité quantitatifs et qualitatifs est assuré depuis 2012 : taux d'occupation des salles, taux de débordement ; suivi annuel des indicateurs MEAH en chirurgie ambulatoire (rotation des lits, taux d'ambulatoire, annulation à J0, hospitalisation 1 nuit), préparation de l'opéré, appel de la veille, appel du lendemain ; prévention et traitement de la douleur en chirurgie buccale.

Les compétences des professionnels par spécialité sont suivies par le cadre du bloc et son adjointe. Les taux de conformité des pratiques relatives au tri des déchets, au circuit du linge, à la stérilisation, au brancardage sont suivis annuellement. Le suivi annuel des événements indésirables est assuré.

Les indicateurs relatifs au plan d'action retenu dans le compte qualité sont suivis : traçabilité des DMI, taux de conformité du renseignement de la check-list, traçabilité de la prise en charge de la douleur en post-opératoire. L'ensemble des indicateurs recueillis est colligé dans un tableau de bord tenu et mis à jour par le responsable qualité.

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place, notamment pour limiter le taux de débordement de certaines spécialités, optimiser le taux d'occupation des salles et lisser l'activité sur l'après-midi.

Dans les suites de l'audit sur la préparation cutanée de l'opéré, la Check-List ultime avant descente des patients au bloc opératoire a été informatisée et est devenue une étape bloquante du parcours en cas de non validation. La procédure « Antibio prophylaxie » a été révisée et transmise à tous les anesthésistes et IADE.

Des formations relatives au renseignement de la check-list, associant la projection d'un film, ont été réalisées auprès des médecins et des IDE. Une sensibilisation des IDE à la traçabilité de la douleur en SSPI a été réalisée. Le paramétrage du DPI permettant l'intégration de la traçabilité des DMI est en cours.

Les résultats sont communiqués en commission de bloc et en CME statuant en COPIL, en présence des représentants des usagers. Un affichage des principaux indicateurs est réalisé dans les services. Les actions mises en œuvre sont intégrées au PAQSS de l'établissement.

L'HPPE a pour projet 2018 de participer au benchmark organisé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France sur le bloc opératoire.

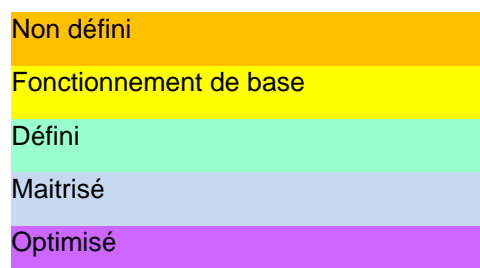
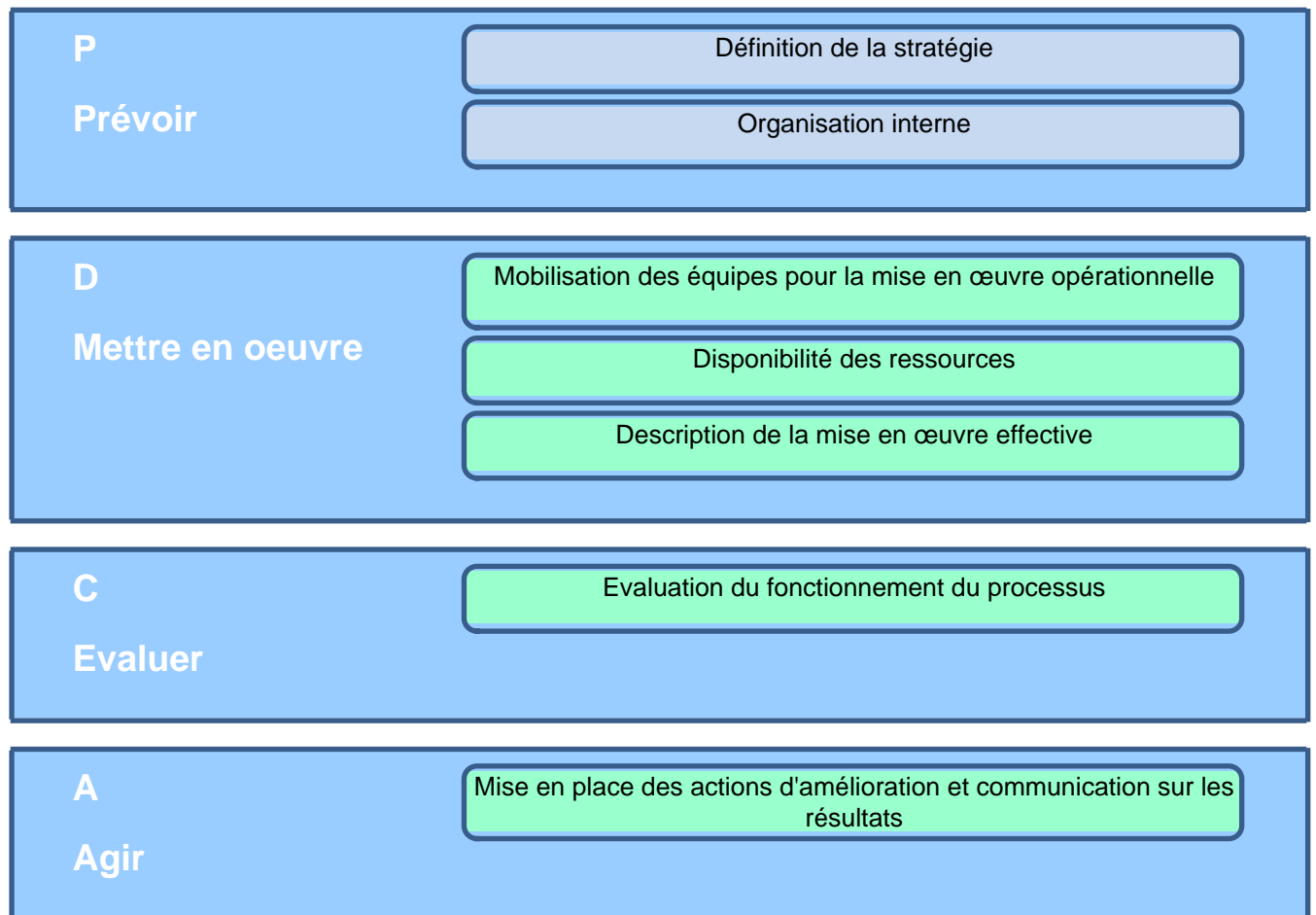
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

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

L'activité d'endoscopie de l'Hôpital Privé de Paris Essonne, réalisée sur un seul site, est intégrée à l'activité du bloc opératoire. Elle est soutenue par un axe du projet médical 2014-2018. Elle est placée sous la supervision de la commission du bloc, sous-commission de la CME, dont la composition et les missions sont formalisées dans un règlement intérieur de décembre 2016. L'engagement institutionnel et l'organisation définie sont formalisés dans le Manuel d'assurance qualité (MAQ) Bloc / Endoscopie, actualisé en décembre 2017.

L'activité d'endoscopie repose sur l'intervention de médecins spécialistes libéraux : 5 gastro-entérologues et 3 médecins anesthésistes. Une activité d'écho-endoscopie diagnostique et thérapeutique est développée depuis 2017. L'établissement réalise des actes d'endoscopie pour des patients hospitalisés à l'hôpital de Bligny, dans le cadre d'une convention.

L'identification des risques repose sur l'analyse des indicateurs nationaux (IQSS, HN), des résultats d'indicateurs internes (désinfection des endoscopes souples, utilisation de la check-list HAS) et des résultats d'une EPP initiée en 2008 (prise en charge du risque lié à la coloscopie).

3 risques sont priorisés selon la méthodologie de la HAS. Les objectifs sont définis, les responsables d'axes nommés.

Cette stratégie, validée par le CODIR, la commission de bloc et la CME statuant en COPIL, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

La communication vers les professionnels est assurée par l'encadrement et est accessible sur l'outil électronique de gestion documentaire.

Les actions du compte qualité sont interfacées avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage du processus est assuré par le chef du bloc opératoire, également directeur des soins, et son adjointe. Les missions des pilotes sont définies dans une lettre de mission d'octobre 2016.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les modalités d'organisation de l'activité d'endoscopie sont formalisées dans la charte du bloc opératoire. L'adaptation des plages interventionnelles est validée chaque trimestre par la commission du bloc. Le comité du bloc opératoire, réunissant le chef de bloc, son adjointe et la surveillante générale responsable du secteur ambulatoire, assure l'adaptation prévisionnelle des ressources humaines et matérielles pour la semaine suivante, soumise à validation par les médecins anesthésistes.

Le roulement prévisionnel des personnels non médicaux, salariés de l'établissement, définit la présence d'un poste d'IDE en salle d'endoscopie et d'une ASH formée au lavage et à la décontamination des endoscopes. Un dispositif d'astreinte IDE est défini en réponse à un élargissement éventuel du programme. Le dispositif d'astreinte des IDE intègre du personnel formé à la spécialité.

Le plan de formation comprend des modules relatifs à l'hygiène, à l'utilisation de la check-list et à la gestion des risques. Un accompagnement spécifique des professionnels à l'utilisation des écho-endoscopes est assuré par le fournisseur du matériel. Un tableau de suivi des compétences des IDE, actualisé tous les 3 mois, est réalisé en collaboration avec les médecins. Les modalités d'intégration des nouveaux agents sont définies.

L'activité d'endoscopie se déroule dans 2 salles de bloc dédiées, situées à proximité immédiate du local d'entretien des endoscopes. Le matériel d'endoscopie se compose de 8 coloscopes, 6 fibroscopes, 4 endoscopes et 2 duodénoscopes, adaptés aux besoins identifiés. Le suivi du parc, intégrant par appareil les dates de mise en service, des contrôles microbiologiques, des maintenances préventives et curatives, est organisé.

Les différents circuits sont organisés en prenant en compte le risque infectieux (marche en avant, entretien des locaux, gestion des déchets).

Les documents nécessaires à la réalisation des activités sont accessibles aux professionnels sur la base documentaire de l'établissement. Les procédures « circuit des endoscopes », « désinfection des endoscopes », « contrôles microbiologiques des endoscopes », « stockage des endoscopes » formalisent les différentes conduites à tenir.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les règles de fonctionnement du secteur d'endoscopie sont identiques aux règles de fonctionnement du bloc opératoire dans les différents domaines : validation du programme opératoire, circuits des patients et du personnel, tenues vestimentaires, règles d'hygiène (préparation des patients, gestion des déchets, gestion des AES), interfaces avec la PUI et le service d'ambulatoire.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

L'activité prévisionnelle des activités d'endoscopie, validée chaque semaine par le comité de bloc, est portée à la connaissance des équipes soignantes ; l'occupation des postes de travail est intégrée au planning prévisionnel des IDE et ASH avec un code couleur.

L'encadrement sensibilise les professionnels à l'utilisation de la check-list et organise les actions de formation à la technique de désinfection des endoscopes, en déclinaison du plan d'actions issu du compte qualité.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des audits ponctuels des pratiques sont réalisés avec les professionnels tels que le respect des pratiques de désinfection des endoscopes souples, l'utilisation de la check-list sécurité patient, le suivi de l'EPP « prise en charge du risque lié à la coloscopie ».

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables ; ils sont associés à leur analyse et informés de leur suivi, concernant notamment l'insatisfaction des patients sur les délais d'attente.

Les actions correctives nécessaires sont mises en œuvre en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

L'affectation des IDE et des ASH répond aux besoins de l'activité en tenant compte des niveaux de compétence validés par l'encadrement et les médecins.

5 IDE, sur l'équipe de 12 IDE polyvalentes, ont validé en interne leur capacité à intervenir en salle d'endoscopie. 1 ASH référente de l'entretien / désinfection des endoscopes est suppléée par 1 autre ASH et la préparatrice en pharmacie, également formés. L'ASH référente est formée aux prélèvements bactériologiques des endoscopes en retour de maintenance et réparation.

L'intégration des nouveaux agents est assurée par formation interne, scénettes filmées et par compagnonnage.

Les locaux sont adaptés et opérationnels. L'approvisionnement en matériel d'endoscopie et en consommables est assuré. Le suivi du parc des endoscopes est assuré sur un tableau intégrant pour chaque appareil : le type, le fournisseur, les dates de mise en service, du dernier contrôle microbiologique, de la dernière maintenance préventive et de la dernière réparation. Le matériel de protection des personnels est disponible en termes de gants, tabliers, lunettes.

Les supports de traçabilité des actes et de l'entretien des endoscopes sont à la disposition des professionnels.

La documentation actualisée est accessible sur l'outil informatisé de gestion documentaire, telles que les procédures d'entretien des endoscopes et du laveur désinfecteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'ensemble du programme d'endoscopie est régulé au quotidien par le chef de bloc. Les professionnels en poste répondent aux besoins identifiés.

Le contrôle de l'identité du patient est réalisé et tracé lors des différentes étapes de sa prise en charge, du départ du service à son retour. L'intimité et la dignité du patient sont respectées lors du transport, dans le secteur interventionnel et en SSPI. La check-list sécurité du patient est mise en œuvre avec un taux de traçabilité mesuré à 94% en décembre 2017.

Le statut ATNC du patient est renseigné. La traçabilité de l'acte endoscopique et des dispositifs médicaux utilisés est intégrée en temps réel au dossier du patient. La sortie de la SSPI répond aux critères définis.

Un cahier de salle d'endoscopie est renseigné, portant l'étiquette du patient, l'identité des intervenants, et les paramètres relatifs au matériel utilisé. Un autre cahier trace le suivi des endoscopes utilisés.

Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les règles définies. Le stockage des endoscopes est réalisé dans une armoire contrôlée. Un dernier cycle de désinfection est assuré systématiquement avant chaque nouvelle plage interventionnelle.

L'entretien des locaux est assuré et tracé informatiquement, permettant le contrôle de son effectivité. Les prélèvements microbiologiques des zones de lavage des mains et de lavage des endoscopes sont réalisés conformément aux dispositions contractualisées avec un laboratoire extérieur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son plan d'actions relatif à l'audit de processus et aux audits réalisés.

Le relevé hebdomadaire de l'activité du bloc opératoire, intégrant l'activité d'endoscopie, permet d'assurer le suivi du taux de débordement par salle et par médecin réalisant des endoscopies, et le suivi du taux d'endoscopies non programmées.

Les pilotes du processus et le responsable qualité suivent les indicateurs issus de l'EPP « Prise en charge du risque lié à la coloscopie » initiée en 2008, et les indicateurs issus des audits « désinfection des endoscopes souples » (suivi depuis 2014) et « utilisation de la check-list sécurité patient au bloc opératoire » initié en 2017.

Les différents indicateurs sont colligés par le responsable qualité dans des tableaux de bord. Le suivi du plan d'action est assuré par le comité du bloc.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Un renforcement de l'utilisation de la check-list est mesuré ; la technique de désinfection des écho-endoscopes est maîtrisée par du personnel dédié et formé. Le PAQSS institutionnel est actualisé.

La communication des résultats et actions est réalisée. La présentation des tableaux de bord est assurée en commission du bloc et en CME ; les professionnels sont informés par l'encadrement et par affichage des indicateurs.