



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DES
QUATRE VILLES**

3 place de silly
92211 Saint-Cloud
AVRIL 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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	62

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

CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES-SITE DE SAINT CLOUD	
Adresse	3 place de silly 92211 Saint-Cloud
Département / région	HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	920030038	GCS IMAGERIE CH QUATRE VILLES	3 place silly 92210 ST CLOUD
GCS de moyens	920030038	GCS IMAGERIE CH QUATRE VILLES	3 place silly 92210 ST CLOUD
Entité juridique	920009909	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRES VILLES	3 place de silly 92211 Saint-Cloud
Etablissement de santé	920000619	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES-SITE DE SAINT CLOUD	3 place de silly 92211 Saint-Cloud
Etablissement de santé	920029253	LBM CH4V SITE DAILLY	35 rue dailly 92210 ST CLOUD
Etablissement de santé	920000627	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES - SITE DE SEVRES	141 grande rue 92310 Sevres
Etablissement de santé	920807401	CENTRE HOSPITALIER DES QUATRE VILLES-SITE DE SAINT CLOUD-SLD	1 rue lelegard 92210 ST CLOUD

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	20	/	3	/
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	68	6	10	/
MCO	Médecine	122	17	/	8877
SLD	SLD	85	/	/	/
SSR	SSR	51	5	/	/

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

- Accréditation laboratoire COFRAC
- Centre d'Assistance Médicale à la Procréation – Certifié selon la norme ISO 9001
- Evaluations externes des 2 EHPAD et du CSAPA, structures médico-sociales qui ne sont pas dans le champ de certification HAS
- Reconnaissance contractuelle de 4 lits dédiés soins palliatifs.

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Convention constitutive du GHT 92 Centre entre :

- Centre Hospitalier des Quatre Villes – SEVRES / SAINT CLOUD
- Centre gérontologique les Abondances – BOULOGNE BILLANCOURT
- CHD Stell – RUEIL MALMAISON
- Fondation Roguet – CLICHY
- CH Rives de Seine – COURBEVOIE / NEUILLY / PUTEAUX

GIE LAUER pour le bloc opératoire entre le CH des Quatre Villes et l'Institut Curie – Centre René Huguenin

Réanimation : Convention avec l'Hôpital Foch – SURESNES
Convention avec Hôpital Ambroise Paré – BOULOGNE BILLANCOURT
Convention avec Clinique Chirurgicale Val d'Or – SAINT CLOUD

Dépôt de sang : Convention avec l'EFS IF - IVRY sur SEINE
Convention pour les activités du dépôt de sang avec la Clinique Chirurgicale Val d'Or - SAINT-CLOUD
Convention pour les activités du dépôt de sang avec Institut Curie pour son site du HRH Saint-Cloud

Imagerie médicale : Convention constitutive du GIE GIMOP avec le Centre d'Imagerie Médicale de l'Ouest Parisien – SAINT CLOUD
Convention constitutive d'un GCS d'imagerie avec le CIMOP

Biologie médicale : Convention du laboratoire de biologie avec le Centre de gérontologie des Abondances – BOULOGNE BILLANCOURT
Convention du laboratoire de biologie avec le CHD Stell – RUEIL MALMAISON

Filière de soins gériatriques hospitalière avec :

- Hôpital Foch SURESNES,
- CHD Stell RUEIL MALMAISON,
- Clinique Rochebrune GARCHES,
- Centre gérontologique Les Abondances BOULOGNE BILLANCOURT,
- Clinique du Mont Valérien RUEIL MALMAISON,
- Clinique du Pont de Sèvres BOULOGNE BILLANCOURT

USLD : Convention tripartite pluriannuelle entre l'Etat (Agence Régionale de l'Hospitalisation), le Département des Hauts de Seine et le CH4V

Soins palliatifs : Convention dans le cadre des soins palliatifs avec la Maison médicale Notre Dame du Lac - RUEIL MALMAISON

Périnatalité : Réseau PERINAT ARS IDF : le Centre Hospitalier des Quatre Villes est membre du réseau

HAD obstétricale : Convention avec HAD Santé Service
 Pharmacie : Convention avec l'hôpital A. PARE - BOULOGNE
 BILLANCOURT

Convention de recherche avec l'APHP

Blanchisserie : BIH Saint Germain en Laye : le Centre Hospitalier des
 Quatre Villes est membre du GCS

Système d'information : GIP C-PAGE Informatique : le Centre Hospitalier
 des Quatre Villes est membre du GIP

Achats : GIP Réseau des Acheteurs Publics d'Ile de France: le Centre
 Hospitalier des Quatre Villes est membre du GIP

CAQOS entre ARS, CPAM et CH4V

De nombreuses autres conventions sont spécifiques à des filières de soins
 (addictologie, dialyse, gynécologie-obstétrique, néonatalogie, AMP, ...) ou
 à la mise à disposition de personnel ou relatives aux EHPAD (exclu du
 champ de certification HAS)

Regroupement / Fusion	Fusion du centre hospitalier de Saint-Cloud et du centre hospitalier intercommunal Jean-ROSTAND de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray intervenue le 1er janvier 2006.
Arrêt et fermeture d'activité	<p>» Regroupement de l'activité de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie sur le site de Saint-Cloud et donc arrêt de cette activité sur le site de Sèvres intervenu en mars 2015.</p> <p>» Transfert des activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation de Sèvres à Saint-Cloud en mars 2015.</p> <p>» Regroupement de l'activité d'urgence sur le site de Saint-Cloud et donc arrêt de cette activité sur le site de Sèvres en mars 2015.</p> <p>» Transfert de l'activité d'imagerie (hors échographie gynécologique et obstétricale) au G.I.E. G.I.M.O.P. en février 2016.</p> <p>» Arrêt de l'activité d'hospitalisation à domicile d'obstétrique en avril 2016.</p>
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<p>» Reconnaissance contractuelle de 4 lits dédiés soins palliatifs ouverts en octobre 2015.</p> <p>» Du fait de la dissolution du SIH DAILLY, ouverture d'un laboratoire de biologie le 28 décembre 2015, transféré, en juillet 2016, dans les locaux du CH4V sur le site de Saint-Cloud.</p>

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. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé 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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Hémodialyse - Saint-Cloud	/	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	digestif - Endoscopie - Saint-Cloud	/	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie - Ortho	Traumatismes du bassin et des membres	Urgence	Simple	MCO
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire	viscéral	Programmé	Simple	MCO
5	Femme/Bébé	Accouchement par voie basse	/	Programmé	Simple	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Femme/Bébé	Accouchement par césarienne	/	Programmé	Simple	MCO
7	Personne âgée	SSR gériatrique - SITE DE SEVRES	/	Programmé	Complexe	SSR
8	Personne âgée	SLD	/	Programmé	Complexe	SLD
9	Homme	Médecine	infection respiratoire	Urgences ext.	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

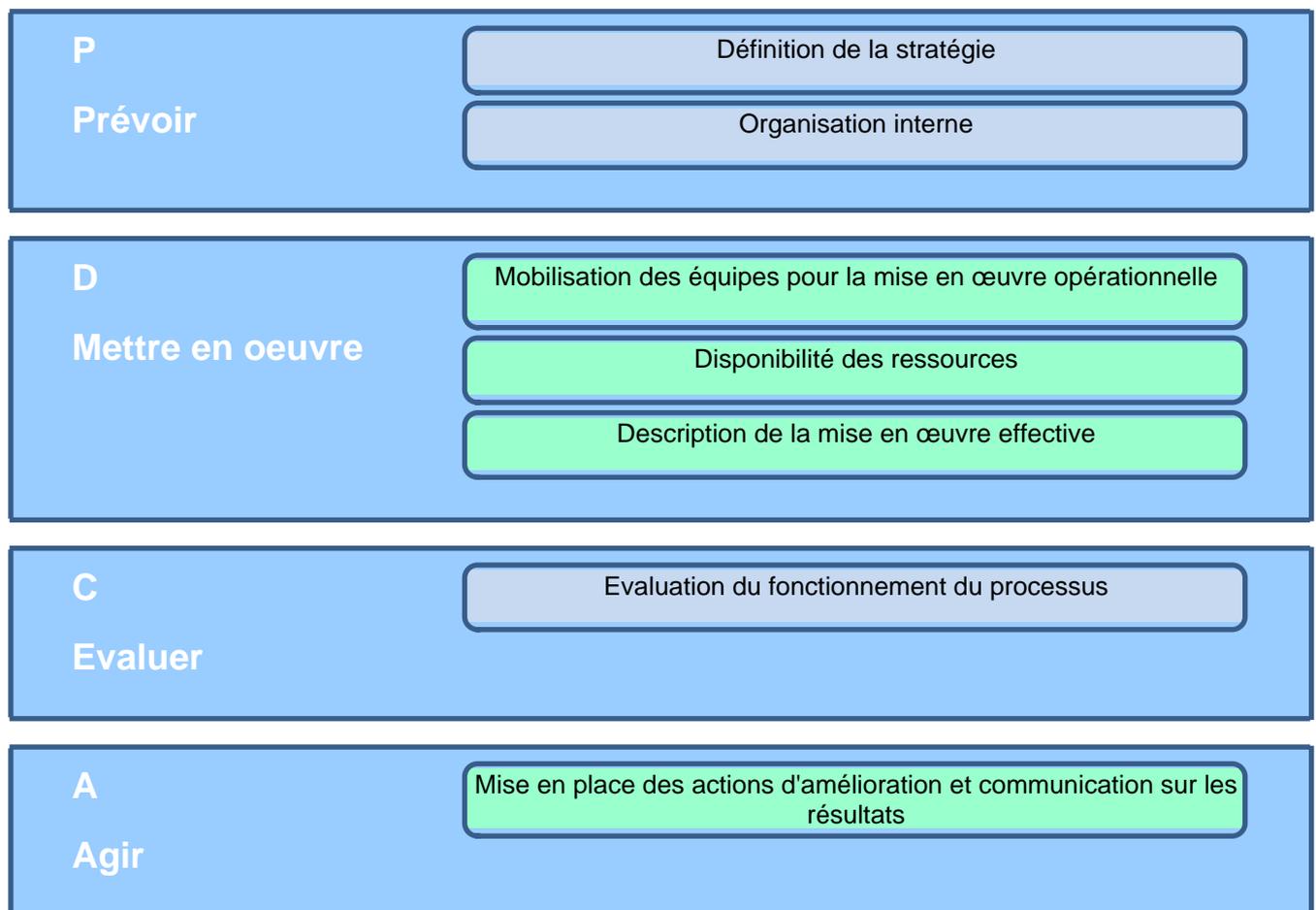
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Politique Qualité et Sécurité se décline en 4 grandes orientations qui s'intègrent aux 10 axes du projet d'établissement :

- 1 - Optimiser le parcours du patient,
- 2 - Intégrer la qualité et la prévention des risques aux activités sur le terrain
 - s'attacher à un meilleur respect des droits et souhaits des patients et usagers,
 - sécuriser la prise en charge par l'analyse continue des risques a priori et a posteriori,
 - favoriser l'évaluation des pratiques professionnelles et la dynamique d'amélioration,
- 3 - Déployer la politique Qualité Gestion des Risques à l'échelle du territoire,
- 4 - Privilégier la Qualité de Vie au travail.

Cette politique a été déterminée par la cellule qualité puis le comité de pilotage Qualité Gestion des Risques à partir des priorités régionales, départementales, du GHT, des résultats de la dernière certification, des différentes sources qualité et des risques identifiés. Elle comprend notamment un axe usagers, un axe EPP et un axe gestion des risques. Le Copil associe les représentants des usagers. Les risques par thématique ont été identifiés à partir de l'ensemble des données qualité mais également des cartographies de risques ou d'analyse de processus sur toutes les thématiques. Les principaux risques intégrés au compte qualité ont été extraits de ces analyses en fonction de leur criticité et maîtrise. La cellule qualité gestion des risques a élaboré la méthodologie et les outils nécessaires aux pilotes pour préparer la certification V2014 et notamment remplir le Compte Qualité. Le COPIL a validé les outils institutionnels. Des répertoires informatisés ont été créés pour chaque pilote. Tous les pilotes ont eu une formation. La Politique a été validée en avril 2017 par le Directoire, la CME, le CTE et le Conseil de surveillance. Elle est relayée aux professionnels par le biais des instances, des cadres et des chefs de services qui participent tous au Copil et la mise à disposition des PV. Elle est traduite dans un PAQSS institutionnel qui centralise, priorise et articule l'ensemble des plans d'actions avec des modalités de mise en œuvre (objectif(s), action(s), responsables(s), échéances, modalités de suivi). Ce PAQSS MQGDR est articulé avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la Qualité et de la Sécurité des Soins de l'établissement s'appuie sur :

1. Un comité de pilotage qualité-gestion des risques comprenant des représentants des usagers, le Directeur, les Directeurs fonctionnels également référent des pôles, le Président de la CME ou son représentant et des référents médicaux et paramédicaux des différentes activités de l'établissement,
2. Un médecin coordonnateur des risques associés aux soins,
3. Un comité des vigilances et des risques (COVIRIS),
4. Une commission EPP/DPC en charge des évaluations de pratiques professionnelles,
5. Une commission des usagers,
6. D'autres sous commissions techniques de la CME : CLUD, CLAN, ELIAS, COMEDIMS, COMAI....,
7. Une cellule qualité-gestion des risques assurant un suivi opérationnel,
8. Un service qualité gestion des risques.

Le service Qualité-Gestion des Risques est chargé de mettre en œuvre les démarches qualité, de coordonner la gestion des risques, d'accompagner les EPP et conduire la certification. Le COPIL Qualité-Gestion des Risques est une instance de proposition et de suivi. Il est le garant de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique Qualité-Gestion des risques et Sécurité des Soins. Il se réunit 2 à 4 fois par an pour faire le point sur les projets. Il met en place une évaluation par le biais d'indicateurs de performances et de résultats. La Cellule Qualité Gestion des Risques est la structure opérationnelle du dispositif. Elle prépare le COPIL Qualité-Gestion des Risques et effectue les suivis des dysfonctionnements et événements indésirables mais aussi des plans d'actions en lien avec l'ensemble des sous commissions de la CME (ELIAS, CLUD, COMEDIMS, CLAN, EPP...) et des directions fonctionnelles. Elle se réunit une fois par mois. Le médecin coordonnateur des risques associés aux soins a été nommé en juin 2015. Il a un rôle d'appui stratégique et a des missions définies dans une fiche de poste. Il contribue à la définition de la politique qualité-sécurité des soins et à l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'actions qualité-sécurité des soins. Il a des compétences spécifiques en gestion des risques. Les chefs de pôle ou Chef de service et cadres de santé sont les référents qualité de leur pôle ou service. Ils participent au COPIL et sont formés aux méthodes et outils de la qualité et de la gestion des risques. Ces référents participent à l'élaboration de la politique et du programme d'amélioration de la qualité et de prévention des risques et sont destinataires des analyses et indicateurs qualité/risques concernant leurs activités. Ils en prennent connaissance, transmettent l'information aux médecins et aux personnels de leurs activités et définissent collectivement des actions permettant de s'améliorer sur les sujets spécifiques les concernant. Ils ont également une mission pour le développement de la gestion des

risques et de l'EPP. Il existe un dispositif de gestion documentaire défini par le COPIL dans une procédure, piloté par la direction qualité gestion des risques avec une architecture par mot clés, par pôle et par thématique transversale. Un PAQSS institutionnel, réalisé par la cellule qualité est soumis aux instances et est diffusé à tous les secteurs d'activité. Il existe une stratégie d'évaluation de la satisfaction des usagers définie dans une procédure actualisée. Ces évaluations sont générales pour la plupart des secteurs mais spécifiques pour la maternité et l'AMP, la dialyse, les urgences, l'USLD et les consultations. Des analyses sont réalisées de manière globale, par service et par site. Les EPP sont suivies par Commission DPC/EPP, dont les missions et la composition sont définies et qui se réunit 4 fois par an. L'objectif de cette commission est de développer les EPP dans tous les secteurs d'activité. Il existe des formations à l'EPP et à la réalisation des RMM. Les vigilances sont regroupées dans une instance de coordination le COVIRIS qui se réunit 2 fois par an, et dont les missions sont définies. Le bilan des vigilances et de la veille sanitaire contribue à la politique d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place avec deux hémovigilants et des procédures transfusionnelles définies. L'établissement évalue les risques sur différents processus selon une méthode définie par lui-même. Les risques majeurs sont identifiés. Des actions d'atténuation et de récupération pour les activités à risques sont définies dans le compte qualité. Les professionnels concernés sont formés à l'analyse des risques a priori par la cellule qualité. La gestion des événements indésirables et des événements indésirables graves est définie dans une procédure, du signalement aux actions correctives en passant par l'analyse des causes. La déclaration interne des événements indésirables (dysfonctionnements, EI, chutes, EIG, vigilances) est réalisée via l'intranet sur le logiciel de gestion documentaire. La gestion des plaintes et des réclamations est réalisée par la Direction en lien avec les professionnels concernés. Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre. Le dispositif du Plan blanc est défini dans un document actualisé. Il précise l'organisation, les plans d'urgences, la cellule de crise et les procédures d'alerte. Cette organisation est diffusée aux professionnels. Une veille réglementaire est organisée par la direction (JO, APM news...) qui établit un plan d'actions suite aux contrôles internes et externes y compris pour les nouvelles exigences réglementaires. Des formations et sensibilisation sur la qualité et la gestion des risques sont programmées. Elles sont complétées par des sessions de sensibilisation notamment lors de la semaine sécurité patients et lors des journées d'intégration annuelles avec une présentation de la politique qualité gestion des risques de l'établissement. Les principaux documents assurant les bases de la démarche qualité sont réalisés : procédure des procédures, procédure d'évaluation de la satisfaction, procédure de gestion des événements indésirables et des événements indésirables graves, procédure de gestion des plaintes... Des documents d'organisation fixent l'organisation et le fonctionnement de diverses instances comme le COPIL Qualité, le COVIRIS, la CDU. Les ressources matérielles sont adaptées notamment en matière d'informatisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe une forte mobilisation des équipes avec des objectifs spécifiques sur certaines unités. Les différents référents existent et sont connus des équipes. Tous les professionnels rencontrés connaissent les modalités de déclaration des événements indésirables et ont pour la plupart utilisé la déclaration. De nombreuses équipes ont été formées et ont analysé un ou plusieurs événements en RMM ou CREX avec identification des causes profondes et détermination collective des actions d'amélioration. Les évaluations transversales font l'objet d'un retour et sont présentées en réunions de service. Il existe une forte implication des professionnels lors des semaines sécurité patient. Les instances institutionnelles abordent régulièrement la qualité et la sécurité des soins, à chaque réunion pour la CME et sur demande pour les autres instances. Cependant, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est peu diffusée en commission de soins. Lors des rencontres avec les pilotes de la thématique Qualité gestion des risques et des autres thématiques, il a été constaté que la commission des soins ne faisait pas partie des instances validantes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe des listes à jour affichées des différents référents thématiques sur chaque unité. Ces référents sont identifiés connus et formés.

Il existe de nombreux outils de formation et de sensibilisation ludiques à destination des équipes. Les documents nécessaires à la démarche qualité gestion des risques sont définis, actualisés, accessibles et connus des professionnels rencontrés. Les logiciels de gestion documentaire, de déclaration des événements indésirables sont disponibles dans toutes les unités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le COPIL Qualité-Gestion des Risques a fait 7 réunions sur l'année 2017 qui ont toutes fait l'objet de PV et d'une diffusion de comptes-rendus sur le logiciel de gestion documentaire. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel avec près de 528 documents réalisés ou mis à jour en 2017, avec de nombreuses améliorations. Le PAQSS fait l'objet d'une évaluation avec un taux de réalisation et un ajustement au moins annuel. L'évaluation de la satisfaction des usagers a été réalisée sur 1900 patients

en 2016. Les secteurs d'activité et les instances dont la CDU sont informés des évaluations de la satisfaction avec un bilan et des perspectives d'amélioration par la diffusion de tableaux de bord, de flash info et d'intranet. Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en œuvre des EPP avec le développement d'analyse de pertinence et l'identification d'indicateurs de pratiques cliniques. Des RMM sont organisées dans tous les secteurs de chirurgie. La liste des EPP en cours est tenue à jour. 90 EPP dont 45 depuis 2015 ont été réalisées. Un point EPP est fait 2 fois par an en COPIL. La coordination des vigilances s'est réuni 2 fois en 2017 et a fait un bilan d'activité. La maîtrise du risque transfusionnel fait l'objet d'un suivi et d'une analyse spécifique. Les règles de sécurité transfusionnelle dans les secteurs concernés sont rappelées. Des analyses de processus ont été réalisées sur toutes les thématiques de la certification. La gestion des événements indésirables et des évènements indésirables graves se développe. Une évaluation de la démarche est effectuée annuellement au moment du bilan notamment sur l'évolution du nombre et des analyses réalisées. Ce bilan est diffusé aux instances notamment en CHSCT, il est également diffusé dans un flash info avec les fiches de paye. L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations fait état de 59 plaintes en 2016 ventilées par typologie. Le dispositif du plan blanc est opérationnel et a fait l'objet d'une simulation aux urgences en 2017. Les vigilants (pharmacovigilant, matériovigilant, hémovigilant ...) et les modes de déclaration sont également connus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation structuré du processus MQGDR. Ce dispositif est suivi par la direction qualité. Il permet notamment de suivre les éléments liés aux patients et usagers (enquête de satisfaction, réclamations plaintes,) les indicateurs liés aux IPAQSS, les indicateurs liés aux évènements indésirables, aux erreurs médicamenteuses, aux CREX, au risque infectieux, aux vigilances, aux EPP, à la gestion documentaire,... Ces indicateurs sont rassemblés dans des tableaux de bord annuels et présentés au Copil qualité pour analyse. Ils sont également présentés aux instances. Ils sont déclinés par pôles et adressés aux cadres et chefs de service pour affichage et analyse. Des actions sont définies suite aux résultats des évaluations réalisées.

A / AGIR

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

Les actions sont intégrées au PAQSS.

La communication de la démarche est réalisée selon différents modes afin d'essayer de toucher le plus grand nombre de professionnels :

- Diffusion des comptes rendus des instances et groupes et des présentations réalisées par mail puis mise à disposition des personnels via le logiciel de gestion documentaire en ligne;
- Journal interne "Nouvel Hop" reprenant des thématiques Qualité (4 par an);
- Flash-info Qualité Gestion des Risques diffusé avec la feuille de paye périodiquement;
- Animation d'ateliers lors de la semaine sécurité patient;
- Interventions lors de réunions de service, staffs, transmissions, réunions institutionnelles, réunions de concertation.

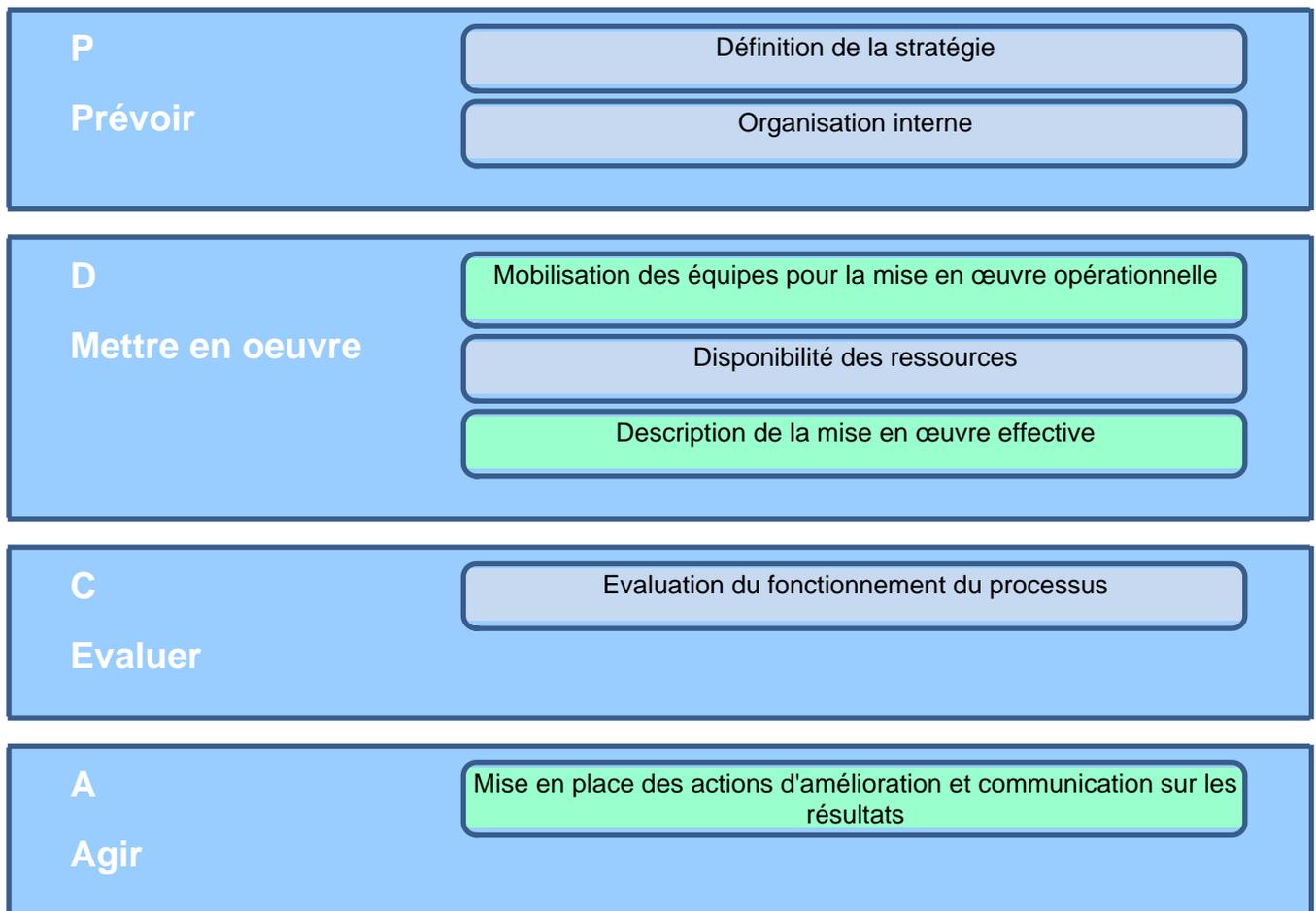
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

L'objectif général de la politique de gestion du risque infectieux est d'assurer et d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients, en réduisant les risques de survenue d'événements indésirables associés aux soins, en lien avec les objectifs du Programme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS). La politique de l'ELIAS s'articule autour des trois axes présentés dans le PROPIAS, son fil conducteur étant le parcours de santé du patient à travers les trois secteurs de l'offre de soins (hôpital, EMS, ville). Ses priorités et ses objectifs opérationnels, fixés en fonction des risques identifiés spécifiques au CH4V, doivent permettre de réduire les risques de survenue d'événements indésirables associés aux soins. Les axes sont au nombre de 3 :

- Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents ;
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins ;
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.

Ces trois axes sont déclinés, à travers un programme annuel de prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) en plusieurs thèmes ou objectifs, pour lesquels sont définies les actions à mettre en œuvre. Cette Politique de prévention du risque infectieux a été validée par la CME, et le président du Directoire en juin 2015 et par l'Elias en mars 2016. Elle est complétée par une politique du bio nettoyage validée par la direction des soins et par l'Elias en juin 2017. Les données exploitées pour définir cette politique sont le PROPIAS, le rapport d'activité, le suivi du programme annuel, les indicateurs nationaux, le bilan des EI et les analyses de processus sur les risques associés aux actes de soins, les risques associés à l'usage des ATB, les risques associés à l'environnement. Le bilan réalisé a permis de déterminer des risques qui ont été hiérarchisés selon la grille de criticité HAS par les pilotes du processus, validés par les instances (CME et CHSCT) et présentés en Elias. 9 risques principaux ont été identifiés dans le compte qualité avec des actions prioritaires sur ces principaux risques. Le pilotage institutionnel est réalisé par le président de l'ELIAS, l'infectio-vigilant, le cadre IDE hygiène hospitalière en lien avec la COMAI, le référent antibiotique et le Coordonnateur Gestion des Risques associé aux soins. La politique du Risque infectieux (RI) a été validée par la CME, et le président du Directoire en juin 2015 et par l'Elias en mars 2016. Elle est communiquée aux professionnels par les correspondants en hygiène. Un programme d'actions lié au RI priorise et articule l'ensemble des actions avec les modalités de mise en œuvre du programme. Ce programme est articulé avec le programme Global QGDR. Le compte qualité du RI est intégré au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est établie pour mettre en œuvre le programme. Des référents hygiène sont désignés dans chaque service. Leur rôle est défini dans une fiche de missions disponible. La liste des correspondants est actualisée tous les ans. La lutte contre les infections associées aux soins est placée sous la responsabilité du Président de la CME. La CME délègue cette mission à deux structures opérationnelles :

- L'Equipe de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (ELIAS)
- L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)

Les correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux et les cadres de santé sont les relais de l'EOH dans chaque service. Cette organisation est formalisée dans un règlement intérieur avec un organigramme fixant l'organisation et les missions et des fiches de poste. Une réunion trimestrielle fait état du travail de l'EOH. Le Bon Usage des Antibiotiques et la maîtrise des BMR sont placés sous la responsabilité de la COMAI dont les missions et l'organisation sont définies dans un document validé par la COMAI en mai 2015. Le référent en antibiothérapie a une fiche de poste validée en février 2016 par la COMEDIMS et la COMAI. Le bio nettoyage est placé sous la responsabilité du cadre hygiéniste pour les services de soins et la Directrice des achats, de la logistique et du patrimoine pour les locaux entretenus par un prestataire. Il est mis en œuvre, au niveau des services de soins, sous le contrôle des cadres hôteliers ou des cadres de santé, par les personnels ASH et/ou aides-soignants, formés et en application des protocoles existants. Des fiches de poste détaillent les missions des ASH, AS/AP et sont disponibles sur Kaliweb. La prestation du prestataire est encadrée par un cahier des charges établi sous la responsabilité de la Direction des Achats en lien avec la Cadre hygiéniste. Au regard des objectifs fixés dans la stratégie, les moyens humains dédiés à la lutte contre les infections associées aux soins sont l'EOH et les correspondants en hygiène. Un PH hygiéniste est en cours de recrutement. Pour le Bon Usage des Antibiotiques et la maîtrise des BMR, le conseil en antibiothérapie est organisé avec un accès téléphonique au référent en antibiothérapie en heures ouvrables et un accès à l'astreinte francilienne infectiologie 24h/24h 7J/7J. Tous les internes et nouveaux médecins sont sensibilisés aux BMR et à la juste prescription des ATB. Pour le bio nettoyage les ASH sont formés sur 1 journée avec un volet

théorique et un volet pratique. Pour les intérimaires des "fiches reco" synthétiques ont été élaborées et diffusées dans les secteurs de soins. Il existe un plan de formation annuel des professionnels à l'hygiène des locaux, à la prévention du risque infectieux et au bon usage des ATB. Les besoins en locaux, matériels et équipements sont organisés avec la mise en place de SHA dans les chambres, l'achat d'équipements individuels de protection, l'existence d'une liste d'antibiotiques ciblés impliquant une dispensation nominative, l'informatisation de la prescription des antibiotiques, des travaux sur le local terminal DASRI sur le site de Saint Cloud, les changements de filtres et pommeaux sur les circuits d'eau, la définition de chariots de nettoyage... Les règles et procédures sont définies, formalisées, validées et actualisées dans un dispositif structuré de gestion documentaire. 98 documents ont été revus ou rédigés en 2016 et près d'une centaine en 2017. Il existe un livret hygiène à destination des nouveaux arrivants. Les besoins en système d'information sont identifiés avec un logiciel dédié pour les résultats de laboratoire, un autre pour les prescriptions d'ATB, un logiciel de gestion documentaire pour les procédures et protocoles et le papier pour la traçabilité du bio nettoyage. Un outil réalisé par le réseau lorrain d'antibiothérapie est également utilisé pour une surveillance trimestrielle des BMR et la consommation en ATB. Un calendrier à l'usage des chefs de services, cadres directeurs et correspondants donne le fil conducteur de la démarche hygiène annuelle. Il existe une interface opérationnelle entre l'EOH, le laboratoire, les services, la pharmacie et la qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels déclarent des incidents liés à la RI. Certains EI ont fait l'objet de RMM et les professionnels ont été associés à l'identification et au choix des actions correctives. Il existe un retour au niveau des unités sur les audits, la consommation des SHA, les infections du site opératoire, le suivi des BMR et la consommation des ATB. Cependant, le dispositif d'alerte de la réévaluation des antibiotiques entre la 48^{ième} et 72^{ième} heure n'est pas explicite et connu de tous les professionnels. Lors des visites dans les unités, la majorité des cliniciens rencontrés ne connaissait pas le dispositif d'alerte.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe des correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène formés sur l'ensemble des secteurs. Sur l'année 2017 il y a eu des formations pour les nouveaux internes concernant l'antibiothérapie, les correspondants hygiène, les précautions standards et complémentaires et le bio nettoyage (335 sur le bilan de formation). Des ateliers hygiène dans la cadre de la semaine sécurité ont également été réalisés. L'hygiène est une des thématiques de la journée d'accueil. Les nouveaux arrivants sont principalement formés par compagnonnage. Les protocoles et procédures liés au RI (protocoles, guide de bon usage des antibiotiques), sont actualisés. Ils sont connus des professionnels et accessibles. Les locaux, les équipements et matériels sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Les outils informatiques sont disponibles. Pour les locaux, la maintenance préventive des réseaux d'eau est réalisée et tracée. Il existe également une traçabilité systématique pour l'entretien. L'évaluation par l'encadrement a été réalisée sur une seule des unités rencontrées. Les circuits établis concernant le linge, les déchets sont respectés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Concernant la lutte contre les infections associées aux soins l'organisation, les procédures établies sont mises en œuvre (hygiène des mains, précautions standards, évaluation des pratiques, prévention des infections associées aux gestes invasifs, prévention des ISO si concernés...) et sont évaluées par l'unité d'hygiène. Une forte sensibilisation à la vaccination est réalisée en dépit du faible taux de vaccination. Le suivi des BMR est réalisé par secteur d'activité avec une information rapide entre le laboratoire, le secteur d'activités et l'EOH. Le Bon Usage des Antibiotiques et la maîtrise des BMR sont également suivis notamment par le biais du dispositif de surveillance régional. Les professionnels connaissent les modalités d'accès à un conseil en antibiothérapie. Cependant, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ième} heure et la 72^{ième} heure n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. Lors des visites dans les unités, la traçabilité de la réévaluation n'a pas été retrouvée dans tous les dossiers, ce que confirme l'EPP sur la réévaluation de l'antibiothérapie. Bien que non exhaustive, elle est d'environ 73% et des actions sont menées pour faire évoluer le dossier informatisé et sensibiliser les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe de nombreuses évaluations centralisées par l'EOH, rassemblées dans le rapport d'activité et dans un tableau général de suivi des plans d'actions incluant les indicateurs nationaux et locaux. Ces tableaux sont suivis à chaque réunion de l'ELIAS. Elles concernent l'ensemble des sujets de la thématique.

- Maîtrise du risque infectieux : hygiène des mains / port de bijoux, évaluation sur le port des gants, audit sur la préparation patient, habillage, présence de vernis, bijoux, piercings, prothèses dentaires non retirées, audit précautions complémentaires, évaluation de la gestion des excréta : enquête sur les équipements destinés à l'élimination des excréta.

- Bon usage des antibiotiques : suivi de la consommation des ATB dans le secteur, des BMR, EPP antibioprophylaxie, confrontation des données de la surveillance de la consommation à celles de la résistance aux antibiotiques

- Environnement : surveillance microbiologique du réseau d'eau chaude, évaluation régulière de l'application des procédures et protocoles de bio nettoyage des locaux, gestion du linge et des déchets.

En 2017, 33 EI liés au risque infectieux ont été signalés et 5 ont été analysés.
10 EPP sont en lien avec le risque infectieux.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux résultats des évaluations.

A / AGIR

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

Ces actions concernent l'ensemble de la thématique, la lutte contre les infections associées aux soins, le Bon Usage des Antibiotiques, la maîtrise des BMR et le bio nettoyage. La communication aux professionnels se fait par le biais des référents hygiène, des staffs, les compte rendus de l'ELIAS et de la COMAI, la CME, la Commission de soins, les affichages et le journal interne. Un tableau annuel par pôle incluant le risque infectieux est également réalisé par la direction qualité et adressé à chaque unité pour communication.

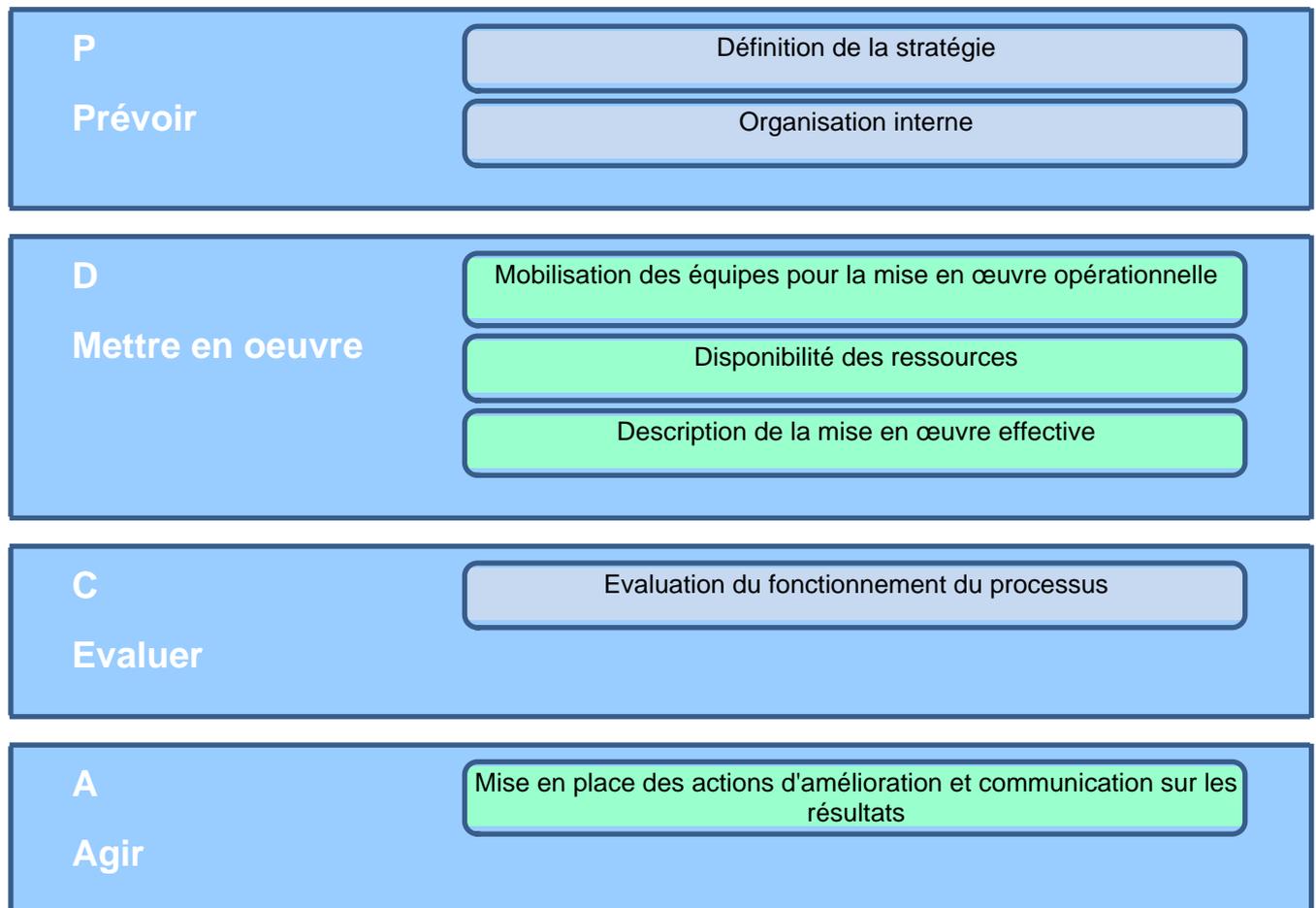
DROITS DES PATIENTS

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 "droits des patients" menée par le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V) s'appuie sur son Projet d'établissement 2017 - 2021 et ses composantes, validés dans l'ensemble des instances :

- projet de soins : "parcours de prise en charge et droits du patient";
- projet de management : axe 1 "mieux associer les acteurs aux décisions qui les concernent / favoriser l'implication des représentants des usagers" et axe 5 "promouvoir une démarche éthique";
- projet hôtelier : "former le personnel au contact du public / accorder plus de place aux accompagnants / répondre aux besoins spécifiques de certains patients";
- projet qualité - sécurité des soins : "optimiser le parcours patient / s'attacher à un meilleur respect des droits et souhaits des patients et usagers (promouvoir l'humanité et le respect dans les soins ; mieux accompagner la fin de vie ; mise en œuvre des recommandations sur la douleur et la nutrition)".

Pour définir cette politique, le CH4V a pris en compte diverses données : les recommandations de la V2010, les indicateurs IPAQSS (traçabilité personne à prévenir et personne de confiance et en SSR participation ou accord du patient à son projet thérapeutique), audit de fin de vie en USLD, enquêtes de satisfaction des patients (globale, urgences, USLD), suivi des plaintes et des réclamations, suivi des EI, nombre de demandes d'accès aux dossiers médicaux et analyse du taux de conformité des délais d'envoi des dossiers. En outre, diverses EPP ont été réalisées : évaluation a posteriori des risques de chute ; évaluation de la connaissance de la personne de confiance ; prise en charge et droit des patients en fin de vie et prise en charge de la fin de vie. Enfin, un audit du processus "droit des patients" a été réalisé, avec une cartographie des risques.

Au vu des données recueillies et de leurs analyses, le CH4V a identifié et hiérarchisé cinq risques prioritaires dans son Compte Qualité :

- manque d'information du patient ou de prise en compte de ses souhaits par défaut d'interlocuteur;
- manque de sensibilisation des professionnels au risque de maltraitance induit par les soins ou les organisations;
- non respect du délai légal de 8 jours pour l'envoi d'un dossier de moins de 5 ans lors d'une demande de son dossier par le patient;
- manque de lisibilité des indicateurs droits des patients pour les membres de la CDU;
- manque de sensibilisation des professionnels sur l'annonce d'un dommage.

Au regard de ces risques prioritaires, un plan d'actions d'amélioration a été défini au sein du Compte Qualité avec 5 objectifs :

- améliorer la traçabilité de la désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance;
- prévenir la maltraitance induite par les soins;
- améliorer le délai d'envoi des dossiers médicaux de moins de 5 ans;
- faciliter la lisibilité des indicateurs droit des patients pour les membres de la CDU;
- sensibiliser les professionnels à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

Ces objectifs ont été reportés dans le PAQSS institutionnel. Chaque objectif est décliné avec les actions à réaliser, le pilote, l'échéancier de réalisation, les pôles concernés, la direction opérationnelle, la modalité de suivi (indicateurs, résultats,...) et l'état d'avancement.

Le CH4V a communiqué en interne sur cette politique "Droit des patients" au travers de la GED, de mails à l'encadrement, de réunions cadre, de l'affichage, du journal interne et au travers d'une synthèse du projet d'établissement,...

ORGANISATION INTERNE

Le directeur du CH4V pilote le processus « droits des patients » avec comme copilote un représentant des usagers. Ce pilotage est réalisé en lien étroit avec la Commission des usagers (CDU) et les autres instances.

La CDU est en place et composée du directeur qui la préside, de 3 représentants des usagers, de médiateurs médical et non médical, d'un représentant de la CME, d'un membre de la direction des soins, de la responsable qualité et des directeurs adjoints en charge de la clientèle et du pôle personne âgée. Une information est organisée à l'adresse des usagers aux fins de saisir la CDU (livret d'accueil, site internet du CH4V, affichage dans les services avec noms et coordonnées des membres).

Une CDU - GHT des Hauts de Seine a été installée le 27 avril 2017 et le directeur du CH4V la préside.

Pour la fin de vie, un groupe de travail pluridisciplinaire et de l'ensemble des sites et des spécialités médicales a été établi et est piloté par le chef de service de médecine aiguë gériatrique (site de Sèvres), praticien gériatre. Ce groupe a formalisé une fiche de limitation des soins invasifs permettant dans une vision check liste de prendre en compte les volets psycho-sociaux, soignant et médical. Il existe aussi une fiche de suivi de l'accompagnement du résident en fin de vie et de ses proches utilisée en USLD. Elle sert de support à la réflexion en équipe permettant d'étudier un projet spécifique de fin de vie en lien avec le résident, sa famille ou ses aidants.

Le CH4V possède 4 lits dédiés soins palliatifs au sein du service de médecine aiguë gériatrique sur le site

de Sèvres. Si besoin, les professionnels des services peuvent faire appel à deux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) d'établissements privés (Notre Dame du Lac à Rueil-Malmaison et Maison Médicale Jeanne Garnier dans le XVIème). En 2018, sera mise en œuvre une EMSP du GHT des Hauts de Seine.

En médecine aigüe gériatrique, lorsqu'un patient nécessite une prise en charge en soins palliatifs, il est "symboliquement" changer de chambre. En effet, les règles pour la famille changent : visite possible à toute heure et possibilité de coucher dans la même chambre. Il existe aussi un salon des familles pour qu'elles puissent s'isoler et se reposer.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et gérée au niveau du secrétariat de Direction. Une procédure de gestion des plaintes et réclamations définit les modalités de recueil et de gestion des plaintes et requêtes des usagers du CH4V y compris des résidents en USLD et de l'accueil de jour. Sous 2 jours, un courrier d'attente est envoyé au plaignant avec, en lien avec la CDU, la proposition de faire intervenir un médiateur. En parallèle, une demande d'explication est adressée aux services concernés, cliniques, médico-techniques ou directions. Un bilan quantitatif et qualitatif de ces plaintes et une analyse sont organisés en CDU.

La communication du dossier médical aux usagers est organisée. Les usagers peuvent faire une demande écrite adressée directement à la direction. Le secrétariat de direction transmet cette demande au service concerné pour obtenir les documents demandés. Une fois, ces derniers récupérés, le secrétariat de direction envoie les copies au demandeur sous condition de paiement.

Des bénévoles de l'association VMEH et de l'aumônerie interviennent sur les sites du CH4V. Une organisation permet de recevoir le représentant du culte du choix du patient. Une affiche pour chaque site (Saint-Cloud ; Sèvres) précise les coordonnées des représentants des cultes et rappelle le principe de laïcité à l'hôpital. Les rites funéraires prennent aussi en compte les souhaits des patients. , L'association JALMAV intervient sur le site de Sèvres. En maternité, l'association "Jumeaux et plus" intervient et anime des réunions régulières d'information aux parents sur la spécificité d'une grossesse gémellaire. Des ostéopathes bénévoles interviennent trois fois par semaine en maternité et en néonatalogie.

Une organisation est en place pour recueillir l'information relative à la personne de confiance, la personne à prévenir et les directives anticipées.

La personne à prévenir est renseignée lors de la pré admission ou de l'admission au bureau des entrées. Une procédure "Désignation de la personne de confiance" précise qu'il est obligatoire de demander à toute personne hospitalisée si elle souhaite désigner une personne de confiance. Ce recueil est réalisé soit par le médecin, la sage-femme, la cadre de santé ou l'infirmière sur une fiche de désignation institutionnelle.

Le recueil des directives anticipées se fait sur une fiche ad hoc pour toute personne majeure désirant faire connaître ses désirs quant aux questions relatives à sa fin de vie, à l'arrêt ou à la limitation de ses traitements. Une copie de cette fiche renseignée, datée et signée est classée dans le dossier médical papier du patient à l'onglet "éthique et consentement", l'original étant remis au patient.

Dans le DPI, il est possible de tracer que le patient a rédigé des directives ou à l'inverse ne l'a pas souhaité ou a été dans l'incapacité de le faire et qu'il a désigné une personne de confiance.

En USLD est tracé le consentement du résident à intégrer la structure.

Le recueil du bénéfice - risque est organisé et tracé dans le DPI ainsi que le recueil du consentement éclairé du patient. De même, une fiche papier est prévue pour tracer le recueil du consentement éclairé à la transfusion sanguine. Ce document est archivé au sein du dossier patient unique.

L'information du patient sur son état de santé et sa prise en charge est organisée au sein des services et de la direction du CH4V. Une procédure "annonce d'un dommage associé aux soins : recommandations" réactualisée en décembre 2017 décrit la méthodologie d'annonce au patient d'un événement indésirable grave survenu au cours de sa prise en charge. Les acteurs principaux de cette annonce sont le chef de service et le cadre de santé. L'annonce et les éventuels rendez-vous de suivi doivent être tracés dans le DPI.

Une procédure "signalement et traitement des suspicions et situations de maltraitance par un tiers extérieur à l'établissement" décrit la conduite à tenir dans ces situations. De même, il existe une procédure de signalement en cas de maltraitance sur enfant. Une affiche relative à la bientraitance est positionnée dans chaque service. Les personnels peuvent signaler une maltraitance au travers d'une déclaration d'évènement indésirable. Un travail sur l'humanité est en cours en USLD avec la formation de nombreux personnels à cette pratique. Une mini plaquette distribuée aux personnels reprend les actes essentiels de cette Humanitude.

Un groupe de travail "EPP chutes" est constitué au sein du CH4V. Il se réunit régulièrement pour analyser les déclarations de chute et envisager les mesures d'amélioration.

Dans ce cadre, la restriction des libertés de mouvement d'un patient pour optimiser sa sécurité (risque de chute ou comportement mal adapté ou dangereux) est organisée. Un référentiel de pratique précise la nécessité d'une prescription médicale, horodatée, signée et réévaluée à chaque visite. Une surveillance est programmée et le consentement du patient et/ou de sa famille doit être recherché. Le matériel de contention doit être adapté aux besoins du patient.

Depuis des années, le plan de formation du CH4V comprend de nombreuses formations en lien avec le processus "droits des patients" : éthique ; fin de vie ; humanité en USLD ; assistant en soins en gériatrie, prise en compte de la douleur et des demi-journées sur divers thèmes en lien avec la douleur, soins palliatifs dont des DU,...Les formations en soins palliatifs s'adressent aussi aux médecins : Loi Léonetti/fin de vie ; sédation, anxiolyse ; arrêt nutrition, hydratation et oxygène.

Le CH4V offre de nombreuses chambres individuelles (sur le site de Saint Cloud 84%, USLD Saint Cloud-

Lélegard 99%, sur le site de Sèvres 55%), ce qui facilite le respect de la dignité, de l'intimité des patients et la confidentialité. Dans les chambres à deux lits, il existe un paravent de séparation et les personnels adaptent leurs pratiques, notamment lors des soins d'hygiène. Sur Sèvres, les personnels ont la possibilité de baisser un rideau occultant électrique pour réduire la vision des vis à vis extérieurs. Lors d'annonce ou d'information particulière, les patients, familles ou aidants sont reçus dans le bureau médical ou de l'encadrement. En médecine aigüe gériatrique, sur le site de Sèvres, une salle des familles permet un entretien respectant la confidentialité. En néonatalogie, une salle famille est mise à disposition des parents. En maternité, en salle nature un paravent est prévu pour respecter la dignité de la parturiente.

Les professionnels disposent d'une GED accessible et ergonomique comportant de nombreux documents en lien avec les droits des patients.

A l'adresse des usagers, le CH4V a structuré de nombreux axes de communication :

- affichages : bientraitance ; charte de la personne hospitalisée ; charte de l'enfant hospitalisé ; référents du culte et laïcité ; prévention des chutes...

- livret d'accueil : informations pratiques sur les droits et devoirs des usagers, sur la lutte contre la douleur, sur les directives anticipées, la personne de confiance, la personne à prévenir, sur la possibilité de faire une réclamation et d'obtenir ses documents médicaux. Le livret d'accueil comprend aussi la charte de la personne hospitalisée ; il existe des livrets d'accueil spécifiques pour la maternité, la dialyse, la médecine aigüe gériatrique, le SSR et l'hôpital de jour du SSR.

- plaquettes : les droits des patients - les notions clés ; droit de la personne âgée soignée en USLD,...

- site internet du CH4V reprenant des données en lien avec la thématique.

Le CH4V a créé au décours du second semestre 2017 un groupe de réflexion éthique pluridisciplinaire ouvert à des personnes extérieures pour notamment aider les professionnels dans leur conduite diagnostique ou thérapeutique, et, sensibiliser et former à l'éthique les professionnels de santé. Quatre thèmes ont été retenus pour 2018 : la laïcité, l'autonomie (information, consentement), la confidentialité, l'annonce du diagnostic (déli, refus de soins). Les réunions du groupe de réflexion éthique sont animées par un philosophe.

En USLD, le projet de soins personnalisé appelé "Plan guide" est rédigé et formalisé dans le mois qui suit l'admission du résident, de manière pluridisciplinaire (médecins, cadre, IDE, AS, psychologue, assistante sociale). Celui-ci est discuté et validé en lien avec le résident, la famille ou les aidants. En SSR, de même, le projet de soins personnalisé est rédigé et formalisé de manière collégiale et en y associant le patient et la famille.

Au sein du pôle femme-enfants, en maternité, une procédure "accouchement sous le secret" permet de respecter le choix de la parturiente et d'assurer la prise en charge de l'enfant. Une salle nature apporte à la future maman un choix supplémentaire dans sa manière d'accoucher. Une organisation est en place pour que les papas puissent être le plus présents auprès de la maman et du bébé. En SSPI, après une césarienne, les papas sont accueillis et peuvent pratiquer le "peau à peau" avec bébé. Une infirmière de SSPI a même été formée à l'allaitement. Les papas peuvent rester coucher avec la maman au sein de la maternité.

Au sein de l'hôpital, une conciergerie est en place et peut apporter des services particuliers en réponse à la demande d'un patient hospitalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En déclinaison de la démarche institutionnelle, les professionnels des différentes unités de soins sont mobilisés au sein de nombreux groupes de travail ou d'instances en lien avec la thématique "droits des patients" : groupe fin de vie ; éthique ; EPP chutes ; CLUD, Dans chaque service des référents soignants (douleurs, chute, ...) sont désignés avec des fiches de mission pour faire le lien avec les équipes et les groupes de réflexion. Les cadres des unités de soins mobilisent les équipes au respect des bonnes pratiques lors des actes de soins, notamment dans les chambres à deux lits. Lors des réunions de cadres et des réunions d'équipe, la question du respect des droits des patients peut être évoquée, ainsi que lors des staffs cliniques, notamment pour les situations de fin de vie. Les résultats d'enquêtes de satisfaction et des audits réalisés sont affichés dans les unités de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour mettre en œuvre sa politique de promotion des droits des patients, le CH4V dispose de diverses compétences.

Pour la prise en charge de la douleur, il existe un CLUD qui se réunit régulièrement et des référents douleurs dans chaque service de soins.

Pour la prise en charge des soins palliatifs, le CH4V dispose de 4 lits dédiés de soins palliatifs sur le site de Sèvres. En outre, deux équipes mobiles de soins palliatifs (de structures privées) peuvent intervenir à la demande des services. Si besoin, le patient peut être transféré vers une unité de soins palliatifs sur Puteaux.

Un groupe éthique vient d'être créé et est piloté par un philosophe.

Pour communiquer au mieux avec certains patients que ce soit pour des langues étrangères ou pour la

langue des signes, le CH4V dispose d'une liste de personnels ressources en interne. Le CH4V peut aussi faire appel à une société extérieure d'interprètes. Sur le site internet, le livret d'accueil est traduit en plusieurs langues étrangères.

Le CH4V garantit aux usagers la libre pratique de leur culte dans le respect du bon fonctionnement des services et de la laïcité. Ces derniers peuvent faire appel au représentant des cultes de leur choix. Cette information est donnée aux usagers grâce au site internet du GH, au livret d'accueil et à l'affichage.

Le CH4V possède de nombreuses chambres individuelles permettant le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Dans les chambres à deux lits, des écrans d'intimité sont installés pour améliorer la confidentialité et l'intimité des patients. Il y a possibilité de mettre en œuvre des volets occultant si besoin. Les patients et les familles peuvent être accueillis dans des locaux permettant le respect de la confidentialité notamment lors d'annonce particulière.

Le plan de formation du CH4V prend en compte la dimension "droits des patients" :

- information sur les droits des patients en fin de vie
- accompagnement des patients en fin de vie et de leurs proches - soins palliatifs
- démarche palliative en médecine périnatale
- DU accompagnement des personnes en fin de vie
- annonce des dommages liés aux soins
- initiation à la réflexion éthique
- la douleur de l'enfant - quelles réponses?
- douleurs provoquées par les soins
- humanitude
- le psychologue face aux situations ou aux suspicions de maltraitance.

Les personnels ont divers documents à leur disposition particulièrement dans la gestion documentaire dématérialisée institutionnelle : procédure collégiale pour la prise en charge des personnes en fin de vie ; procédure d'utilisation de la fiche de limitation des soins invasifs ; fiche de limitation des soins invasifs ; contention physique d'un patient ; protocole d'utilisation des barrières de lit,A ces documents s'ajoutent diverses vidéos : pour exemples "A quoi sert une personne de confiance?" ; "Qu'appelle-t-on "obstination déraisonnable"?" ; "Qu'est ce qu'une procédure collégiale et à quoi ça sert ?".

Sur chaque site du CH4V, les services ont la possibilité d'avoir recours à des assistantes sociales si le patient le nécessite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités de désignation de la personne de confiance sont mises en œuvre et connues des personnels. A l'entrée dans le service de soins, le médecin ou un soignant informent le patient sur la possibilité de désigner une personne de confiance. La traçabilité de cette information est réalisée dans le dossier patient papier et informatisé, même si le patient ne souhaite pas désigner une personne. Le formulaire est classé dans le dossier du patient papier.

Le patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées, recueillies par un médecin ou une infirmière sur une fiche institutionnelle. Tant la désignation d'une personne de confiance que l'existence de directives anticipées sont tracées dans le DPI. L'information aux patients est réalisée au travers d'un affichage, du livret d'accueil et du site intranet du CH4V.

La prise en charge de la douleur est réelle de sa mesure, à son traitement en passant par sa réévaluation et sa traçabilité.

La restriction des libertés est organisée. La contention est basée sur une prescription médicale et réévaluée régulièrement. Le matériel de contention est adaptée et la traçabilité effective. Les chutes sont suivies et peuvent faire l'objet d'une RMM.

La CDU du CH4V est en place. Elle s'est réunie 4 fois en 2016 et 5 en 2017. Elle étudie les plaintes et réclamations, les demandes de dossiers médicaux, la satisfaction des patients au travers de l'enquête e-Satis et des questionnaires de satisfaction, les EI, les erreurs médicamenteuses, le nombre de chutes et d'autres éléments qualité/gestion des risques. Tout cela est repris dans un "tableau de bord qualité-gestion des risques" fournis aux membres de la CDU. La CDU propose des recommandations en lien avec l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients. Un rapport annuel tant quantitatif que qualitatif est réalisé et présenté en instances. Les représentants des usagers ont accès aux lettres de plaintes.

L'existence de la CDU, ses missions, sa composition et les moyens pour la contacter sont portés à la connaissance des usagers par l'affichage, le livret d'accueil et le site internet du CH4V.

La communication des dossiers patients aux usagers qui en font la demande est mise en œuvre et tracée dans un registre au niveau du secrétariat de la direction. Un bilan quantitatif établissement et par pôle est réalisé.

Le circuit de traitement des plaintes et réclamations (82 en 2017) est effectif. En première intention, par courrier, il est proposé au patient de rencontrer un médiateur. En tout état de cause, une réponse est apportée par le service concernée et transmise au plaignant. Un bilan quantitatif établissement et par pôle est réalisé. Une analyse est aussi menée par nature des plaintes.

L'ensemble des dossiers liés à une plainte et/ou une réclamation sont étudiés en CDU, lors des réunions régulières.

La prise en charge de la fin de vie est effective. La démarche est collégiale basée sur un document, type check list, permettant de prendre en compte l'ensemble des volets de la prise en charge des personnes en fin de vie. La prise en charge en soins palliatifs est graduée au CH4V. Certains personnels ont des

compétences en soins palliatifs. Le CH4V compte 4 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) en médecine aiguë gériatrique. Les services peuvent faire appel ensuite à deux équipes mobiles de soins palliatif (EMSP) de structures privées. Enfin, si besoin, il est possible de transférer le patient vers une unité extérieure de soins palliatifs publique à Puteaux.

La formation relative à cette thématique depuis 2014 est importante : pour exemple en 2017 formation à la bientraitance 71 agents, aux droits des patients - consentement - éthique 100 agents dont 51 AS, à l'accueil - l'adaptation au handicap 30 agents, prise en charge de la douleur 47 agents.

Les patients traceurs réalisés par les experts visiteurs ont montré la réalité des échanges entre les patients et les équipes soignantes tracés dans les dossiers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH4V évalue régulièrement le processus "droits des patients" au travers de divers indicateurs : taux de retour des questionnaires de satisfaction, nombre de réclamations et plaintes, nombre de demandes de dossiers médicaux, nombre de chutes, analyse des déclarations des chutes...

Il réalise chaque année divers audits et études de pratiques : pour exemple

- audit clinique "prise en charge et droits des patients en fin de vie" le 21 décembre 2017 réalisé en USLD avec 5 items (traçabilité de l'évaluation de la douleur, des soins de bouche, de la personne de confiance dans le dossier médical, présence de la fiche de suivi de l'accompagnement de fin de vie et fiche renseignée ou pas en équipe pluridisciplinaire);

- audit dossiers patients USLD 2 décembre 2017 avec 37 items (dont personne de confiance, directives anticipées, réflexion bénéfique/risque, évaluation de la douleur, projet de vie,...)

- audit sur l'utilisation des échelles utilisées pour coter la douleur en juin 2017 et un quiz douleur en novembre 2017 lors de la semaine sécurité patient

- EPP "Prise en charge et droits des patients en fin de vie" ; "Évaluation de la connaissance de la personne de confiance" ; "Evaluation de la fiche de limitation des soins invasifs".

En maternité, un tableau de bord mensuel puis annuel suit entre autres le nombre de péridurales, de césariennes, d'épisiotomies et de taux de forceps.

Le CH4V réalise des enquêtes de satisfaction MCO et plus spécifiques, en AMP, dialyse, USLD (patients et familles), maternité et répond à l'actuelle nationale E-Satis.

Le CH4V a réalisé une trentaine de patients traceurs depuis 2015.

Lors de la semaine sécurité patient début 2017, le représentant des usagers co-pilote de la thématique a mené une mini-enquête sur la connaissance de la "personne de confiance" auprès des usagers (42) et des professionnels (73).

Le PAQSS relatif à cette thématique est revu régulièrement et actualisé une fois par an avec validation en instance, notamment au sein du COPIL qualité gestion des risques.

A / AGIR

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

Suite aux diverses évaluations réalisées et au vu de leurs résultats, le CH4V met en œuvre des actions d'amélioration. Pour exemple suite à l'évaluation de la fiche de limitation des soins invasifs, le groupe EPP-fin de vie a acté sa diffusion à l'ensemble des services et son informatisation à venir dans le DPI. Suite à l'audit sur les échelles dédiées à la douleur, il a été décidé de permettre l'utilisation de l'échelle numérique qu'en hémodialyse, SSPI, salles de naissance, et urgences.

Les résultats de ces diverses évaluations et le nouveaux axes d'action sont communiqués aux personnels par affichage, la GED, le journal interne, les flash-info qualité gestion des risques, les réunions de cadre et les divers référents.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

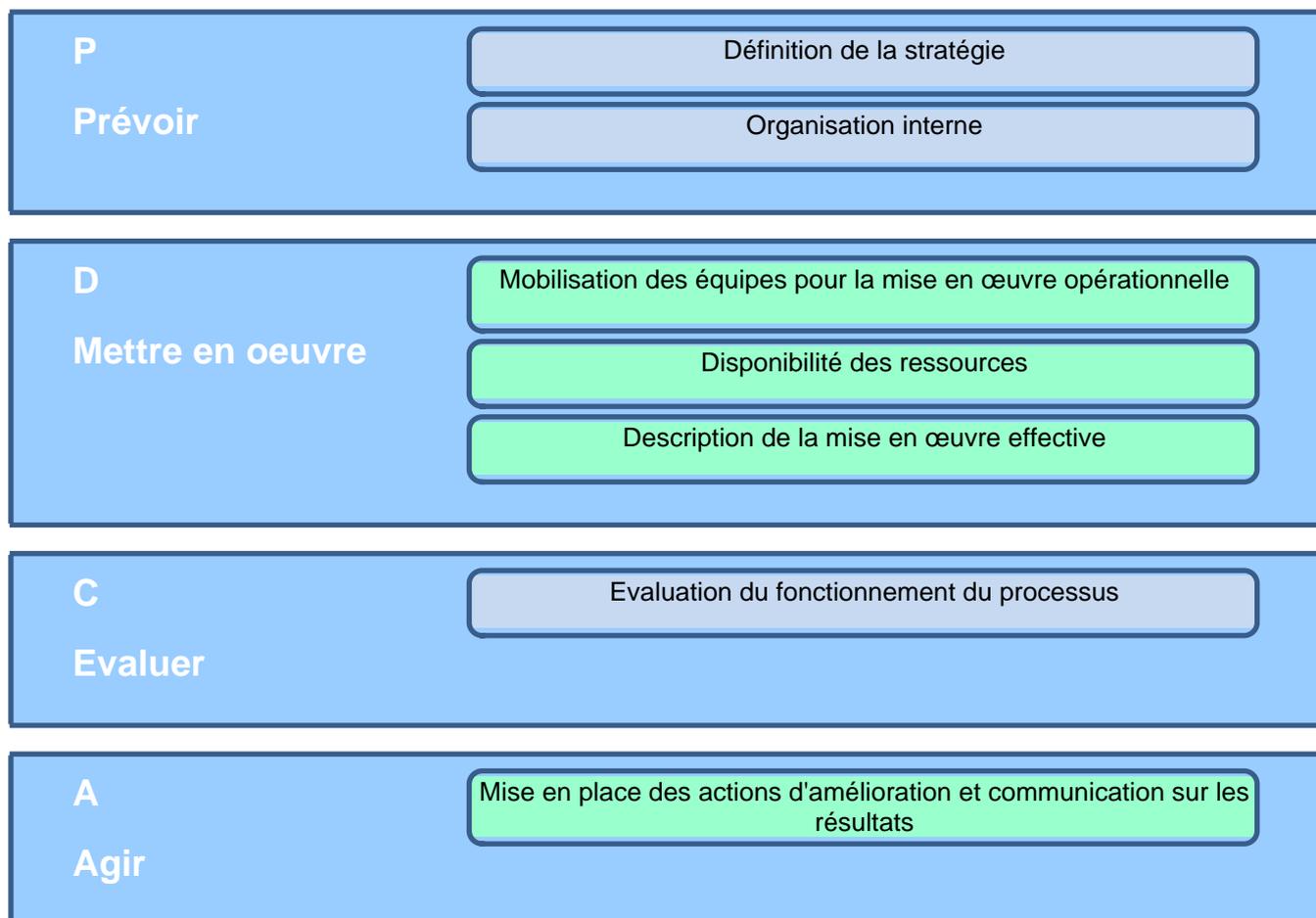
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Le Centre Hospitalier des 4 villes (CH4V) résulte de la fusion prononcée au 1er janvier 2006 entre le Centre hospitalier de Saint Cloud et le Centre Hospitalier intercommunal Jean Rostand de Sèvres. En 2015, l'activité de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et des urgences a été regroupée sur le site de Saint Cloud avec la reconstruction du site de Saint Cloud. L'activité de SSR, d'addictologie et de gériatrie aigüe se situe sur le site de Sèvres et l'USLD sur le site Saint cloud Lelégard.

Le CH4V a été nommé établissement support à l'automne 2016 du GHT92 centre.

L'établissement a décliné la politique du parcours patient dans le projet d'établissement 2017- 2021. Celui-ci a été validé en avril 2017 par les différentes instances et diffusé à l'ensemble des professionnels.

Parmi les 10 axes stratégiques du projet d'établissement, un des axes s'intitule : « optimiser le parcours patient » et comprend des actions sur : l'anticipation de la sortie dès l'entrée, l'optimisation de l'accès au plateau technique, la généralisation du dossier patient unique, le développement de la prise en charge ambulatoire, la formalisation d'une check-list pour les patients quittant l'hôpital, la pertinence des actes et le renforcement de la politique de prévention et d'éducation thérapeutique du patient.

Cet axe « optimiser le parcours patient » est également mis en exergue dans la politique qualité et sécurité des soins 2017-2021 en ciblant plus particulièrement la communication avec les correspondants extérieurs, l'accessibilité et l'accueil pour le patient et l'amélioration du parcours pour les personnes âgées.

Une cartographie des processus a été formalisée et des parcours patients structurés dans 7 filières de prise en charge: parcours patient gynéco-obstétrique, urgences, médecines, chirurgie- HDJ, endoscopie, parcours personnes âgées et hémodialysés. Ces parcours ont été validés par les instances en juin 2017.

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

L'identification des risques sur la thématique parcours patient dans le compte qualité a été réalisée en mobilisant les données liées aux parcours patients, à des patients traceurs y compris deux patients traceurs ville-hôpital, aux indicateurs IQSS, à des indicateurs régionaux, à un audit processus, à des EPP et des événements indésirables. 8 risques prioritaires ont été identifiés, analysés et hiérarchisés en concertation avec les professionnels.

La stratégie sur la thématique parcours patient validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les modalités de mise en œuvre de ce programme : objectifs, actions, responsabilités et modalités de suivi sont définies.

Les actions amélioration contenues dans le compte qualité se retrouvent dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage stratégique est du ressort du directeur, du président de la CME et de la directrice des soins. Le pilotage opérationnel est réalisé par un groupe de coordination des parcours patients, pluriprofessionnel et représentatif des pôles dont le pilotage est assuré par la direction des soins.

Ses missions et son mode de fonctionnement sont formalisés. Il coordonne différents groupes de travail sur les risques patients dont le groupe EPP chutes, plaies et cicatrisation, organisation de la sortie et le CLAN pour le risque nutritionnel.

Les pilotes de la thématique parcours ont été nommés en juin 2017 et leurs missions formalisées.

5 pôles ont été identifiés :

- un pôle femme-enfant regroupant la gynécologie, maternité, AMP,
- un pôle « BAC » regroupant le bloc opératoire, l'anesthésie et la chirurgie,
- un pôle médico- technique,
- un pôle médecine, urgences -addictologie
- un pôle personnes âgées regroupant médecine gériatrique aigüe, SSR, EHPAD, USLD.

Un projet de contrat de pôle est formalisé mais il n'est pas à ce jour validé. Le pôle est dirigé par un chef de pôle assisté d'un directeur référent du pôle.

Des réunions de concertation par pôle sont réalisées en moyenne deux fois/an. Elles concernent les données d'activité, les dépenses, les ressources humaines et plus récemment, ces réunions ont intégré un point qualité-gestion des risques.

L'adéquation entre les ressources humaines mises à disposition et l'activité est assurée. La permanence des soins 24h/24 est assurée avec des règles de présence et un système de garde et d'astreinte.

Il existe un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) est présente 24h/24 aux urgences.

Le plan de formation est établi annuellement et s'appuie sur le projet d'établissement. Il comprend notamment des formations transversales sur l'AFGSU niveau 1 et 2, la douleur, la transfusion sanguine, les troubles de la déglutition chez les personnes âgées, la prévention des chutes, la prévention des escarres et la simulation aux gestes d'urgence.

L'établissement est organisé pour accueillir les nouveaux professionnels. Ainsi une demi-journée d'accueil est proposée aux nouveaux arrivants comprenant différents thèmes dont la démarche qualité et la gestion des risques, la pharmacie, l'hygiène, le dossier patient informatisé.

Pour les internes, 3 demi-journées sont organisées sur l'utilisation du dossier patient informatisé, la prescription des médicaments, le bon usage des antibiotiques, l'hygiène et la prise en charge de la douleur.

Il existe un dispositif de gestion documentaire intégrant des procédures et protocoles définis et formalisés.

Le système d'information est opérationnel pour le dossier patient et comprend de nombreux logiciels s'interfaçant entre eux pour assurer la continuité des soins.

Le CH4V participe à la démarche Prado pour les femmes ayant accouchées.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité en particulier les urgences-unité hospitalisation, les soins aigus- SSR- USLD. L'imagerie est en partenariat avec le CIMOP (centre d'Imagerie Médicale de l'ouest parisien). Un comité de liaison CIMOP a été mis en place et se réunit régulièrement pour traiter de l'organisation et des dysfonctionnements signalés.

Le CH4V a développé de nombreuses coopérations territoriales dont :

- avec l'hôpital Foch-Surennnes, l'hôpital Ambroise Paré et la clinique chirurgicale Val d'Or à Saint Cloud pour la réanimation et la surveillance continue
- avec l'unité neurovasculaire de l'hôpital Foch pour la filière d'aval des AVC,
- avec l'hôpital Georges Pompidou pour les embolisations dans les hémorragies du post-partum.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison des objectifs et des plans d'action sur la thématique parcours est réalisée au niveau des pôles et des services. La sensibilisation des professionnels sur les objectifs de leur service est réalisée par la cadre. Cette communication s'effectue lors des réunions de service, par des flash info ou par voie d'affichage. De nombreux référents sont présents dans les services : hygiène, qualité médicaments, chute, douleur et participent à la déclinaison des objectifs d'amélioration.

Les responsables de l'encadrement s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Ainsi des audits réguliers sur l'évaluation de la qualité du remplissage des dossiers de soins infirmiers dont la personne de confiance, la pose du bracelet d'identité, l'IMC sont menés.

Les professionnels participent à des EPP ou audits: sur les chutes, sur les troubles de la déglutition, sur les escarres.

De nombreux patients traceurs ont été réalisés dans les différents pôles et les professionnels participent à l'identification et la mise en place des actions d'amélioration.

Les professionnels des différents services déclarent des événements indésirables et réalisent des analyses de type RMM. Ainsi la déclaration de chutes graves donne lieu à la réalisation de RMM et des plans d'action sont identifiés avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et les effectifs adaptés à l'activité sont disponibles dans les services. Les nouveaux arrivants ont suivi une formation d'une demi-journée afin de faciliter leur intégration.

En 2017, concernant les formations transversales, 133 professionnels ont suivi la formation sur la prévention des escarres, 177 sur la transfusion et 125 professionnels sur les soins palliatifs et la fin de vie ainsi que des formations e-learning sur la transfusion sanguine.

Une formation interne à l'arrêt cardiorespiratoire a été faite sur le site de Sèvres destinée à l'ensemble des professionnels et réalisée à l'initiative de l'équipe d'anesthésie de Saint Cloud.

En addictologie, tous les professionnels ont été formés à l'entretien motivationnel.

Cependant, les professionnels ne sont pas formés à la prévention et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. En effet sur le bilan des formations 2017, un seul agent du service addictologie a suivi une formation intitulée : addictologie et risques suicidaires. En 2015 et 2016 aucun professionnel n'a été formé au risque suicidaire comme constaté sur les bilans annuels de formations.

Les procédures, les protocoles et les recommandations de bonne pratique sont actualisés et accessibles pour les professionnels sur le logiciel de gestion documentaire : procédure sur les urgences vitales, sur la prise en charge nutritionnelle, sur les troubles de la déglutition, sur les chutes, sur la prévention du risque suicidaire aux urgences. Les ressources en matériel (locaux et équipements) sont disponibles dans les différents services des trois sites visités (MCO, SSR et USLD).

Les locaux sont entretenus et pour la plupart rénovés ou récents et bien adaptés à l'activité.

Le matériel informatique est disponible et le logiciel permettant de gérer le dossier patient est accessible aux professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble des besoins. Elle est réalisée dans un délai adapté à son état de santé. La traçabilité de cette prise en charge a été systématiquement retrouvée dans les patients traceurs réalisés dans les secteurs de médecine, chirurgie, obstétrique, SSR et USLD.

Le projet de soin personnalisé est tracé et réévalué. Ceci a été constaté dans les différents services visités : SSR, médecine polyvalente, USLD. En USLD, une fiche spécifique résident est utilisée pour la réévaluation à 6 mois.

La réflexion bénéfice-risque est tracée.

Cependant, l'information du patient et son accord sur son projet de soins personnalisé ne sont pas toujours tracés dans le dossier patient. Lors des deux patients traceurs en SSR et USLD, les experts-visiteurs n'ont pas retrouvé trace dans le dossier patient de l'information donnée au patient et de son accord sur son projet de soins personnalisé. Après discussion avec l'équipe de SSR et l'équipe d'USLD, il a été confirmé que cette traçabilité n'était pas encore mise en place dans les deux secteurs.

L'articulation des activités de soins de suite et réadaptation dans le projet de prise en charge est effective.

Le dispositif est adapté pour la prise en charge des urgences vitales. Les chariots d'urgences sont opérationnels et leur vérification est mensuelle. Leur localisation ainsi que le numéro d'appel d'urgence sont connus des professionnels. Ceci a été vérifié lors des visites de terrain.

Des réunions pluri-professionnelles et/ou pluridisciplinaires sont organisées dans de nombreux services. En SSR une réunion pluri-professionnelle a lieu chaque semaine et permet d'adapter la prise en charge si nécessaire. Les éléments issus de l'échange d'information entre les professionnels concernant le patient sont tracés sur le dossier patient.

La prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques est organisée.

Pour la prise en charge des personnes âgées, un groupe EPP « chutes » est en place et se réunit régulièrement. Il analyse les déclarations de chutes, organise des RMM pour les chutes les plus graves et sensibilise les professionnels au risque de chutes. En USLD, une fiche spécifique pour évaluer le risque de chute est en place. Elle est issue des travaux du groupe régional « Pare à chute ». Pour la prévention des escarres, le groupe plaies et cicatrisation se réunit régulièrement. Il a participé à l'enquête régionale sur la prévalence des escarres dans le cadre du projet régional "sauve ma peau".

Pour les patients ayant une difficulté à s'exprimer, les services peuvent faire appel à un interprète.

Pour les personnes démunies, les assistantes sociales sont présentes dans tous les services.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier patient en particulier le poids, la taille et l'IMC. Ceci a été vérifié sur tous les patients traceurs réalisés. Le CLAN a formalisé un protocole d'évaluation nutritionnel à l'entrée du patient et réalise des audits afin de vérifier son application. Les patients de dialyse ont une consultation diététique systématique. En USLD, une fiche de synthèse nutritionnelle du patient est réalisée deux fois/an.

Le risque suicidaire est identifié et pris en compte notamment aux urgences où un protocole de prévention du risque suicidaire aux urgences a été formalisé. Si un patient est identifié à risque suicidaire, l'information est saisie dans les transmissions ciblées aux urgences et disponible pour le service prenant en charge le patient. L'évaluation du risque suicidaire a été retrouvée chez les patients traceurs en SSR et USLD. Dans le secteur SSR et addictologie les professionnels peuvent solliciter le psychologue du service ou l'avis d'un psychiatre si nécessaire. En USLD, la psychologue évalue l'état psychologique du patient dès son arrivée.

L'éducation thérapeutique patient (ETP) est un axe de développement inscrit dans le projet de soins. A ce jour, un seul programme est autorisé par l'ARS : le diabète gestationnel. Une réflexion sur un programme ETP patient diabétique est en cours en lien avec le GHT. En 2017 18 professionnels ont été formés à l'ETP diabète.

La sortie des patients est organisée afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Un groupe sur la sortie patient est en place et coordonne les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de l'indicateur document de sortie remis le jour de la sortie. Ainsi une check-list de sortie a été élaborée et comprend deux parties: les documents à remettre à la sortie et les documents à vérifier à la sortie. Elle est déployée dans tous les services. Une procédure de sortie du patient hospitalisé a été élaborée.

Une fiche de liaison paramédicale est renseignée lors d'un transfert et disponible sur le dossier patient informatisé. La sortie est anticipée dès l'entrée en chirurgie avec l'utilisation de l'application "trajectoire" pour les demandes de prise en charge en SSR.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi est mis en place notamment à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Des tableaux de bord annuel par pôle sur la qualité gestion des risques sont réalisés. Ils comprennent entre autre les résultats des indicateurs IQSS dossier patient avec un comparatif dans le temps, les résultats des questionnaires de satisfaction, le nombre de déclarations d'évènements indésirables, les plaintes et réclamations et les EPP. D'autres indicateurs plus spécifiques à chaque pôle sont suivis : ainsi dans le pôle médecine, le nombre de chutes et le nombre de chutes pour /1000 journée d'hospitalisation. Un audit externe de processus du parcours patient a été réalisé en 2016.

Une trentaine de patients traceurs ont été mis en œuvre sur l'ensemble de l'établissement et ils concernent tous les services. Deux patients traceurs ville-hôpital ont été réalisés en partenariat avec la MAIA 92 centre.

L'établissement participe à deux programmes proposés par l'ARS : « Pare à chutes » 2016-2017 et « Sauve ma peau » 2014-2015.

Des audits annuels sur évaluation de la qualité du remplissage des dossiers de soins infirmiers en MCO, SSR, USLD sont réalisés. Des critères sont systématiquement évalués comme la traçabilité de l'évaluation de la douleur, traçabilité de l'IMC de la pose du bracelet d'identité.

Une enquête de prévalence des escarres a été réalisé en 2017.

Un audit sur la remise du CRH le jour de la sortie a été effectué en 2017 sur 5 services.

Des EPP ont été réalisées sur la thématique parcours : EPP chutes, EPP sur le syndrome coronarien aux urgences, prise en charge des troubles de la déglutition, sur la prise en charge nutritionnelle, EPP sur la fiche de limitation des soins.

Des bilans d'activité des EI et RMM par pôle sont réalisés annuellement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Au regard des résultats des IQSS, des actions d'amélioration sur la traçabilité du poids, de la taille et de l'IMC et la remise d'un compte rendu hospitalisation le jour de la sortie ont été mises en place.

Les patients traceurs réalisés dans les pôles ont permis de mettre en place des plans d'action dans les services et sont suivis par pôle. Ainsi suite aux deux patients traceurs ville-hôpital réalisés avec la MAIA 92 centre, des actions ont été entreprises pour mieux identifier les correspondants médico-sociaux d'aval et pour améliorer la transmission d'information avec la mise en place d'une check-list de sortie.

La communication des actions aux professionnels est faite dans les services lors des réunions de service, par voie d'affichage et dans le logiciel de gestion documentaire. Elle est réalisée régulièrement dans les instances de l'établissement.

Les résultats des indicateurs IQSS sont diffusés aux professionnels concernés sous forme d'affichage dans les services. Les usagers sont informés des résultats des indicateurs par voie d'affichage dans les services et sur site internet de l'établissement.

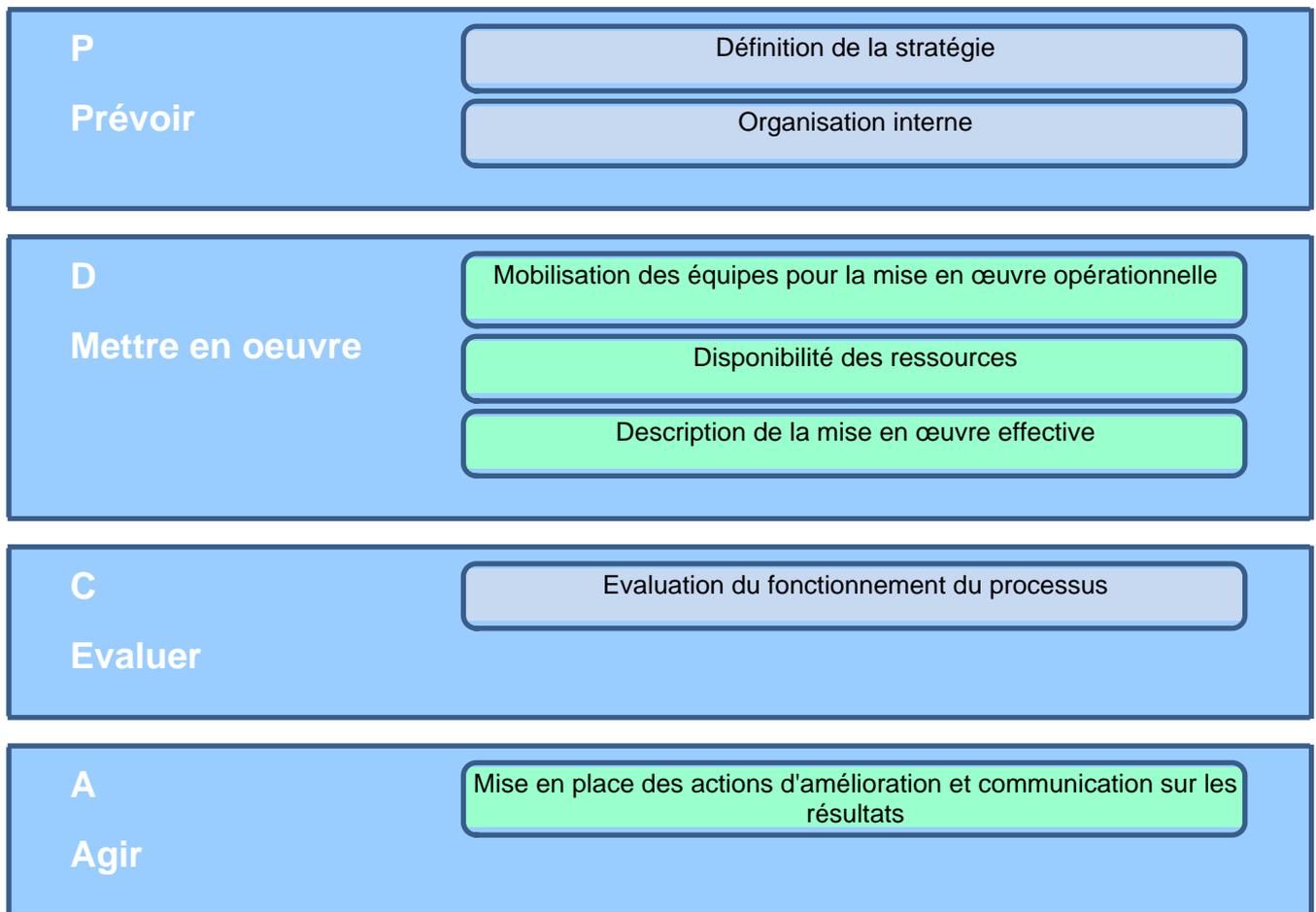
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Projet d'établissement 2017 - 2021 du Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V), validé en instances, a pour axe stratégique majeur la généralisation du dossier patient informatisé unique, notamment pour optimiser le parcours patient et sécuriser sa prise en charge : partage de l'information par l'ensemble des professionnels ; unicité du support et de la saisie des données ; intégrité et disponibilité des données garanties et identification correcte du patient.

Cet axe stratégique se décline aussi au sein des pôles : par exemple, le pôle mère-enfants doit travailler sur la mise en place de la prescription informatisée en néonatalogie, développer le dossier de soins informatisée en maternité ; le pôle médico-technique a prévu la prescription connectée et l'intégration des résultats dans le dossier patient pour le laboratoire.

Cette stratégie est déclinée au sein de la politique qualité - sécurité des soins au travers de divers axes:

- innover en termes d'accès aux données informatisées pour le patient ; déployer l'accès informatique au dossier et aux données par le patient
- fluidifier le parcours du patient en interne en finalisant l'informatisation du dossier patient et en s'assurant de son exhaustivité

- anticiper et améliorer la sortie des patients en améliorant les délais d'envoi des courriers à la sortie et en développant les outils et les moyens de communication permettant d'assurer une bonne continuité avec l'extérieur.

Le Contrat Pluriannuel d'objectifs et de Moyens (CPOM) 2013 - 2018 reprend des objectifs en lien avec le dossier patient :

- développer la communication avec les professionnels de ville par la mise en place d'une messagerie professionnelle sécurisée
- mettre en œuvre l'informatisation de la prescription de biologie.

Pour définir sa stratégie le CH4V a pris en compte diverses données : les recommandations de la V2010, les indicateurs IPAQSS et hôpital numérique, le bilan des EI 2016 (MCO-SSR_USLD), des audits de dossiers de soins et les résultats des patients traceurs et des EPP. En outre, un audit du processus "dossier patient" a été réalisé en mars 2017, avec une cartographie des risques.

Ces données ont été analysées et ont conduit le CH4V à identifier et à hiérarchiser six risques principaux dans son Compte Qualité :

- défaut de transmission en temps utile à la sortie du patient des documents au médecin traitant
- rupture de continuité d'accès au dossier patient informatisé
- non atteinte des cibles "hôpital numérique" D3 et D4
- non maintien du niveau de formation (méconnaissance de l'utilisation, de la saisie d'information, de la consultation du dossier patient)
- diminution de la valeur du taux de l'indicateur IPAQSS TDP
- manque de structuration pour la bonne gestion du dossier patient.

Au regard de ces risques prioritaires, un plan d'actions d'amélioration a été défini au sein du Compte Qualité avec 4 objectifs :

- atteindre les cibles "hôpital numérique"
- mettre en place une messagerie sécurisée pour communiquer avec les médecins traitants
- assurer une meilleure continuité d'accès au dossier informatisé
- maintien d'un bon niveau de tenue du dossier.

Ces objectifs ont été reportés dans le PAQSS institutionnel avec un objectif supplémentaire : poursuivre l'informatisation du dossier.

Chaque objectif est décliné avec les actions à réaliser, le pilote, l'échéancier de réalisation, les pôles concernés, la direction opérationnelle, la modalité de suivi (indicateurs, résultats,...) et l'état d'avancement.

Le CH4V a communiqué en interne sur cette politique "dossier patient" au travers de la GED, de mails à l'encadrement, de l'affichage, ...

ORGANISATION INTERNE

Le CH4V a mis en place une organisation pour piloter le processus « dossier patient ». Le pilotage de cette thématique a été confié à la responsable du système d'information. Une cadre de santé et une infirmière détachées à temps plein sur le dossier patient informatisé (DPI) co-pilotent ce processus. En outre, il existe une personne en charge de piloter la démarche d'identito-vigilance. Les rôles et missions de chaque pilote et co-pilote sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste.

Il existe des groupes de travail par module du dossier patient ou par activité spécifique : périnatalité, hémodialyse, dossiers de soin,... Un travail sur le dossier patient est aussi réalisé au sein d'autres instances ou groupes : CLAN, CLUD, CSH, sortie patient, ...

Le groupe de travail "sortie du patient hospitalisé" travaille sur les délais d'envoi des CRH et un autre sur la messagerie de santé sécurisée.

Une cellule de coordination "dossier patient", regroupant la majorité des chefs de service, de nombreux cadres de santé, la coordinatrice des secrétariats médicaux, la référente de l'identito-vigilance, la responsable qualité gestion des risques et les pilotes du processus se réunit trois fois par an et a pour mission de valider les orientations du dossier patient, d'identifier les besoins, de valider le phasage des déploiements des nouvelles fonctionnalités et modules du dossier patient, d'identifier les objectifs d'amélioration, de statuer sur les modifications fonctionnelles à apporter au dossier patient et d'identifier des mesures de traitements des risques.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans une procédure accessible sur la GED. Le dossier patient est composé du dossier patient informatisé et de la pochette jaune d'archivage contenant l'ensemble des dossiers patient papier. Les responsabilités des différents acteurs dans la constitution et la tenue du dossier, le respect de la confidentialité, son contenu, son mode d'ouverture et de classement, son archivage et son évaluation sont précisées. Il existe une procédure de janvier 2018 dédiée à l'organisation du dossier patient en obstétrique (maman et bébé).

Un guide "dossier médical bleu" actualisé en novembre 2017 définit les modalités de création et d'utilisation du dossier médical bleu unique pour l'ensemble des services (MCO, UHCD, SSR, USLD) permettant de classer les documents papiers du dossier médical (papiers amenés par les patients, documents ne pouvant être intégrés au dossier patient informatisé - ECG, consentement signé, partogramme et suivi du rythme fœtal- documents imprimés à partir du DPI,...).

Une Charte d'utilisation du Dossier Patient Informatisé (DPI) définit les règles générales du seul DPI. Elle s'inscrit en cohérence avec la Charte d'accès et d'usage du système d'information. Les personnels s'engagent à respecter cette charte (article dans le contrat de travail).

L'archivage du dossier patient unique papier est organisé. Il existe une procédure de création de la pochette jaune d'archivage du dossier patient (responsabilités et conduites à tenir) et un règlement intérieur des archives médicales. Les locaux d'archivage sont sécurisés.

Les dossiers patients de moins de 5 ans sont archivés sur les sites de Saint-Cloud et de Sèvres. Ceux de plus de 5 ans sont externalisés dans des sociétés extérieures. Un cahier des charges prévoit la récupération d'un dossier à ces sociétés : sous 24h en urgences et 72h autrement. Pour ceux de moins de 5 ans, en journée, l'archiviste répond aux demandes des services, avec une informatisation de la traçabilité des mouvements des dossiers. La nuit et le week-end, c'est une aide-soignante des urgences, habilitée qui va chercher le dossier et trace son mouvement sur un registre papier.

L'organisation de l'accès du patient à son dossier a été définie. Un responsable est désigné, et une procédure actualisée " Procédure de communication du dossier médical patient" en précise les modalités. Le patient est informé de ses droits d'accès au dossier ainsi que des pièces qui pourront lui être communiquées via le livret d'accueil et le site internet du CH4V. Le suivi des délais de réponse à une demande de dossier est organisé au niveau du secrétariat de direction et analysé en CDU.

Lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants, la cadre de santé référente DPI réalise une information sur les règles de "confidentialité et DPI". En outre, chaque nouvel arrivant ainsi que les internes sont formés au dossier patient de manière initiale et à chaque déploiement de nouvelles fonctionnalités. Sont organisées aussi des formations continues mensuelles pour les IDE et AS, de jour et de nuit. Pour les médecins, il existe des "cafés ORBIS" tous les deux mois, où les pilotes du DPI réalisent des formations continues adaptées. Pour les prescriptions informatisées, le pharmacien forme les internes à chaque semestre et les nouveaux praticiens. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Chaque nouvel arrivant reçoit un identifiant et un mot de passe personnel après vérification par le cadre copilote du processus. Les intérimaires accèdent au DPI au travers d'un identifiant générique.

Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins des utilisateurs, le niveau d'équipement informatique est adapté aux organisations et aux applications développées. La maintenance des équipements est organisée. Les ressources documentaires correspondent aux besoins des utilisateurs et sont disponibles sur la GED et dans des classeurs ad hoc dans chaque service.

Pour sécuriser la prise en charge et l'utilisation du DPI, le CH4V a deux salles "blanches" informatiques. Les fournisseurs du DPI alertent s'ils détectent une tension à l'utilisation. Il existe un Plan de Reprise d'Activité (PRA) et des modes dégradées de travail (prescriptions, pancarte, évolution médicale) au travers de deux modules Phoenix et Armageddon. Les données saisies de manière manuscrite par les personnels pendant la coupure ne sont pas ressaisies dans le DPI et sont archivées dans le dossier papier

La traçabilité des accès au dossier est organisée et auditée régulièrement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les personnels sont sensibilisés aux DPI dès leur recrutement lors des journées d'intégration puis lors de leur formation initiale et continu à l'outil.

Les cadres de santé au travers des différents audits réalisés sur le dossier patient et la communication des résultats impulsent une dynamique de bonnes pratiques d'utilisation du DPI et du dossier papier, particulièrement pour les services non encore informatisés pour le dossier de soins périmètre complet (obstétrique et néonatalogie), pour le dossier patient commun (anesthésie, SSPI) et pour le médicament -prescriptions - administrations (néonatalogie).

Pendant les visites de service, les experts visiteurs ont pu constater l'implication des personnels dans l'utilisation du DPI ainsi que dans la bonne tenue du dossier patient papier. A cet effet, ils n'hésitent pas à déclarer des EI en lien avec la gestion du dossier patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour accompagner la mise en œuvre de sa politique "dossier patient", le CH4V disposent de diverses ressources. Il a un responsable du système d'information, un cadre de santé et une infirmière dédiées au déploiement et à la formation en interne au logiciel de DPI.

Le plan de formation prévoit des formations au DPI pour tout nouvel arrivant (médecin, interne, IDE et AS) et dès que des nouveaux modules sont déployés. Ces formations sont mises en œuvre notamment par le cadre de santé. Le pharmacien assure la formation institutionnelle des internes et des médecins à la prescription au sein du DPI.

Les ressources documentaires relatives au DPI et à sa gestion sont actualisée régulièrement et dans la GED institutionnelle. Des procédures en lien avec le DPI se retrouvent aussi dans des classeurs dans chaque service. Des guides utilisateurs sont mis à disposition sur la hot line : "prescription de biologie pour un patient hospitalisé : rôle de l'IDE" ; "programmation opératoire au bloc centra"; "guide destiné aux médecins, chirurgiens et urgentistes pour l'utilisation du dossier patient du logiciel Orbis".

Les personnels disposent des matériels informatiques nécessaires à leur activité. Le WIFI est déployé et amélioré autant que de besoin. Des équipements bureautiques sont déployés dans toutes les unités de soins, sur des chariots mobiles ou dans les postes de soins ou bureaux médicaux. Un plan d'équipement prévoit leur remplacement régulier. Une maintenance préventive est mise en œuvre et une hot line "Holia" permet une intervention curative et d'en tracer les demandes (159 en 2016 et 222 en 2017).

Le CH4V met à disposition des services de soins un ordinateur et une imprimante déconnectés du réseau informatique pour assurer la continuité de la prise en charge en mode dégradé.

Le CH4V dispose d'une architecture réseau et de locaux permettant la sécurisation et le maintien de l'activité des logiciels de prise en charge du patient et particulièrement le DPI. Un flyer ainsi qu'un guide "sécurité du système d'information : guide à l'attention des utilisateurs" sensibilise les personnels à la sécurité informatique.

Des stockages fermés dans les services de soins et le local d'archive centralisé et répondant aux normes de sécurité, abritent les dossiers patients de moins de 5 ans. Le mouvement des dossiers est informatisé et permet leur localisation. Le week-end, la nuit et les jours fériés, le mouvement est tracé papier. Au delà de 5 ans, les dossiers sont gérés par des sociétés extérieures.

Le CH4V dispose d'une responsable de l'identito-vigilance et d'une commission d'identito-vigilance. Les règles relative à l'identito-vigilance sont formalisées, diffusées aux personnels et une communication est effectuée auprès des usagers par affichage et par le livret d'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CH4V utilise un dossier patient unique. Le dossier patient informatisé est déployé sur la majorité des services cliniques. Le déploiement doit se poursuivre en 2018 : en anesthésie-SSPI pour le dossier patient commun ; en néonatalogie et en obstétrique pour le dossier de soins périmètre complet ; en néonatalogie pour la prescription et l'administration des médicaments. Au jour de la visite, en néonatalogie, la prescription médicale est réalisée quotidiennement sur un document Word comprenant la prescription et le plan d'administration, horodaté et signé par le prescripteur, avec l'étiquette d'identification du bébé.

La prescription connectée pour la laboratoire est effective sauf en néonatalogie et au bloc opératoire (prévu en 2018). Les résultats "remontent" directement dans le DPI. Pour l'imagerie, le formulaire est renseignée dans le DPI puis imprimé et signé pour être envoyé au GIE d'imagerie du CH4V.

En mode dégradé (particulièrement panne informatique impactant le système d'information et le DPI), le personnel connaît la procédure à suivre et utilise le matériel bureautique mis à disposition et les modules Armageddon (sauvegarde des prescriptions et administrations) et Phoenix (sauvegarde des différents formulaires). Il classe ensuite les documents papiers dans le dossier patient unique.

Pour les séances de dialyse et le suivi du patient dialysé, le CH4V utilise un module informatique dédié. L'ensemble des éléments est ensuite imprimé et archivé dans le dossier patient unique.

Pour la transfusion sanguine, le personnel soignant utilise un dossier papier dédié à cette prise en charge. A la fin de l'hospitalisation, ce dossier est intégré au dossier patient unique et archivé.

Les professionnels médicaux et paramédicaux en poste sont formés dès leur arrivée et en continu aux logiciels dont ils ont utilisé et particulièrement le DPI. Ces formations sont dispensées en interne par les référents DPI et le pharmacien.

Les professionnels des services s'identifient et tracent leur accès sur le DPI via des identifiants et des codes nominatifs qui leurs ont été attribués institutionnellement.

Pour la confidentialité des données, une temporisation de l'ordinateur est effective. Les personnels ferment aussi le DPI lors de soins de longue durée.

Les professionnels tracent les éléments constitutifs de la prise en charge du patient en temps utile suivant les droits octroyés.

La traçabilité de la personne de confiance, de la personne à prévenir, des directives anticipées et de toute autre information donnée aux patients est effective dans le DPI.

L'accès aux données antérieure à l'hospitalisation, tant informatique que papier est possible pour l'ensemble des services permettant la pertinence des actes et la continuité de la prise en charge.

Le groupe de travail sur la sortie des patients a permis d'améliorer la formalisation du CRH dans le DPI et

son envoi aux médecins traitants. Le déploiement de la messagerie de santé sécurisée pour l'envoi du CRH directement du DPI est en cours de réflexion.

La communication du dossier patient aux usagers qui en font la demande est effective.

L'archivage des dossiers est effectif et leur mouvement suivi. Le dossier patient est unique pour la maman et le bébé avec un onglet obstétrique et un onglet nouveau-né.

Cependant, la communication des dossiers patients de moins de 5 ans aux usagers ne respecte pas le délai réglementaire de 8 jours. Le tableau de bord qualité - gestion des risques au titre de 2016, transmis à la CDU, présente un taux de conformité à 21% (80% à moins d'un mois) pour la communication des dossiers de moins de 5 ans. Le rapport de la CRU au titre de l'année 2016, cite une moyenne de 17 jours pour la communication des dossiers de moins de 5 ans avec un maximum à 70 jours. En 2015, ce taux était de 15,6 jours. Lors de la rencontre avec l'expert visiteur sur la thématique "droits des patients", le directeur, pilote de la thématique, a reconnu que malgré les efforts, l'établissement n'arrivait pas à respecter le délai de 8 jours réglementaire pour la communication des dossiers de moins de 5 ans.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH4V évalue régulièrement le processus "dossier patient" au travers de divers indicateurs (IPAQSS, hôpital numérique, ...) et des EI. Il réalise chaque année des audits "Evaluation de la qualité du remplissage des dossiers de soins infirmiers MCO-SSR et USLD" et "Traçabilité de la douleur et de la conformité de la feuille d'ambulatoire", deux fois par an de la traçabilité des accès au DPI. Des patients traceurs sont réalisés.

Il met en œuvre des EPP : "audit processus identito" en lien avec la CIV ; "audit feuille d'anesthésie" ; "audit du dossier patient en HDJ sur la conformité de la traçabilité des critères de sortie et de l'évaluation de la douleur". Le PAQSS en lien avec cette thématique est évalué et ajusté régulièrement. Une fois par an en mars, une mise à jour est officialisée au travers de la cellule de coordination "dossier patient", du COPIL qualité gestion des risques et présentée en instances.

A / AGIR

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

Les évaluations et audits réalisés par le CH4V se traduit autant que de besoin par des axes d'amélioration et la mise à jour de son PAQSS. Ces nouvelles actions sont validées par la cellule de coordination "dossier patient" et par le COPIL qualité gestion des risques.

Les résultats sont communiqués aux professionnels au travers des réunions cadres, de la GED, de l'affichage (affiches, posters,...), du journal interne, de flash-info qualité gestion des risques et de semaines sécurité.

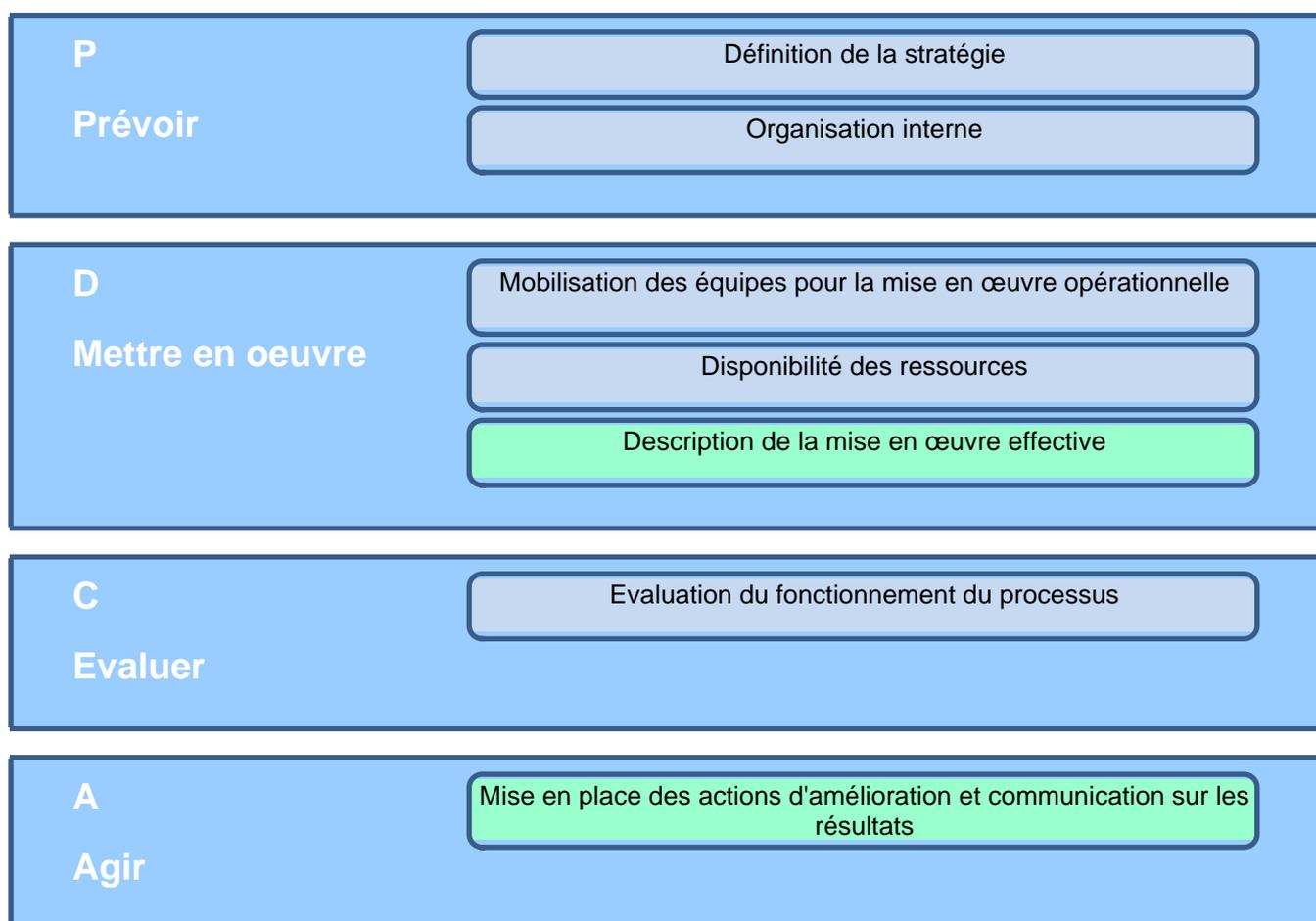
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Prise en Charge Médicamenteuse (PECM) est un des axes bien identifié du Projet d'Établissement 2017-2021 avec notamment la dispensation des médicaments des EHPAD par la PUI du Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V), la préparation automatisée des doses à administrer, la poursuite du déploiement des armoires informatisées, la conciliation médicamenteuse, la pharmacie clinique, la prescription et l'administration informatisées, les système plein vide et l'amélioration du contrôle des températures des médicaments. Il existe une stratégie de la PECM incluant des dispositions spécifiques chez le sujet âgé. Cette stratégie a été définie par les professionnels en fonction de la dernière certification, des EPP, des CREX, des analyses Archimède et d'une analyse de processus. 6 risques principaux ont été identifiés et priorisés en fonction de leur criticité dans le compte qualité : le manque de conciliation médicamenteuse, le risque d'omission ou de redondance de médicaments, le manque de signalement des erreurs, les erreurs de dosage lors de l'utilisation de dispositifs d'administration complexe, la non exhaustivité de l'informatisation du circuit du médicament, le risque de rupture de traitement ou de traçabilité incomplète et le risque de mésusage des médicaments en particulier pour les médicaments à risques. Ces principaux risques ont été associés à un plan d'actions. La stratégie de la PECM a été validée en CMDMS et CME en juin 2016. Elle est communiquée aux professionnels par le biais de l'encadrement et de nombreuses réunions interservices avec la pharmacie. Un programme d'actions institutionnel centralise, priorise l'ensemble des actions avec les objectif(s), les responsables(s), les échéances et les modalités de suivi (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Le Compte qualité de la PECM est intégré au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont identifiés. Leurs rôles et responsabilités sont définies dans des fiches de poste. Le responsable du management qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse est un des pilotes. Plusieurs instances dont la COMEDIMS suivent ce pilotage (3 réunions en 2017). L'organisation de la PECM est définie dans une procédure d'organisation générale de la PECM des patients. Les responsabilités et délégations de responsabilité dans le cadre de la PECM du patient sont formalisées. La permanence pharmaceutique est organisée par le biais d'une convention avec Ambroise Paré en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. Pour chaque service, il a été défini un préparateur référent et un IDE référent pharmacie avec des missions précises et formalisées. Il existe quelques formations sur la PECM, intégrant la sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et à la déclaration, la formation au calcul de doses. Les nouveaux internes sont formés à la prescription informatisée, au Bon Usage des ATB. La PECM fait partie de la formation des nouveaux arrivants. Une plaquette guide de bonnes pratiques de la PECM est diffusée aux professionnels et aux nouveaux arrivants. Il existe un livret d'accueil spécifique pour la PUI. Une procédure d'organisation générale actualisée formalise l'ensemble du processus de la PECM. Cette organisation est reprise dans un document de communication à l'usage des professionnels "le guide de Bonnes Pratiques de la PECM". Des outils d'aide à la prescription (livret thérapeutique, Hoptimal, antibiogarde, Clinical KEY), à l'administration (Modes d'utilisation des pompes, Bonnes pratiques d'administration fores orales), sont mis à la disposition des professionnels. L'ensemble des documents est intégré à la gestion documentaire institutionnelle (GED). Une liste des médicaments à risques a été définie. Les supports prescription administration sont communs. Il existe des documents d'information patient sur les AVK et le traitement personnel. Le livret d'accueil des patients intègre quelques informations spécifiques liées au traitement personnel des patients. Un document à l'usage des professionnels a été réalisé : "Prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses". Il existe une sécurisation pour les locaux de la PUI et les salles de soins, les armoires et chariots de distribution. 4 armoires informatisées dont 3 sur le site de Sèvres ont été mises en place. La PUI est équipée de stockeurs. Les produits thermosensibles sont transportés dans des glacières spécifiques et les réfrigérateurs sont sécurisés et ont une prise de température intégrée. Les stockages froids de la PUI sont sous surveillance et reliés à la PUI durant les heures ouvrables et au PC sécurité en dehors des heures. Le transport des médicaments est réalisé dans des armoires fermées à clé et des boîtes croco serties par

un lien d'inviolabilité.

Le projet d'informatisation de la PECM complète est en fin de déploiement. Il existe une procédure dégradée en cas de panne informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les erreurs médicamenteuses sont signalées (34 en 2016, 110 en 2017) et certaines ont fait l'objet de CREX ou RMM (6 en 2016 et 5 en 2017). Les analyses et l'identification des actions correctives ont eu lieu avec les professionnels concernés.

La stratégie de la PECM est déclinée au niveau des unités de soins par l'encadrement et le RMQPECM avec des plans d'actions spécifiques sur certains secteurs (salle de naissance, médecine aiguë gériatrique).

Des actions d'évaluations périodiques ont lieu sur les différents secteurs (Archimed, audits et quick audit sur le stockage).

Le management des unités et de la PUI communique aux professionnels les résultats des actions d'évaluations périodiques sur la PECM.

Les référents pharmacie sont majoritairement connus des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels médicaux et paramédicaux sont formés à l'utilisation du logiciel de prescription et d'administration. Sur les 3 dernières années la sensibilisation au risque d'erreur médicamenteuse a touché 67% du personnel soignant. La journée d'accueil des nouveaux arrivants comprend un volet PECM. En 2017, 556 professionnels ont été sensibilisés ou formés à la PECM (logiciel spécifique, calcul des doses, conciliation, BAQUIMEP, sécurité patient).

Les modalités de la permanence pharmaceutique (PUI) sont connues de tous les professionnels rencontrés.

Les documents liés à la PECM (réglementaires, organisationnels ou Bon Usage) ont été élaborés avec les professionnels en référence avec la réglementation. Ils sont actualisés, accessibles et connus des professionnels.

Les locaux de la PUI et les salles de soins des unités sont fermés par digicode dans toutes les unités rencontrées.

Les armoires de stockage et les chariots de distribution sont sécurisés par clé ou digicode. Les réfrigérateurs sont également sécurisés dans les unités visitées.

Les outils informatiques sont disponibles et adaptés.

Les éléments nécessaires au transport des médicaments sont disponibles et répondent aux besoins de la réglementation.

Des armoires sécurisées informatisées ont été installées dans 3 unités de soins à Sèvres et aux urgences à Saint Cloud. Elles permettent d'assurer une permanence des stocks pharmaceutiques. Ces armoires ne sont pas directement reliées à l'outil informatique de prescription.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures/ protocoles établis sur la PECM sont mis en œuvre par les professionnels.

Concernant le traitement personnel, il est retiré à tous les patients et placé de manière sécurisée dans un sachet étiqueté à son nom en salle de soins. Il est restitué au patient en sortie avec une étiquette spécifique en cas d'interruption de l'un des traitements. Il est systématiquement pris en compte par le médecin lors de l'admission et prescrit après évaluation.

Au CH des Quatre Villes la conciliation a été expérimentée.

La prescription est informatisée à 93% et est conforme à la réglementation. Les professionnels ont et utilisent les outils d'aide à la prescription à leur disposition. Pour les services ne disposant pas de prescription informatisée, la prescription est réalisée sur le support manuscrit tripliqué conservé dans le dossier du patient et disposant d'une partie réservée à l'administration des médicaments. Par ailleurs tous les patients hospitalisés à partir des urgences (prescription non informatisée) ont une prescription dans le logiciel de prescription de l'établissement.

Dans le cadre d'une démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse la pharmacie met en place une dispensation nominative des médicaments pour certains services. Les préparateurs en pharmacie préparent ainsi une ou plusieurs fois par semaine l'ensemble des traitements des patients dans des tiroirs identifiés avec une étiquette patient. La préparation nominative des casiers des patients est réalisée à partir des prescriptions informatisées. Il existe aussi quotidiennement une délivrance nominative pour les modifications, les nouveaux traitements, les nouveaux patients, les médicaments à risques et également les médicaments à statut particulier. La délivrance est nominative pour 71% des lits ;

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour 56% des lignes de prescriptions informatisées. Cette analyse pharmaceutique est tracée mais le rythme diffère, il est hebdomadaire pour la délivrance globale et quotidien pour la délivrance nominative.

La préparation des traitements fait l'objet d'un double contrôle par le préparateur et d'un contrôle aléatoire par le pharmacien.

Chaque service dispose également d'une dotation de médicaments dont la gestion est assurée par le service clinique (armoires mobiles) ou par la pharmacie (armoires sécurisées).

L'acheminement des médicaments et dispositifs médicaux est assurée par le personnel des unités de soins pour les transports intra-site et par le service logistique de l'établissement pour les transports inter-sites. Il permet le respect de la chaîne du froid et fait l'objet d'une traçabilité au départ et à l'arrivée des médicaments.

L'administration est informatisée à 93%. Les règles d'administration des médicaments sont respectées sur la plupart des secteurs. Les médicaments restent identifiables jusqu'au moment de la prise. Les poches sont étiquetées avec des étiquettes spécifiques harmonisées. L'administration est réalisée après vérification préalable de l'identité du patient et des médicaments à administrer au regard de la prescription. Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées en temps réel. La surveillance d'éventuels effets secondaires est tracée. Les médicaments en délivrance nominative non administrés sont retournés à la pharmacie. Des pratiques spécifiques pour éviter les interruptions de tâches, comme la mise en place de gilets orange durant la préparation sont expérimentées (SSR 6eme).

Les patients reçoivent des informations sur leur traitement sans que ceci soit tracé de façon spécifique.

En matière de stockage le rangement des médicaments respecte les Bonnes Pratiques et règles établies notamment pour les médicaments à risques. Le KCI est bien identifié et fait l'objet d'un rangement spécifique. Tous les produits sont systématiquement scannés par la pharmacie.

Les contrôles des stockages (périmés, température) et l'entretien sont tracés.

La procédure dégradée en cas de panne informatique est connue de tous les professionnels rencontrés.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la sortie (transferts inclus) avec une fiche de liaison et un CR d'hospitalisation intégrant les traitements.

Les compte-rendus de l'instance de pilotage sont mis à la disposition des professionnels sur le site Kaliweb.

Cependant, les bonnes pratiques de préparation des médicaments ne sont pas systématiquement appliquées. Dans un secteur (médecine aigue gériatrique), les médicaments sont préparés dans des gobelets avec le numéro de chambre et non l'étiquette du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des évaluations annuelles sur l'ensemble du processus de la PECM.

Ce dispositif intègre des études de risques a priori (Archimed) et a posteriori (CREX), le suivi des indicateurs du programme d'actions, le suivi du Contrat de Bon Usage (CBU), des indicateurs IPAQSS, les résultats de l'audit et notamment de l'audit de processus et les EPP sur la PECM.

L'évaluation de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (PMSA) fait partie du dispositif.

11 EPP ont été répertoriées sur la PECM notamment la cartographie des risques médicament-Archimed, la pertinence de la prescription des traitements anticoagulants oraux (NACO), des anticoagulants oraux directs (AOD), de l'allopurinol en médecine, l'évaluation de la qualité de l'administration orale des médicaments, des bonnes pratiques de gestion du traitement personnel du patient, la réévaluation de l'antibiothérapie à la 24 et 72èmes heures, l'audit antibioprophylaxie au bloc opératoire, le recueil des indicateurs dans le cadre du CBU des médicaments, la revue des événements indésirables graves médicamenteux.

Le suivi de l'avancement du programme d'actions est réalisé à chaque COMEDIMS soit 3 fois par an et analysé annuellement par le responsable du management qualité de la PECM.

A / AGIR

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

Les résultats des audits, des EPP, le suivi des indicateurs permettent de mettre en œuvre des actions d'amélioration qui sont intégrées dans le PAQSS et couvre l'ensemble de la thématique de la prescription à l'administration.

Les résultats des évaluations et les actions d'amélioration sont diffusés dans les instances (CME, COMEDIMS, COMAI) et également dans les réunions interservices (17 en 20017). Elles ne sont pas communiquées aux usagers et à la commission de soins.

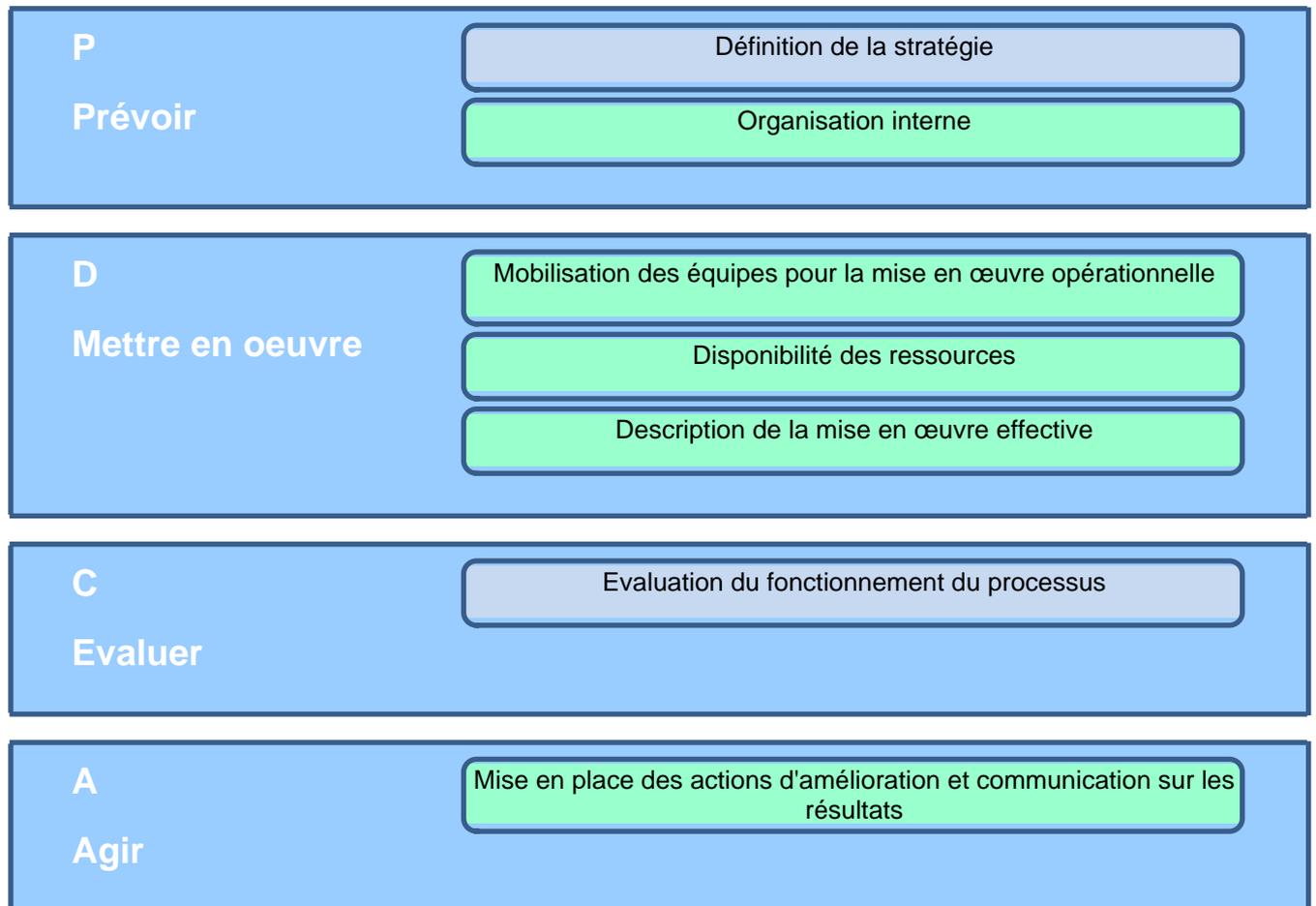
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier des quatre Villes (CH4V), établissement public de santé, a fusionné au 1er janvier 2006 avec le Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres. Il participe au Groupement Hospitalier de Territoire 92 (GHT 92) depuis la convention constitutive de 2016. Il est l'établissement support. En 2015, les activités des services d'urgences ont été regroupées sur le site de Saint Cloud. Celui-ci remplit les missions d'accueil de soins non programmés, 24h/24 (urgences adultes et gynéco/obstétrique).

Les différents secteurs de prise en charge des urgences sont identifiés et un pilotage institutionnel est clairement identifié.

Les urgences adultes accueillent aussi la traumatologie enfants et offrent une possibilité d'accueil de 4 lits d'hospitalisation de courte durée (UHCD) situés dans le secteur de médecine. 4 box sont situés en zone d'attente couchée. Un box accueille les femmes enceintes de moins de 22 semaines. Une salle de déchoquage est organisée pour recevoir un patient.

En 2016, 975 séjours ont été réalisés en UHCD, 22 000 passages aux urgences. La typologie des patients accueillis sont répertoriés de la façon suivante : 50% tri 4, 30% tri 3, 20% tri 1 et 2. En ce qui concerne les secteurs réanimation etUSIC, des conventions sont établies avec les établissements du territoire (Ambroise Paré et Foch principalement). Des conventions existent par ailleurs avec les services d'accueil en psychiatrie et les EHPAD du secteur.

L'organisation de la prise en charge des urgences incluant les recours aux avis spécialisés, est formalisée et connue des acteurs du territoire de santé.

Le Projet d'Etablissement (PE), en définissant ses priorités d'action à cinq ans, s'inscrit pleinement dans les orientations régionales et départementales, le SROSS et le CPOM 2013/2018. Il a été travaillé collectivement. La matrice SWOT a été utilisée par l'encadrement médical et paramédical. Un audit externe a été mené au début de l'année 2016 afin d'améliorer l'organisation du service des urgences et les conditions de prise en charge des patients et, ce faisant, préparer ce service à de possibles évolutions réglementaires dans l'organisation territoriale des services d'urgences. En outre, la prise en charge des urgences fait partie des sujets du projet médical partagé du GHT des Hauts-de-Seine. Le PE a aussi dans ses objectifs le développement de réseaux entre les services de médecine, la ville et les urgences.

Le Projet de soins 2017/2021 définit, dans sa fiche action n°5 « Management de la qualité et sécurité des soins », intitulée « Processus Accueil aux Consultations - Urgences – Hospitalisation », les objectifs suivants :

- Assurer à chaque usager un accueil de qualité aux consultations, aux urgences et lors de l'hospitalisation
- Améliorer la qualité comportementale des personnels lors de l'accueil
- Répondre de façon adaptée aux demandes de la population âgée et étrangère

Les actions suivantes ont été définies :

- Formation action vulnérabilité-accueil savoir être
- Mise en place d'un médiateur pour aider le patient âgé et son entourage à la compréhension de son projet de soin
- Formation à l'anglais pour le personnel
- Traduire les documents destinés au patient

Le Projet de service a vu l'implication des équipes médicales et paramédicales et a inscrit dans ses objectifs le développement des soins palliatifs et de la démarche éthique

Une cartographie de processus et des parcours patients au CH4V intègre le parcours des patients aux urgences.

L'analyse des résultats de la certification V2010 (recommandation sur la sortie du patient), des Fiches d'Evènements Indésirables, du suivi des délais d'attente, du questionnaire de satisfaction des usagers, du patient traceur (réalisé en 2016) ainsi que l'audit réalisé en 2016, ont permis d'identifier 3 risques, de les hiérarchiser et de les inscrire dans le Compte Qualité :

- Temps de prise en charge (PEC) du patient trop long
- Manque de pertinence du tri IAO
- Manque de données de satisfaction des usagers aux urgences

Un plan d'actions, priorisé selon un calendrier, a été mis en place :

- Améliorer l'organisation et les circuits de PEC aux urgences
- Réduire les délais de PEC aux urgences
- Maintien et évaluation de l'organisation mise en œuvre, notamment pour le tri IAO
- Disposer davantage de données « patient ».

Le Compte Qualité (CQ), en articulation avec le Programme d'Actions de la Qualité et Sécurité des Soins

(PAQSS) a été présenté et validé aux différentes instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus des urgences est effectif. 2 pilotes, validés par les instances, ont été nommés pour gérer la thématique Urgences et soins non programmés : le médecin chef de service et le cadre de santé des urgences. Ils disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en Octobre 2016. Ils travaillent en lien avec à la Cellule qualité (Direction Qualité, Président de CME, Direction des Soins, Coordonnateur des Vigilances, Service Qualité). Ils ont pour mission d'identifier et analyser le processus, préparer le Compte Qualité (CQ), de piloter le processus, de préparer la visite de certification. Les pilotes ont accès au compte qualité sur SARA.

L'équipe des urgences a défini les circuits de prise en charge et les a formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Une échelle de tri a été mise en place, complétée par des protocoles de soins IAO. Différentes procédures existent : accueil et parcours de patients aux urgences (décembre 2015), accueil des patients dans le cadre d'une urgence chirurgicale (mai 2017), accueil des patients de plus de 75 ans (décembre 2015), accueil des patients présentant des troubles psychiatriques (décembre 2017), parcours des patientes de gynéco obstétrique (décembre 2017). L'établissement a formalisé des conventions ou procédures d'organisation du recours aux spécialistes, notamment dans le cadre de recours et avis en neurochirurgie, en pédiatrie, en psychiatrie. Le règlement intérieur, réalisé en mars 2017, décrit l'organisation médicale. Il existe par ailleurs une charte d'encadrement des internes.

Le service des urgences est impliqué dans la définition du plan blanc et a défini avec les professionnels les modalités d'accueil, de flux et de circulation.

Une Commission de la Permanence des soins est programmée 2 fois par an. La dernière réunion a eu lieu le 12/01/2017.

L'outil d'admission administrative est utilisé pour le suivi des lits occupés. Le contrôleur de gestion adresse aux cadres et chefs de services à 10h et 16h l'état des lits occupés. Lors de difficultés, le cadre des urgences gère. Il existe des plannings mensuels pour les équipes paramédicales et des tableaux de service et tableaux de garde pour les équipes médicales.

Les rôles et missions des professionnels sont identifiés dans des fiches de poste (CS, IDE, IAO, ASH, AS, Agent d'accueil). Une formation et un encadrement spécifique des nouveaux arrivants sont mis en œuvre selon une procédure institutionnelle. Un plan de formation institutionnel est en place avec des formations spécifiques pour les services d'urgences (DPI, damage contrôle, plan blanc, gestes d'urgence, ...). Un livret d'accueil spécifique au service d'urgences est remis aux étudiants infirmiers.

Le service des urgences utilise le dossier patient informatisé (DPI) spécifique Urgences. Seules les prescriptions se font sur papier. Un dossier patient papier est donc en place en complément.

La gestion documentaire est disponible sur le logiciel informatique.

Les locaux ont été restructurés et sécurisés. Ils permettent des bonnes conditions d'accueil (intimité et confidentialité). Chaque patient est reçu lors de son admission dans le bureau administratif puis dans le box IAO. Les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement (matériel hôtelier et matériel médical) sont identifiés au sein du service une fois par an, puis validés par le chef de pôle. L'entretien des matériels biomédicaux est géré par le service biomédical.

Un livret d'accueil est remis aux patients arrivant aux urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre et le chef de service se chargent du déploiement de la qualité et gestion des risques sur le secteur, en lien avec la cellule qualité et gestion des risques.

Des indicateurs sont suivis au sein du service des urgences : nombres de passages par jour et par mois, temps d'attente moyenne de prise en charge par l'IAO, le temps moyen de prise en charge totale, les taux d'hospitalisation des personnes âgées de plus de 75 ans.

Les résultats sont communiqués au sein du service lors de réunions ou par affichage. Un flash info qualité gestion des risques est régulièrement adressé dans les services. Un poster spécifique sur les comptes qualité et résultats d'indicateurs sont organisés par pôle et affichés dans les services

Les professionnels rencontrés montrent leur implication dans la vie du service. Ils déclarent des FEI. Ils connaissent la procédure et savent utiliser l'outil informatique. Ils citent les audits réalisés (qualité de remplissage de la fiche IAO, pertinence du tri), des indicateurs (temps de passage). Ils reconnaissent l'amélioration du service rendu depuis la restructuration à laquelle ils ont participé.

Ils participent aux groupes de travail institutionnel : 1IDE au CLUD, 1 IDE à Equipe de Lutte contre les Infections Liées Aux Soins (ELIAS), comité éthique (2IDE, 1AS, 1ASH). Le Cadre et chef de service participe au groupe de travail sur le chariot d'urgences de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels répondent aux besoins et à l'activité du service 24h/24. La nouvelle organisation a permis la mise en place d'une IAO 24h/24, un agent d'accueil sur la plage horaire 11h/22h, un médecin dédié au circuit court. 2 AS/ brancardiers travaillent en binôme avec l'IAO et sur le secteur de la zone d'attente couchée. Les plannings médicaux et para médicaux sont respectés ainsi que la qualification des professionnels. Les plannings sont affichés dans le service. Les personnels médicaux travaillent en 24 heures, les paramédicaux travaillent majoritairement en 12 heures.

Tous les infirmiers du service sont formés au poste d'accueil et d'orientation après un encadrement de 4 semaines au sein du service. Ils disposent d'une procédure de prise en charge IAO. Les équipes médicales font des formations régulières aux équipes (BPCO, AVC...). Le cadre de santé est formé aux principes d'organisation sanitaire en situation exceptionnelle. Par ailleurs diverses formations sont suivies par les professionnels : plaies et cicatrisation, ORBIS URG, douleur, contrôle ultime pré transfusionnel, congrès urgences.

Les nouveaux arrivants bénéficient de la procédure d'accueil commune à l'ensemble des services (document d'accueil, journée d'accueil des nouveaux arrivants, compagnonnage, ...).

Présent du lundi au vendredi, le contrôleur de gestion utilise le logiciel d'admission du patient qui permet de voir la disponibilité des lits au fil de l'eau. En son absence, le cadre de service et l'IAO se chargent de cette mission, selon la procédure en vigueur dans l'établissement.

Les locaux des urgences ont été restructurés en 2016. Des zones de confidentialités ont été mises en place. Les salles d'examen sont organisées de façon à garantir l'intimité du patient. L'UHCD comporte 4 lits, dans le secteur de médecine accolé au service des urgences. La salle d'accueil des urgences vitales est organisée avec les moyens nécessaires à une réanimation immédiate. Elle comporte 1 lit. Un box spécifique est installé pour le circuit court et un box polyvalent en zone d'attente couchée de 4 lits. Un box spécifique est installé avec une table de gynécologie et un échographe. Le service dispose d'une salle spécifique pour les plâtres et les sutures.

Dans le cadre du plan blanc et de l'arrivée d'un afflux massif de victimes, une organisation est prévue avec l'hôpital de jour. Les patients de ce secteur seront sortis afin d'accueillir les patients des urgences, qui accueilleront les victimes. Une réserve de matériel est installée dans une réserve du service HDJ.

Une armoire informatisée de délivrance des médicaments permet de sécuriser le circuit et d'avoir un suivi de la délivrance du médicament.

Les diverses commandes de matériel logistique, médicaments ou dispositifs médicaux stériles ou non, sont informatisées. Les réserves sont adaptées, sécurisées et fonctionnelles. La péremption des produits est suivie. Le logiciel de prise en charge spécifique des urgences a été déployé en octobre 2016, en lien avec le DPI de l'établissement. Seules les prescriptions restent manuscrites et sont intégrées au dossier patient papier.

Les outils informatiques sont disponibles sur chaque secteur.

L'équipe biomédicale est présente du lundi au vendredi, et répond aux diverses maintenances. La nuit, le week-end et les jours fériés, l'administrateur de garde gère en fonction de l'urgence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont accueillis aux urgences par l'agent administratif et l'IAO. Ils sont triés selon une grille, formalisée dans le DPI. Ils sont ensuite orientés vers le secteur adapté à leur prise en charge : déchoquage (dans le cadre de l'urgence vitale), circuit court, box de soins (suture, plâtre), salle d'attente couchée, salle d'attente assis. Un recueil de données est réalisé. Une fois la prise en charge médicale réalisée, les traitements et soins délivrés, les résultats et diagnostic obtenus, la sortie du patient du service des urgences, validée par le médecin est organisée (retour à domicile, transfert, hospitalisation).

Certains parcours spécifiques ont été formalisés : patient nécessitant une prise en charge en psychiatrie, personnes âgées de plus de 75 ans, enfants, ... Une collaboration est en place avec le secteur psychiatrique du Centre Hospitalier Ambroise Paré et avec l'hôpital Saint Anne, qui accueillent ces patients en dehors des horaires d'ouverture de l'antenne psychiatrique. Les patientes présentant une grossesse inférieure à 22 semaines sont accueillis au service des urgences par un gynécologue obstétricien.

Il existe sur le territoire un nombre important de lits d'aval qui facilitent la fluidité des parcours (56 lits de SSR, 27 lits de médecine aiguë, 70 lits d'Unité de Soins de Longue Durée sur Saint-Cloud). Des parcours externes sont établis en fonction des besoins de prise en charge des patients (AVC, prise en charge des urgences chirurgicales absolues, lavage gastrique, ...)

Une procédure « accueil et parcours patient aux urgences » formalise les conditions d'accueil, le délai de prise en charge, la réalisation des actes à visée diagnostique et thérapeutique, l'information régulière et adaptée des patients et de ses proches, la coordination de l'hospitalisation ou de retour à domicile.

Des procédures de prises en charge ont été élaborées dans le cadre de l'amélioration de l'accueil : procédure d'accueil aux urgences des victimes de violences conjugales et familiales (Décembre 2017), conduites à tenir et éléments de surveillance (trauma crânien...)

Des prescriptions anticipées sont réalisées pour faciliter et fluidifier les prises en charge : radios des extrémités, convulsions chez l'adulte, hypoglycémie aux urgences, Prise en charge de la personne âgée présentant des troubles cognitifs aux urgences, prévention du risque suicidaire aux urgences...

Les professionnels suivent les procédures sur l'outil de gestion documentaire.

Les patients sont régulièrement informés des délais d'attente. Des posters d'information sont affichés : « Votre passage aux urgences » et « Et si vous aviez aussi des devoirs ». Une plaquette de présentation des

urgences est à leur disposition. Des fiches de surveillance spécifique leur sont remises à la sortie dans certains contextes (surveillance d'un plâtre, surveillance d'une petite plaie, surveillance d'un traumatisme crânien, vaccinations,...)

Un urgentiste assure la continuité des soins sur le site de Saint Cloud et est en lien avec les équipes médicales du site de Sèvres.

La prise en charge de la douleur est un axe de travail choisi par l'équipe des urgences. Des protocoles et procédures ont été formalisés, comme par exemple la prise en charge de la douleur de l'enfant de 0 à 12 ans, et le protocole de prescription antalgique de pallier 1. L'équipe utilise très régulièrement le MEOPA, comme indiqué dans le cahier de traçabilité. Une IDE est référente douleur et participe au CLUD.

Les circuits du matériel, circuit du linge, circuit des déchets sont effectifs, formalisés et connus des professionnels. La réserve de médicaments et celle des dispositifs médicaux sont sécurisés avec des codes.

La mise en œuvre des parcours permet la prise en charge de consultations et hospitalisations directes au sein des secteurs d'hospitalisations, comme vu lors des patients traceurs.

Des fiches de liaison inter service sont réalisées lors des orientations et transferts des patients afin d'assurer la continuité des prises en charge.

Les interfaces entre les différents secteurs logistiques, techniques, informatiques, médicotechniques (pharmacie, laboratoire, radiologie) sont connus des professionnels. Différents logiciels permettent les commandes, les demandes. Un logiciel de gestion des pannes et de suivi des maintenances est opérationnel et utilisé par le cadre de santé et ou les équipes en fonction des besoins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe au sein du service des urgences un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Des indicateurs sont suivis : par exemple, sur 21219 passages en 2016, le temps moyen de PEC IAO : 11 minutes, PEC totale : 2h34, taux d'hospitalisation 2017 des patients de plus de 75 ans : 15%, consommation du SHA en évolution positive

Des EPP sont réalisées de façon régulière : évaluation des risques liés à la prise en charge du syndrome coronarien aigu aux urgences (évaluation faite entre février 2016 et juin 2017 sur 30 dossiers), simulation et CREX plan blanc en 2017, patients traceurs en 2015, 2016 et 2017.

Un patient traceur est réalisé de façon annuelle : en 2015, patient entré aux urgences et hospitalisé en médecine ; en 2016 patient traceur ville-hôpital ; dernier en juin 2017.

Le bilan 2016 a fait apparaître des événements indésirables en lien avec l'organisation des mutations internes avec les urgences et entres services.

Un audit de la pertinence de la fiche IAO a été réalisé en 2017.

Des campagnes d'enquête de satisfaction sont réalisées de façon régulière. Lors de la dernière enquête réalisée, sur 278 questionnaires, il y a eu 29.17% de réponses avec 98% de satisfaction concernant l'accueil, 94% concernant les informations reçues, 44% ont été informés des délais d'attente... 90% ont une opinion positive à très positive de la prise en charge

Par ailleurs, l'analyse annuelle de la satisfaction des patients comporte des critères sur la prise en charge aux urgences.

Un poster qualité Urgences est affiché dans le service.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus.

L'audit réalisé en 2016 a permis la réorganisation architecturale et structurelle du service (évolution des locaux, organisations des prises en charge, réajustement des procédures, réflexion et réajustement des délais de prise en charge). Des travaux ont été réalisés (réfection des sols, peinture, création d'un box polyvalent en zone attente couchée). Il y a eu de nouvelles attributions de bureaux, des déménagements, des achats de matériel (brancards, ordinateurs, tensiomètres pour nouvelles salles), des sécurisations de portes, la création de deux postes d'agent d'accueil, la modification du questionnaire de satisfaction et le suivi des indicateurs de la qualité.

Les Indicateurs de la Qualité et Sécurité des Soins dans le cadre de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) a mis en évidence le manque du score NIHSS et de glycémie capillaire systématique dans les dossiers des urgences. La correction a été réalisée après une information des équipes médicales et paramédicales.

Suite au patient traceur réalisé en juin 2017, des actions ont été mises en place : identification des heures de prise en charge dans les dossiers, harmonisation des échelles de la douleur, informatisation du dossier.

Suite à la simulation du plan blanc, un CREX a été réalisé.

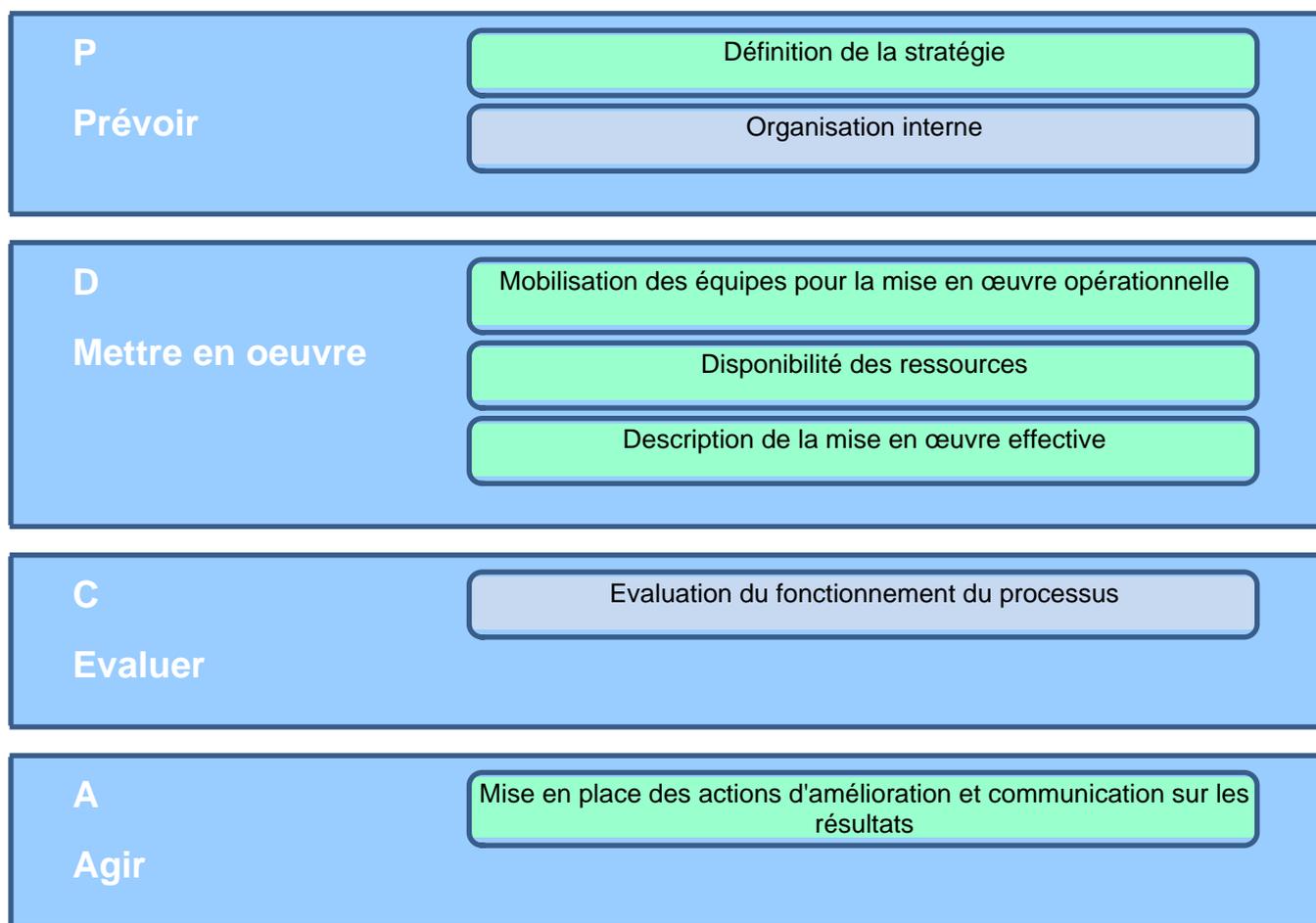
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité du bloc opératoire du Centre Hospitalier des Quatre villes (CH4V) est située sur le site de Saint Cloud. 7762 interventions ont été réalisées en 2016. Le bloc opératoire comprend un bloc central avec 4 salles d'intervention, une SSPI fonctionnant 7 jours/7 et 24h/24 avec 7 postes. Les locaux sont exploités en partenariat avec l'institut Curie-hôpital René Huguenin dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique. Il existe également un bloc obstétrical avec une salle de césarienne en urgence et un bloc dédiée à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) avec 4 postes de SSPI ouverts du lundi au vendredi de 9h-14h. L'activité AMP est certifiée ISO 9001.

Enfin, est aménagée une salle « externe » » pour les interventions sous anesthésie locale,

Le CH des 4villes comporte 5 pôles dont le pôle Bloc-anesthésie-chirurgie.

Les principales spécialités chirurgicales sont la chirurgie gynécologique, la chirurgie viscérale et urologique, la chirurgie orthopédique, la chirurgie ORL et stomatologie, la chirurgie ophtalmique et la chirurgie plastique.

L'établissement a élaboré sa stratégie et ses objectifs pour le management de la prise en charge du bloc opératoire sur la base d'une identification du contexte en particulier dans le cadre du GHT 92 centre dont il est l'établissement support, de ses missions et de l'analyse de ses risques propres.

La stratégie de développement de l'activité chirurgicale y compris la chirurgie ambulatoire est décrite dans le projet d'établissement 2017-2020, validée par les différentes instances en avril 2017. Des conventions sont établies pour la réanimation et la surveillance continue des patients avec le CH Ambroise Paré et la clinique Val d'Or.

L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé ses risques au niveau du bloc opératoire à l'aide d'une cartographie des risques avec les professionnels concernés dans le cadre d'un groupe qualité pluri-professionnel. Cette identification s'appuie sur un audit de processus du bloc opératoire réalisé en 2016, les indicateurs IQSS dont la tenue du dossier anesthésie, les résultats des EPP et des patients traceurs. La cartographie des risques au bloc opératoire a été validée en conseil de bloc le 17 mars 2017. 6 risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité.

Des objectifs d'amélioration sont déclinés dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les actions d'amélioration du Compte qualité se retrouvent dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le chef du pôle bloc-anesthésie-chirurgie (BAC), le chef de service de chirurgie et la cadre supérieure du bloc opératoire sont les pilotes du processus bloc opératoire. Leurs missions sont formalisées sous forme d'une lettre de mission.

Suite à l'audit externe du processus bloc, un groupe qualité bloc pluri-professionnel a été constitué en janvier 2017. Il comprend un brancardier, une AS, une IDE SSPI, une IADE, une IBODE, et les trois pilotes du processus bloc le directeur du pôle et un professionnel de la qualité. Le groupe qualité bloc a pour mission le management de la qualité et de la gestion des risques au bloc opératoire et se réunit régulièrement (9 réunions en 2017). Il a élaboré la cartographie des risques et suit les dysfonctionnements et l'état d'avancement des actions d'amélioration.

Les rôles et responsabilités des professionnels travaillant au bloc opératoire sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste.

L'organisation du bloc est formalisée dans la charte de fonctionnement du bloc validée par le conseil de bloc. La charte de fonctionnement du bloc décrit les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge et s'appuie sur des fiches parcours concernant le programmé, les urgences et l'ambulatoire. Elle établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires ainsi que le fonctionnement du conseil de bloc. Il existe également une charte de fonctionnement pour l'hôpital de jour qui comprend l'activité de chirurgie ambulatoire et une charte de fonctionnement du bloc externe.

Le fonctionnement du service de chirurgie et du service d'anesthésie sont régis par un règlement intérieur.

Les réunions de service au niveau du bloc sont une fois tous les trimestres.

Il existe des réunions de service en anesthésie deux fois par mois permettant d'aborder les dossiers difficiles et de sensibiliser sur les conduites à tenir.

Il existe également un CLIP inter-bloc entre CH4V et l'institut Curie.

Le conseil de bloc est dirigé par le chef de service de chirurgie. Il s'est réuni 5 fois en 2016 et 3 fois en 2017.

Une cellule de régulation des activités du bloc opératoire est en place. Elle comprend un praticien régulateur et un cadre supérieur anesthésiste régulateur. Chaque jour le programme du lendemain fait l'objet d'une analyse par le cadre.

Elle est chargée du suivi et du traitement des dysfonctionnements.

La cellule de programmation valide le programme opératoire de la semaine N+1 soit le jeudi pour la semaine suivante. Cette planification est communiquée aux professionnels concernés.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires.

Le plan de formation intègre des formations destinées au personnel du bloc. Il existe un plan d'intégration et de progression pour les nouveaux arrivants IDE. Pour les nouveaux arrivants étudiants IBODE et IDE une autoévaluation pour les soins les plus fréquents au bloc est en place.

Une démarche qualité, documentée et actualisée assurant la sécurité de la prise en charge des patients est en place. Elle s'appuie sur un système documentaire accessible sur intranet.

Les procédures et les protocoles sont formalisés, validés, actualisés et élaborés en concertation avec les professionnels concernés.

Les locaux sont adaptés à l'activité et ont été réhabilités récemment.

Le zonage du bloc est effectif. Les circuits sont adaptés aux risques identifiés.

L'hygiène des locaux et la maintenance préventive et curative des équipements et matériels biomédicaux et non médicaux sont organisés.

Les interventions au bloc opératoire sont planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé. Le système d'information du bloc est connecté au système d'information hospitalier. Les prescriptions post opératoires en SSPI sont réalisées sur le logiciel dossier patient.

Les interfaces sont organisées et permettent l'échange d'information et la coordination entre le bloc opératoire et les secteurs d'activité cliniques, le laboratoire, l'imagerie, la stérilisation, la pharmacie et le biomédical.

La stérilisation est externalisée au Centre Hospitalier de Versailles et des réunions sont organisées entre les deux établissements pour faire le point sur les dysfonctionnements répertoriés sur un tableau de bord mensuel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du bloc/SSPI et de l'unité de chirurgie ambulatoire s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins de l'établissement et organise la déclinaison institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels.

L'encadrement du bloc sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans le secteur bloc-SSPI et le service de chirurgie ambulatoire. Des réunions d'équipe sont organisées chaque semaine en chirurgie ambulatoire. Un cahier de liaison permet à la cadre et aux professionnels de transmettre des informations au fil de l'eau en secteur ambulatoire.

Au bloc opératoire, la cadre sup du bloc transmet les informations grâce à un dossier « information » situé sur l'intranet du bloc et accessible à l'ensemble des professionnels du bloc. Elle organise des réunions de service une fois par trimestre.

Le management s'assure de la conformité des pratiques en organisant régulièrement des audits ou EPP sur la check-list, sur la feuille anesthésie, sur la préparation cutanée, le délai d'arrivée du patient au bloc opératoire, sur le port des bijoux.

Les résultats sont présentés aux équipes lors des réunions de service, du groupe qualité bloc ou au du conseil de bloc. Les professionnels participent au choix des actions d'amélioration.

Les professionnels recueillent des événements indésirables et participent à des analyses systémiques des causes profondes. Des RMM pluri-professionnelles sont organisées régulièrement (4 RMM par an).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles au bloc opératoire. Un système de gardes et d'astreintes permet d'assurer un fonctionnement 24h/24 pour la prise en charge des urgences. La liste des gardes et astreintes est établie et disponible au sein du bloc.

Les professionnels du bloc ont suivi des formations sur la transfusion et la douleur par e-learning, des formations à la radioprotection ainsi qu'à la gestion du dépôt de sang.

Les professionnels du bloc-SSPI sont formés au logiciel dossier patient (DPI) en particulier pour les prescriptions post opératoires et le plan de soins.

Les professionnels participent à l'élaboration des procédures et protocoles. Elles sont connues des professionnels et accessibles sur le logiciel documentaire : protocoles opératoires, anesthésiques, post opératoires : soins et surveillance, des recommandations pour les patients concernant un examen endoscopique.

Un protocole sur la liste des examens biologiques préopératoires nécessaires en fonction du type de chirurgie a été rédigé afin de limiter les examens inutiles.

Des fiches parcours sur le programmé, l'ambulatoire et les urgences ont été réalisées avec les professionnels permettant de préciser les différentes étapes depuis la décision d'intervention jusqu'à la surveillance post opératoire et les documents nécessaires.

La gestion du matériel du bloc opératoire est effective. Elle est réalisée pour la fonction achats par le CH4V et pour la fonction maintenance par le biomédical de l'institut Curie. La maintenance préventive et curative est assurée avec une prise en compte des nécessaires remplacements et suivi de matériels.

Les locaux sont adaptés à l'activité et maintenus : espace accueil, zone de transfert, locaux logistiques et réserves. Ils favorisent le respect des circuits et la marche en avant. Le système de traitement de l'air est fonctionnel. Des travaux ont été réalisés dans les vestiaires permettant la marche en avant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures prévues. Les circuits et la programmation sont respectés.

Les interfaces sont opérationnelles. Une fiche de liaison services /bloc permet de tracer les informations nécessaires à la prise en charge au bloc opératoire : préparation cutanée

Les patients sont porteurs d'un bracelet d'identité et une vérification de leur identité est réalisée à chaque étape de la prise en charge.

A l'hôpital de jour sur l'activité de chirurgie ambulatoire un système de SMS la veille de l'intervention a été mis en place et son envoi est tracé. Si le patient ne dispose pas de téléphone portable un appel chez lui est réalisé et tracé. Un score de sortie permet de déclencher la sortie effective du patient.

La mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est effective. Elle est disponible en format papier sous trois formats pour le bloc, les interventions en endoscopies et les césariennes. La procédure de mise en œuvre de la check-list validée par le conseil de bloc est accessible dans tous les blocs sous forme d'affiche. Ceci a été vérifié lors des investigations de terrain. Elle est ensuite archivée dans le dossier patient. Ceci a été vérifié pour le patient traceur en endoscopie et en chirurgie ambulatoire. Le remplissage des trois phases de la check-list a été audité sous forme d'EPP régulières depuis 2012. Des actions d'amélioration ont été mises en place notamment sur la nécessité du partage d'information à voix haute avec l'ensemble de des membres de l'équipe en particulier sur le temps 2 et 3.

Le dossier d'anesthésie est papier hormis les prescriptions post opératoires en SSPI. La tenue du dossier d'anesthésie a fait l'objet d'une évaluation hors protocole en 2016 suite aux résultats de l'indicateur tenue du dossier d'anesthésie en 2015. Des actions d'amélioration ont été entreprises par le chef de service d'anesthésie notamment sur la sensibilisation des praticiens à la traçabilité des informations du dossier d'anesthésie.

Cependant, les items de la visite pré-anesthésique ne sont pas toujours renseignés sur le dossier d'anesthésie papier. Il a été constaté lors des patients traceurs en chirurgie ambulatoire et en obstétrique que l'identité de l'anesthésiste n'était pas tracée (nom, prénom, signature) sur la visite pré-anesthésique. De plus lors de la visite en chirurgie ambulatoire, sur un dossier d'anesthésie, il a été constaté que l'ensemble des items de la visite pré-anesthésique n'étaient pas renseignés.

Il existe une traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes. Une fiche descriptive du matériel implanté est transmise au patient à sa sortie (type de DMI, nom du fabriquant, numéro de lot).

Les cahiers d'ouverture de salle opératoire, de SSPI et d'anesthésie permettent de tracer la vérification des matériels et équipements.

La recherche des risques des ATNC est effective.

La surveillance de l'air, eau, et surface est effective avec des prélèvements réguliers et des résultats trimestriels qui sont communiqués aux professionnels par l'intermédiaire du dossier « information » sur l'intranet du bloc.

Un recueil des événements indésirables du bloc est réalisé par les professionnels.

Les comptes rendus des conseils de bloc et du groupes qualité bloc sont accessibles dans le logiciel documentaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est en place

Un tableau de bord recense les principaux indicateurs d'efficience dont le temps de vacation offert, le temps réel d'occupation des salles, le taux d'occupation réel par praticien, etc...

Pour l'activité de chirurgie ambulatoire : le taux de chirurgie ambulatoire global, sur les gestes marqueurs, le taux de déprogrammation, le nombre de réadmissions en urgence dans les 24H.

D'autres indicateurs concernant l'activité sont suivis mensuellement : le nombre d'interventions par spécialité et par opérateur, le nombre de report et de reprogrammation par spécialité.

Les indicateurs IQSS sont suivis en particulier la tenue du dossier patient d'anesthésie et l'évaluation de la traçabilité de la douleur en SSPI à l'entrée et à la sortie avec des évaluations hors protocole national.

De nombreuses EPP sont réalisées : audits sur l'utilisation de la check-list, sur la traçabilité de la pré désinfection des DMI, sur délai d'acheminement des patients au bloc, sur la traçabilité de la douleur en SSPI et sur la qualité de la tenue de la feuille de surveillance anesthésique per et post opératoire.

En chirurgie ambulatoire, un audit de conformité sur la traçabilité des critères de sortie et une évaluation de la douleur a été menée en 2015 et 2016. Une évaluation de la mise en place du SMS de rappel auprès des patients et de professionnels a été réalisé en février 2017.

Deux patients traceurs ont été réalisés dans le pôle BAC dont un en chirurgie ambulatoire.
Un audit de processus sur le bloc opératoire a été réalisé en octobre 2016.
Un bilan annuel des événements indésirables (EI) est réalisé pour le pôle BAC et présenté en conseil de bloc. 123 EI ont été déclarés en 2016 et 95 au 1er semestre 2017.
Des RMM sont organisées régulièrement en chirurgie : 4 en 2015 et 4 en 2016.
Le taux d'incidence ISO est suivi annuellement par spécialité chirurgicale en lien avec le CCLIN paris Nord.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en place et suivies au sein du bloc par le groupe qualité du bloc et sont intégrées dans le PAQSS. Ainsi sur la tenue du dossier d'anesthésie, une sensibilisation par le chef de service auprès des anesthésistes sur l'importance de la traçabilité de la visite pré anesthésique, sur l'évaluation de la douleur à l'entrée et sortie de SSPI a été réalisée et un nouvel audit en novembre 2017 a montré une progression des indicateurs concernés. De même pour l'EPP sur l'utilisation de la check-list des actions d'amélioration ont été menées dont l'affichage du mode opératoire au bloc, une sensibilisation des professionnels en installant sur certains postes la vidéo HAS sur l'utilisation de la check-list et une communication par courrier à l'ensemble du personnel du bloc sur les résultats de l'évaluation et le mode d'emploi de la check-list.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée en interne dans le cadre des réunions de service du bloc, lors des réunions du conseil de bloc par le groupe interne qualité bloc. Un dossier « information » sur l'intranet est accessible aux professionnels du bloc et contient les CR des réunions de service les résultats des différents prélèvements transmis par le laboratoire et le service d'hygiène.

Les indicateurs IQSS sont communiqués aux professionnels par voie d'affichage dans le service ou sur l'intranet et aux usagers par affichage au sein de l'établissement et sur le site internet.

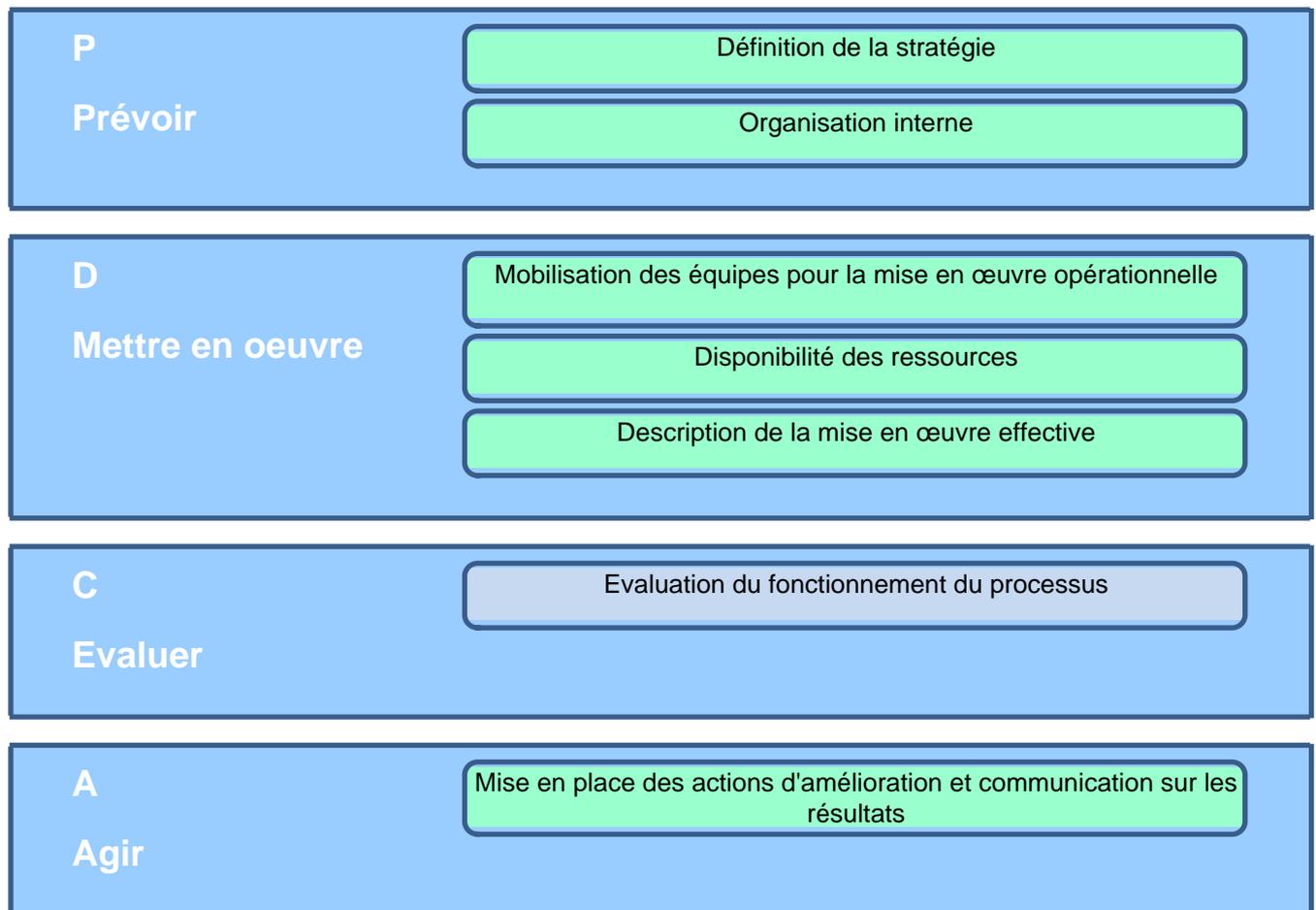
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V), porteur du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 92, est issu de la fusion, le 1er janvier 2006, du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres et de l'Hôpital de Saint-Cloud.

L'endoscopie est intégrée au pôle Bloc Anesthésie Chirurgie. Celui-ci englobe le bloc opératoire, sa salle de réveil et les deux salles externes exploitées en partenariat avec l'Institut Curie – Hôpital René Huguenin, dans le cadre du Groupement d'Intérêt Economique (GIE) « Lauer », ainsi que le service d'anesthésie, le service de chirurgie (20 lits indifférenciés) et une partie de la capacité de l'Hôpital De Jour (HDJ).

L'endoscopie est organisée sur 3 secteurs :

-Bloc opératoire accueillant, dans une salle dédiée, les patients nécessitant une endoscopie sous anesthésies générale (AG),

-Bloc externe accueillant les patients de gastroentérologie et d'urologie nécessitant une endoscopie sans AG,

-Consultations externes (ORL).

Le traitement des endoscopes est sous-traité, par convention signée en 2009, sur le site unique de l'Hôpital René Huguenin site de Saint-Cloud, séparé du CH4V par une passerelle. Le bloc externe est aussi situé sur ce secteur. En 2016, 449 endoscopies digestives et biliaires ont été réalisées au bloc opératoire. Les patients sont dirigés en post opératoire (majoritairement) sur le secteur d'HDJ médico chirurgical ou en hospitalisation sur le secteur de médecine. Le bloc externe a réalisé en 2016, 235 endoscopies digestives, 116 endoscopies urologiques. Une augmentation d'activité est à noter en 2017 : 308 endoscopies digestives, 179 endoscopies urologiques. Concernant le secteur ORL, 1972 actes ont été répertoriés en 2017 dont 190 au bloc externe.

Le Projet d'établissement 2017/2021, a inscrit des objectifs d'amélioration d'accueil du patient sur le pôle BAC. Une réflexion est menée sur les circuits avec l'Institut Curie – Hôpital René Huguenin, sur l'optimisation du fonctionnement du bloc, sur l'informatisation du dossier anesthésique, sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Cependant, il n'y a pas de politique institutionnelle commune à l'ensemble des secteurs d'endoscopie du CH4V. L'expert-visiteur n'a pas retrouvé de charte commune pour le fonctionnement et l'organisation générale du secteur endoscopie, ni d'organigramme commun, ni de logigramme de parcours. Les interfaces ne sont pas notifiés dans une procédure.

Le CH4V a identifié, analysé et hiérarchisé ses risques en endoscopie. Il a ensuite formalisé un programme d'actions préventives et de surveillance. Il a utilisé l'analyse des Fiches d'événements indésirables (FEI) et des patients traceurs. La V2010 n'avait pas émis de recommandations sur ce secteur.

4 risques ont été priorisés et hiérarchisés, selon la grille d'aide au calcul de la criticité des risques et du risque résiduel définie par l'HAS. Ils sont renseignés dans le Compte Qualité (CQ) : risque organisationnel pour le CH4V lié à des changements d'activité de l'Hôpital René Huguenin, manque d'évaluation en amont du risque de Creutzfeld Jakob (CJK) pour les interventions sans AG, préparation colique du patient insuffisante, manque d'harmonisation des pratiques d'anesthésie concernant les demandes de RAI.

Un plan composé de 7 actions a été mis en œuvre selon un calendrier établi : constitution d'une cellule de coordination en endoscopie, formalisation de l'organisation (fiches de poste IDE/AS), formation des IDE et sensibilisation de l'ensemble des utilisateurs aux risques associés, renouvellement de la sensibilisation des prescripteurs sur l'utilisation de la fiche CJK papier si l'endoscopie a lieu sans AG, mise en place d'une évaluation de pratiques avec suivi d'indicateur du nombre de patients annulés ou repris en raison d'une mauvaise préparation colique (détail sur l'étape du constat, l'analyse des causes et plan d'action), réactualisation des protocoles d'examen préopératoires en lien avec les chirurgiens et gastroentérologues avec rediffusion à tous les Médecins Anesthésistes, mise en œuvre d'une EPP "évaluation de la pertinence des demandes de RAI au regard du protocole défini", conduite de réunions conjointes CH4V - CH Huguenin pour anticiper l'impact de leurs travaux et réorganisations sur le CH4V.

Le Compte Qualité (CQ), en articulation avec le Programme d'Actions de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) a été présenté et validé aux différentes instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de l'endoscopie est effectif. 3 pilotes, validés par les instances, ont été nommés pour gérer la thématique "Endoscopie" : médecin gastro-entérologue, cadre de santé d'Hôpital de Jour, cadre supérieure du bloc opératoire.

Ils disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en octobre 2016. Ils travaillent en lien avec à la cellule qualité. Ils ont pour mission d'identifier et d'analyser le processus, de préparer le Compte

Qualité (CQ), de piloter le processus, de préparer la visite de certification. Les pilotes ont accès au compte qualité sur SARA.

Les endoscopies réalisées sur le bloc central intègrent l'organisation, le fonctionnement, les processus et procédures du bloc opératoire, comme inscrit dans la charte de fonctionnement. Le conseil de bloc est opérationnel. La charte de bloc existe et est diffusée. Les responsabilités sont définies au sein du bloc. Un organigramme est disponible. Les planification/programmation/régulation sont organisées. La gestion des risques est organisée. Les check-list sont diffusées et utilisées. Le cadre supérieur du bloc, pilote du processus, organise le secteur endoscopie. Le ratio de personnel est en adéquation avec la réglementation. Les locaux permettent le respect de la marche en avant. Le pré traitement interne et le traitement externe des endoscopes sont formalisés. Les procédures sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire, les circuits formalisés.

Le bloc externe, éloigné du bloc opératoire, est géré pour la partie locaux et matériovigilance par le CH Huguenin ainsi qu'une partie des personnels. L'autre partie est gérée par la cadre du bloc du CH4V. Les procédures de prises en charge des patients en endoscopies sont utilisées sur ce secteur (check liste endoscopie, consentement éclairé, ...). Le dossier patient papier est utilisé dans l'attente du déploiement du dossier patient informatisé (DPI). Le personnel est composé d'une IDE et d'une AS. Une charte de fonctionnement est formalisée. La programmation est réalisée sur le logiciel de programmation interne à tous les secteurs.

La salle de traitement des endoscopes, sur le site du CH Huguenin est conforme à la réglementation. Elle est organisée avec une paillasse pour le traitement manuel, un lave endoscope, deux armoires de stockage des endoscopes, deux chariots de transport adaptés. La marche en avant est respectée. Les contrôles des endoscopes et des matériels sont organisés par les médecins hygiénistes des deux établissements. 2 Aides-soignantes travaillent du lundi au vendredi sur ce secteur.

Les naso-fibroscopies réalisées en ORL sont intégrées au service des consultations externes, gérées par un cadre de santé. Une infirmière est référente de cette spécialité. Elle veille aux bonnes pratiques, au suivi des procédures de prise en charge des patients et du traitement des appareils utilisés. Le ratio de personnel de ce secteur est en adéquation avec l'activité de l'unité.

Le parcours du patient en endoscopie est organisé. 6 parcours programmés ont été répertoriés et formalisés dans la gestion documentaire institutionnelle (GED) : parcours du patient nécessitant une endoscopie sous AG pris en charge en ambulatoire, hospitalisé à Sèvres, hospitalisé au CH4V ; parcours du patient hospitalisé ou externe nécessitant une endoscopie sans AG au bloc externe ; parcours du patient hospitalisé au CH Huguenin.

La permanence des soins et les urgences en endoscopie sont assurées, en dehors de la présence médicale au CH4V, au Centre Hospitalier Ambroise Paré, à la Clinique du Val d'Or et à la clinique de l'Europe.

Un comité de liaison en endoscopie a été mis en place en novembre 2017. Une réunion est prévue en février 2018. Son objectif est de faciliter l'organisation des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs professionnels.

Les fiches de postes des personnels sont formalisées sur tous les secteurs. Il existe un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction (formation théorique, pratique et encadrement par professionnel expérimenté). Différentes formations en lien avec l'endoscopie, le traitement des endoscopes, l'identitovigilance, les gestes d'urgence sont accessibles. Les procédures liées à l'endoscopie sont consultables sur la GED.

Les équipements et les matériels nécessaires sont identifiés. La maintenance préventive est organisée par le service biomédical des deux établissements supports. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place et une gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée. Les classeurs « de vie » des endoscopes sont mis en place avec des fiches de traçabilité.

Les procédures sont formalisées, validées (prise de rendez-vous, modalités de l'acte endoscopique, traitement de l'endoscope semi manuel ou par laveur, stockage, traçabilité, check-list). La programmation des examens est effective.

Les dossiers patient (DPI et papier selon les secteurs) intègrent les données médicales des patients (pertinence de l'indication, explication du consentement éclairé, recherche ATNC). Les documents suivants sont intégrés dans le dossier papier : consentement éclairé, fiches de liaison, formulaires de préparation à l'endoscopie, compte rendu d'endoscopie (ou résultats de l'endoscopie dans le dossier du patient), compte rendu d'anesthésie (si applicable) ; check-list sécurité HAS, prélèvements microbiologiques, anatomo-cytopathologiques et leurs résultats, fiches de surveillance post-endoscopie, traçabilité de l'endoscope utilisé et de son mode de traitement.

Les patients sont informés à l'aide de supports expliquant l'endoscopie, la préparation nécessaire, la surveillance post endoscopique.

L'organisation mise en place sur chacun de ces secteurs permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires.

L'Hygiène des locaux est organisée selon les procédures institutionnelles. La gestion de la qualité de l'air et de l'eau est organisée. Les prélèvements de surface et relatifs aux endoscope sont formalisés.

Les professionnels ont à disposition des dispositifs de protection (masques, lunettes).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé de l'Hôpital de Jour et des consultations externes et, la cadre supérieure du bloc opératoire sont en charge de la mise en œuvre de la démarche au sein des différents secteurs d'endoscopie. Elles veillent à la mise en œuvre des procédures validées (notamment sur le traitement des endoscopes et les parcours), aux bonnes pratiques (traçabilité des suivis des patients) et communiquent auprès de leurs équipes respectives.

Les indicateurs sont essentiellement suivis sur les secteurs du bloc opératoire et du bloc externe. En consultation, une IDE est référente de la prise en charge des endoscopies en ORL, du suivi des naso-fibroscopes et des bonnes pratiques. Elle suit les procédures.

Les équipes participent à la réalisation ou au réajustement des procédures.

Des réunions d'information formelles ou informelles ont lieu dans les différents secteurs. Un poster sur le management de la prise en charge en endoscopie est affiché sur chacun des secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Sur le secteur du bloc opératoire, les équipes gèrent les endoscopies, selon les plages horaires prévues à cet effet. Sur le secteur du bloc externe, l'IDE, présente du lundi au vendredi de 9h à 16h45, peut accueillir 6 patients (en moyenne, elle en reçoit 2 à 3 par jour). Ce secteur ferme en fonction des absences médicales. Dans ce cas, les examens sont reportés ou réalisés au bloc central.

Les professionnels bénéficient de formations. L'AS et l'IDE du bloc externe ont eu une formation sur le traitement des endoscopes en décembre 2017 (attestations de formation fournies). Une aide-soignante est expérimentée sur le secteur du traitement des endoscopes et encadre une nouvelle collègue, arrivée depuis 2 semaines, qui a reçu une formation pratique de 2 jours.

Les procédures issues de documents de référence validés (réglementation de juillet 2016 sur le traitement des endoscopes) sont disponibles et actualisées. Ces documents sont accessibles aux professionnels et intégrés dans le dispositif de gestion documentaire institutionnel (actes endoscopiques, traitement des endoscopes, traçabilité, check List...).

Les professionnels ont accès au dossier du patient (DPI et ou Papier selon les secteurs), et disposent des éléments nécessaires à la prise en charge (identité, consentement éclairé, résultats d'examen, prescriptions, préparation, information Creutzfeld Jacob,...)

Les comptes rendus endoscopiques réalisés mentionnent le nom du patient, le nom de l'opérateur, le n° de l'endoscope ainsi que les comptes-rendus de l'examen et les images de l'examen endoscopique. Ils sont intégrés dans le dossier patient Papier.

Le cahier de vie des endoscopes est suivi au quotidien, ainsi que les cahiers d'ouverture et fermeture de salles d'endoscopie sur les secteurs bloc central et bloc externe.

Le stockage des endoscopes permet une durée de validation du traitement sur une période de 7 jours.

La programmation des endoscopies se fait sur un logiciel afférent au DPI.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients : type d'examen, risques, préparation, organisation de l'examen...

Le secteur endoscopie dispose de 11 endoscopes, un urétéroscope, 2 fibroscopes vésicaux, 2 naso-fibroscopes. Les équipements/matériels en panne sont remplacés dans des délais permettant la continuité de la prise en charge des patients. Le matériel de prêt est tracé et contrôlé micro-biologiquement avant son utilisation. Le service biomédical est le référent de la maintenance et du suivi.

Le plan d'équipement annuel du CH4V est réalisé par les cadres et chefs de service et validé par le chef de pôle.

Il existe un contrôle formalisé des stocks de matériel stérile et des dates de péremption des consommables à usage unique selon la procédure institutionnelle.

Les professionnels ont à disposition des masques pour le traitement complet manuel des endoscopes.

Un chariot d'urgences vitales est retrouvé sur tous les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les observations issues des visites sur les différents secteurs, les rencontres avec les professionnels impactés par le processus confirment l'effectivité de la mise en œuvre.

Les locaux sont fonctionnels sur l'ensemble des secteurs.

La salle des consultations ORL est située dans la nouvelle construction. Elle est spacieuse et fonctionnelle. Les naso-fibroscopes sont utilisés avec des gaines à usage unique. Les modalités de traitement de ces appareils sont formalisés dans la GED. Un traitement simple est suffisant après chaque utilisation sauf si la gaine a perdu son étanchéité. Une fois par semaine, un traitement complet est réalisé en salle de traitement au bloc externe.

Le bloc externe dispose d'un accueil assis de 6 places, un box couché, un bureau médical, une salle d'endoscopie accolée à la salle de traitement des endoscopes.

Dans la salle de traitement des endoscopes, un logiciel intégré au laveur désinfecteur et la paillasse informatisée permettent d'enregistrer la traçabilité du traitement complet de l'endoscope avec le n° du dispositif médical et le nom la personne responsable de la désinfection. Un tableau d'affichage récapitule les dates de désinfection des endoscopes et les dates butoirs d'un nouveau traitement. Une procédure de séquestration des endoscopes est formalisée dans la GED et a été utilisée en novembre 2017 dans l'attente de résultats éliminant les risques PRION. Cette salle est sous la responsabilité du pharmacien du CH Huguenin. Un organigramme a été réalisé en janvier 2018. Les AS sont présentes de 7h30 à 17h pour l'une, de 8h30 à 18h pour l'autre. Une AS supplémentaire est formée pour les remplacements.

Les procédures liées à l'endoscopie sont connues des professionnels des différents secteurs : identitovigilance, utilisation des check list, accueil et installation des patients, information du patient, complétude du dossier, surveillance du patient, pré traitement et traitement des endoscopes. La traçabilité est effective à toutes les étapes de la prise en charge comme vu lors des rencontres de terrain et lors du patient traceur.

Les équipes d'endoscopie rencontrées favorisent la bienveillance dès l'accueil du patient. Son identité est vérifiée à toutes les étapes de la prise en charge.

La programmation et la régulation des endoscopies sont opérationnelles sur tous les secteurs.

L'utilisation de la check-list sécurité patient est effective. Une check list de préparation du patient et de son dossier avant l'endoscopie a été réalisée et est opérationnelle.

Les prélèvements bactériologiques et cytologiques sont organisés pour tous les matériels par les hygiénistes des CH4V et CH Huguenin selon les secteurs. Les endoscopes sont contrôlés deux fois par an. Une fiche de demande de prélèvement pour le contrôle des endoscopes est formalisée dans la GED. Une procédure de conduite à tenir est réalisée pour l'interprétation des résultats de prélèvements de contrôle de la désinfection des endoscopes.

L'information médicale issue des actes endoscopiques est tracée. Le compte rendu est effectué en temps réel.

La traçabilité de l'acte, des matériels utilisés et de leur traitement est assurée et reportée dans le dossier du patient ainsi que l'identité de l'opérateur et de l'AS responsable du traitement.

La ventilation et la qualité de l'air des locaux de la salle de traitement font l'objet d'un suivi.

Des réunions organisées par le comité de pilotage et l'encadrement permettent de dégager des actions d'amélioration qui prennent en compte les avis des professionnels.

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical présents au niveau du secteur d'endoscopie lors de la visite sont adéquats et concordants avec le planning d'examen défini.

La liste des personnels assurant la permanence des soins est établie, diffusée et connue de toutes les personnes et de tous les services concernés.

La déclaration et l'analyse des EI sont effectives. Les procédures de signalement/d'analyse et supports de signalement sont connus des professionnels, qui participent à la déclaration des EI et à leur analyse.

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge, notamment sur le bénéfice/risque de l'acte. Il existe différentes lettres d'information données au patient : la réalisation d'une endoscopie au CH4V, réalisation d'une rectosigmoïdoscopie (septembre 2017), recommandations avant une fibro-gastrique au bloc opératoire, information avant coloscopie... Son consentement éclairé est recueilli. Les consignes à suivre avant la procédure (préparation à la procédure, jeûne, gestion des traitements, exigences liées à l'anesthésie éventuelle,...) ainsi que les consignes à suivre après la procédure (reprise de l'alimentation, traitements médicamenteux et non médicamenteux éventuels, effets indésirables possibles, signes cliniques à surveiller, etc.) sont expliquées.

L'identité du patient est vérifiée à chaque étape. L'intimité et la dignité du patient sont respectées. La confidentialité des données concernant le patient est assurée.

Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué.

Les check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive », « sécurité du patient en endoscopie au bloc externe » sont mises en œuvre et tracées dans le dossier du patient.

Les prélèvements microbiologiques des endoscopes réalisés sont correctement identifiés et tracés.

La sortie de SSPI est validée par l'anesthésiste selon la procédure définie.

En cas de prise en charge en ambulatoire, la vérification de l'aptitude au domicile est réalisée par l'IDE selon une grille formalisée. La fiche d'autorisation de mise à la rue est signée par le médecin.

Le comité de liaison mis en place en novembre 2017 pour faciliter les liens entre les deux établissements et les coordinations entre les différents secteurs est composé de professionnels du CH4V et de professionnels du CH Huguenin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

À l'échelle de l'établissement, les pilotes assurent le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie.

Des indicateurs d'activité sont suivis dans les différents secteurs : taux d'occupation des salles, moyenne mensuelle par spécialités,...

Des indicateurs qualitatifs sont aussi suivis et analysés. 12 FEI ont été réalisées en 2017 concernant le secteur endoscopie. Elles ont été analysées avec les professionnels concernés. Des audits ont été réalisés

au bloc opératoire sur la feuille d'anesthésie, la préparation du patient (habillage, présence de vernis, bijoux, piercings, prothèses dentaires non retirées), la traçabilité de la pré désinfection des dispositifs médicaux. Une EPP a été réalisée en endoscopie digestive afin d'analyser des défauts de préparation colique des patients dans le cadre des coloscopies.

Suite à une séquestration d'endoscope, une réunion a eu lieu le 8/01/2018 pour vérifier le fonctionnement et l'organisation du parcours patient et des circuits avec l'équipe de lutte contre les infections liées aux soins. L'étude du dossier a montré la conformité de la prise en charge.

Les résultats des indicateurs, des EPP et audits sont analysés et permettent la mise en place d'actions d'amélioration avec les professionnels en fonction des résultats obtenus.

A / AGIR

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

Suite à l'EPP patient traceur, réalisé en endoscopie digestive en octobre 2016, les parcours ont été formalisés et validés par la CME.

Suite à l'EPP sur le défaut de la préparation colique réalisé en juin 2017, les actions suivantes ont été mises en place :

- information et formation des services de soins sur la prise en charge du patient, en vue d'une coloscopie (power point des équipes médicales et par médicales dans tous les services)
- récusation du patient au bloc externe si la traçabilité du CJK et de l'information au patient ne sont pas dans le dossier
- une check list infirmière a été réalisée afin d'adresser les patients avec des dossiers complets et une préparation adaptée.

Suite au patient traceur réalisé en addictologie en janvier 2018, la traçabilité de l'appel de la veille a été mise en place en HDJ, la sensibilisation des anesthésistes a été renforcée sur la prescription post opératoire informatisée. Un audit a été réalisé en 2017 sur la vérification de la check list au bloc central. Celle-ci était présente dans 97.53% des dossiers mais la traçabilité était incomplète (manque signature et ou identification du chirurgien ou de l'anesthésiste). Les résultats ont été présentés au conseil de bloc et adressés aux professionnels concernés. Un envoi de courrier à l'ensemble des acteurs a été réalisé pour les sensibiliser, ainsi qu'une mise en ligne d'une vidéo HAS au bloc.

Les résultats sont communiqués aux instances. Ils sont affichés et intégrés dans le livret d'accueil en direction des usagers. Une lettre spécifique est mise en place sur la qualité.

Une réflexion est actuellement menée sur la mise en place d'un questionnaire de satisfaction des usagers.

Un comité de liaison avec le CH Huguenin se met en place pour coordonner les organisations entre les deux établissements sur le secteur endoscopie. La première réunion a eu lieu le 23/11/2017.

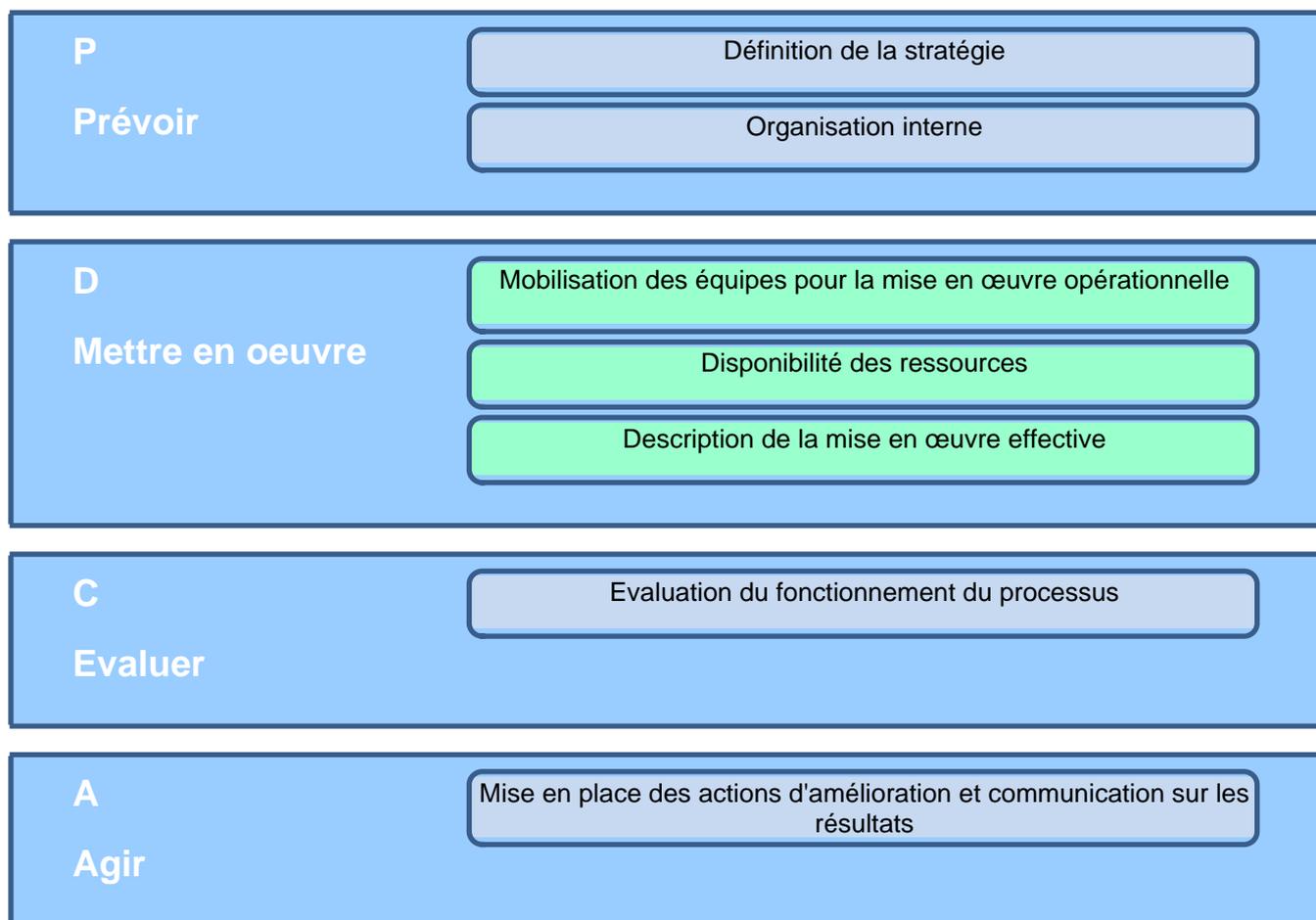
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Issue du regroupement en mars 2015, sur le site de Saint-Cloud, des maternités historiques de Sèvres et de Saint-Cloud, la maternité de niveau 2A du Centre Hospitalier des 4 Villes (CH4V) a réalisé en 2017, 3072 naissances, 3185 accouchements (21% d'épisiotomies), 2213 péridurales, 697 césariennes (22.9%), 41 grossesses multiples, 389 voies basses non spontanées.

Les orientations stratégiques de l'établissement prennent en compte le niveau de risque materno fœtal selon le type de maternité et formalisent les collaborations inter établissements adaptées.

L'autorisation d'activité en périnatalité a été renouvelée par l'ARS, le 12/02/2015. Il existe diverses conventions de coopération avec le Centre Hospitalier Rives de Seine, le réseau périnatal 92, l'Etablissement Français du Sang (EFS) de Versailles concernant la délivrance de produits sanguins, l'Hospitalisation A Domicile (HAD) pédiatrique de l'AP-HP,... Le CH4V est membre du Réseau PERINAT ARS IDF (dernier renouvellement février 2016).

Le pôle Femme Enfant dispose de 62 lits d'hospitalisation complète répartis sur trois niveaux, dont une unité récemment ouverte de 10 lits dédiés à la gynécologie et aux grossesses pathologiques, installée en contiguïté du service de chirurgie et mutualisant avec ce dernier une partie des ressources paramédicales. Il est aussi l'un des principaux utilisateurs des 15 places d'hôpital de jour (HDJ).

Les activités de la maternité intègrent l'unité de néonatalogie d'une capacité de 12 lits, pouvant accueillir les nouveaux nés à partir de 7 mois et demi de grossesse. La maternité fonctionne en réseau avec d'autres services spécialisés afin de mieux prendre en charge les grossesses à risques. La maternité a développé des liens étroits avec les gynécologues de ville, qui peuvent suivre la grossesse jusqu'au 6ème mois.

Également relocalisé sur le site de Saint-Cloud en 2015, le centre d'assistance médicale à la procréation (AMP) connaît une progression de l'ensemble de ses activités. Il dispose de 6 places d'hôpital de jour et une salle de bloc opératoire dédiée.

L'établissement participe également au programme PRADO. Ainsi, cette offre permet au CH4V. de répondre aux attentes de soins de proximité des patientes, tout en garantissant qualité et sécurité de la prise en charge.

Le projet d'établissement, en lien avec le Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2013/2018 et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROSS), dispose d'un axe périnatalité avec des objectifs, au vu de l'évolution d'activité, de la restructuration et de la modernisation de l'unité obstétrique, de faire évoluer la gouvernance du pôle Femme Enfant en favorisant le développement de chacun des secteurs :

- un service de médecine de la reproduction assurant la prise en charge de l'infertilité médicalement et chirurgicalement, dans un bloc opératoire dédié distinct du site principal,
- un service d'obstétrique comprenant le secteur néonatalogie, la salle de naissance, les suites de couches et les grossesses pathologiques,
- un service de gynécologie médicale et chirurgicale comprenant le planning familial, la prise en charge de la ménopause et la sexologie, ainsi que toute la gynécologie chirurgicale réalisée tant en ambulatoire (soit plus de 80% actuellement) qu'en hospitalisation complète.

Les objectifs du Pôle sont les suivants :

- Développement des consultations de sexologie et prise en charge de la ménopause;
- Extension de la capacité de la néonatalogie;
- Développement du planning familial;
- Humanisation des services du Pôle;
- Travail sur la qualité des soins.

Le projet de soins donne, quant à lui, des objectifs sur le développement de la parentalité :

- Elaborer et mettre en place une procédure d'accueil des conjoints et des bébés en SSPI;
- Poursuivre la formation peau à peau pour le personnel du bloc;
- Mettre en place des réunions pour les pères en pré et post natal.

Les différents documents nécessaires à la définition de la stratégie ont été validés par les instances.

Les risques ont été identifiés, analysés et hiérarchisés selon la grille HAS et formalisés dans un programme d'actions préventives et de surveillance.

Les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) 2015 ont montré des axes d'amélioration dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance après un accouchement, notamment la Surveillance clinique minimale en salle de naissance (SURMIN). Les questionnaires de satisfaction des usagers sont exploités.

Un patient traceur a été réalisé en Janvier 2016.

Les parcours des patientes d'obstétriques ont été formalisés et une cartographie des risques sur la salle de naissance a été réalisée. Celle-ci a été diffusée pour avis au sein du secteur gynéco-obstétrique ainsi qu'au bloc opératoire pour avis. Elle a été présentée en staff en avril 2017 afin de prioriser les points à retenir au Compte Qualité.

2 Risques ont été formalisés : défaut de formalisation et de communication sur la démarche qualité en secteur de naissance, défaut de traçabilité de la surveillance minimale en salle de naissance.

Un plan de 3 actions prioritisées est en cours avec un calendrier établi et des responsabilités identifiées:

- Analyser et communiquer en salle de naissance sur les bonnes pratiques : mise en place et animation pérenne d'une cellule de coordination de la qualité en secteur de naissance comprenant des professionnels des différentes catégories : analyse des Événements Indésirables (EI), évaluation des pratiques professionnelles (EPP), suivi des indicateurs, suivi des plans d'action.

- Analyser et communiquer en salle de naissance sur les bonnes pratiques : mise à jour de la gestion documentaire (GED) de la salle de naissance (charte, protocoles...).

- Améliorer les Indicateurs de surveillance SURMIN en les rapprochant de la cible nationale : modification du partogramme et de la traçabilité des soins en salle de naissance, suivi de l'efficacité des actions.

Le Compte Qualité (CQ) a été présenté et validé aux différentes instances ainsi que les outils de déploiement de la démarche qualité (EPP patient traceur, cartographie des risques, fiche mission des pilotes de processus, kit outil du pilote de processus...).

ORGANISATION INTERNE

Les hôpitaux de Sèvres et de Saint Cloud ont fusionné le 1^{er} janvier 2006, mais des travaux devaient être réalisés avant que les maternités ne soient réunies. La maternité de Sèvres a déménagé sur le site de Saint Cloud le 2 Mars 2015. Afin de faciliter ce regroupement, un comité de fusion piloté par le chef de pôle a été créé et a réuni lors de réunion de travail pour chaque secteur le chef de pôle, des cadres sages-femmes, 2 médecins et 2 sages-femmes provenant de chaque équipe. Tous les protocoles médicaux ont été revus pour être harmonisés. Le 30 Juin 2016 une réunion "team building" a été organisée avec une consultante spécialisée dans le bonheur au travail qui a préparé cette journée avec une sage-femme provenant de chacune des anciennes équipes. Une fête du service est organisée chaque année qui permet de réunir l'ensemble du personnel.

Quatre pilotes, validés par les instances, ont été nommés pour gérer la thématique salle de naissance : la médecin chef de service de gynécologie/obstétrique (chef du pôle femme enfant), la pédiatre chef d'unité de néonatalogie, la cadre sage-femme de gynéco obstétrique, et une gynécologue obstétricienne. Ils disposent d'une fiche de mission institutionnelle, validée en octobre 2016. Ils travaillent en lien avec à la Cellule qualité. Ils ont pour mission d'identifier et analyser le processus, préparer le Compte Qualité, de piloter le processus, de préparer la visite de certification.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, règlementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Les protocoles et procédures concernant le fonctionnement et les organisations du service maternité et de la salle de naissance sont formalisés. La charte de fonctionnement du service de gynécologie obstétrique et de la médecine de reproduction, du 20/10/2017, établit les objectifs et missions du service, les besoins en ressources humaines, qui sont encadrés par des textes règlementaires, l'organisation et le fonctionnement du service par unités (Bloc obstétrical – secteur des naissances, consultations, suites de couches, néonatalogie, grossesses pathologiques, gynécologie, urgences obstétricales et gynécologiques, assistance médicale à la procréation, bloc chirurgical). Il existe de la même manière une charte du bloc obstétrical et de la néonatalogie.

Les professionnels sont associés aux groupes de travail et réflexions du service (RMM, patients traceurs, staffs, ...). Les fiches de poste sont réalisées. Elles sont à disposition sur le logiciel de gestion documentaire institutionnel (GED).

Des staffs quotidiens sont organisés. Ils permettent l'analyse des accouchements des 24 dernières heures et des dossiers complexes. Ils permettent d'autre part l'identification au fil de l'eau des dysfonctionnements au regard des protocoles et permettent le rappel des bonnes pratiques.

Des formations sont réalisées et inscrites dans un plan de formation institutionnel : AFGSU, dystocie des épaules, soins et réanimation du nouveau-né, optimiser la pratique du peau à peau et du kangourou au moment de la naissance et après, accompagnement de l'allaitement, prise en charge des grossesses à haut risque, DIU régulation des naissances –orthogénie, dépistage auditif précoce, acte transfusionnel et ses contrôles.

L'organisation mise en place permet la disposition des ressources nécessaires en temps utile. Les locaux sont neuf, fonctionnels et adaptés. Ils suivent la réglementation. Le bloc opératoire est situé à proximité sur le même étage.

Les salles de pré travail et de naissance sont équipées de matériel exclusif et adapté avec des chariots de soins vérifiés tous les jours, ainsi que l'ouverture des salles de naissance (check list). Les salles sont toutes organisées de la même manière. Les dotations de matériel sont réalisées. Un chariot d'urgence est positionné dans chaque secteur. Il existe un suivi du matériel biomédical. L'obtention en urgence des produits sanguins labile est organisée au niveau de l'institution. Le système d'appel en urgence est organisé et fonctionnel.

Les prescriptions médicales sont réalisées dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Le logiciel spécifique à la maternité est déployé. Un dossier papier complète le DPI.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes se chargent de la mise en œuvre de la démarche. Les risques et actions ont été travaillés avec les professionnels du secteur, qui ont participé à l'élaboration des protocoles et procédures au-delà de l'analyse des pratiques. Les objectifs ont été travaillés au sein du secteur par les équipes sous la houlette des pilotes.

Une Cellule de coordination de qualité en salle de naissance a été créée et mise en place le 6/07/2017. Elle permet le déploiement d'une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité des prises en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité/ sécurité .

Les équipes participent à la déclaration des évènements indésirables (EI) et à leur analyse. Elles participent aux Revues de Morbi Mortalité (RMM), aux évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et aux audits. Elles ont participé à la gestion des risques prioritaires. Des groupes de travail ont été mis en place sur les urgences obstétricales, sur les explorations, sur les consultations et échos. Les professionnels participent aux staffs pluridisciplinaires organisés de façon quotidienne, mensuelle et aux réunions de services.

La responsable médicale du pôle Femme Enfant organise un conseil de pôle annuel. Les seniors de gynéco et le chef de pôle ont un déjeuner de travail un lundi par mois. La chef de pôle, la responsable des pédiatres et les cadres sages-femmes, de bloc, de consultation et de gynéco/grossesse organisent un déjeuner de travail au moins une fois par mois.

La gestion du système documentaire est définie et connue des professionnels, qui utilisent le logiciel spécifique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels pluridisciplinaires sont positionnés en lien avec la réglementation, 24h sur 24, 7 jours sur 7 et en lien avec l'activité.

L'équipe médicale est composée d'1 équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier(PH), chef de service, de 9 gynécologues-obstétriciens PH temps plein, de 2 gynécologues obstétriciens PH temps partiel (50 % et 70 %), 2 ETP d'assistant, 1 ETP d'assistant dédié AMP/don d'ovocyte /accueil d'embryon, 2 biologistes d'AMP PH temps partiel, 5 PH temps plein pédiatres, un 60 % et 0.2 ETP de pédiatres, 1 généticienne attachée réalisant 2 vacations par mois, 7 ETP d'internes, 7 ETP d'externes, 49 ETP de sages-femmes hors AMP et 2,8 ETP spécifiquement dédiés à l'AMP. Un médecin anesthésiste est présent 24h/24.

L'équipe paramédicale est composée de 7 ETP Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) hors AMP et 1 ETP spécifiquement dédié à l'AMP, 12 ETP de puéricultrices ou IDE faisant fonction, 59 ETP d'auxiliaires de puériculture (AP) et d'aides-soignants (AS), 13 ETP d'agent de service hospitalier (ASH) hors AMP et 1 ETP en AMP, 6 ETP de brancardiers, 1 ETP d'assistante sociale ; 1,5 ETP de psychologue ; 9,8 ETP de secrétaires ou agents administratif.

L'équipe d'encadrement est composée de 3 ETP de cadres sages-femmes et 1 ETP de cadre IDE partagée avec le service de chirurgie et 1 ETP de cadre IDE partagée avec le service de consultations.

Les fiches de postes sont formalisées pour les auxiliaires puéricultrices, les sages-femmes en suites de couches, les sages-femmes du bloc obstétrical, les sages-femmes aux urgences obstétricales, les sages-femmes aux consultations prénatales, les sages-femmes sur le secteur des grossesses pathologiques, les sages-femmes coordinatrices dans le secteur Bloc obstétrical (naissances, urgences, explorations fonctionnelles).

Des formations spécifiques au pôle sont intégrées au plan de formation institutionnel : formation aux gestes et soins d'urgence, dystocie des épaules, réa bébé, optimiser la pratique du peau à peau et du kangourou au moment de la naissance et après, accompagnement allaitement, prise en charge des grossesses à haut risque... Les ASH ont reçu en grande majorité une formation au bio nettoyage. 1 sage-femme a obtenu un DIU régulation des naissances –orthogénie, 3 sages-femmes ont un DU d'échographie.

Des formations internes ont été réalisées : dépistage auditif précoce, soins et réanimation du nouveau-né, team building (le 30/06/2016).

Le personnel est formé à l'urgence néonatale. Des procédures d'appel d'urgence sont réalisées. Le dernier code rouge a eu lieu durant la visite et a permis de montrer que cette procédure est connue du personnel.

Des professionnels référents ont des responsabilités spécifiques dans divers domaines. 5 sages-femmes sont référentes de la pharmacie ; 1 sage-femme au Comité de Lutte de la Douleur (CLUD) ; 1 sage-femme au DPI ; 1 sage-femme, 1AS, 1pédiatre et obstétricien à la lutte contre les infections nosocomiales.

Le matériel d'urgence et d'anesthésie sont exclusifs à la salle de travail, contrôlés au quotidien avec l'aide d'une check liste par les infirmiers anesthésistes. La composition du chariot prénatal est formalisée, son suivi tracé. Les salles sont contrôlées par les sages-femmes à chaque changement de poste selon une check list « ouverture de salle ». La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées sur tous les secteurs. Le chariot d'urgence est organisé et suivi selon la procédure institutionnelle.

Les demandes d'investissement sont réalisées par le service et validées par le chef de pôle. L'équipe biomédicale assure le suivi de la maintenance préventive du matériel et répond aux besoins par ailleurs.

L'hygiène des locaux est assurée par les ASH, les AS et AP en fonction des procédures réalisées et des missions de chacun (bio nettoyage, suivi de l'environnement de la maman et du bébé, matériel réutilisable,...). Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont intégrés dans la GED

Le circuit du médicament suit le processus institutionnel. La liste à jour des prescriptions autorisées des sages-femmes est à jour.

Le dossier patient constitué du DPI et d'un dossier papier complémentaire facilite les transmissions entre services et ou avec les autres établissements.

Le registre des accouchements est tenu à jour.

Les outils informatiques sont en nombre et utilisables par le personnel.

L'identitovigilance est assurée au sein du pôle. Un bracelet d'identité est apposé à la maman lors de son entrée. 2 bracelets sont apposés au bébé dès sa naissance (poignet, cheville).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les locaux sont organisés en plusieurs secteurs. Le secteur consultation, dans le bâtiment neuf comprend 8 salles de consultations, 4 salles d'échographies, une salle dédiée aux hystérosopies diagnostiques et aux colposcopies. Le secteur suite de couches comprend 24 lits (1er étage bât. neuf), 28 lits (3ième étage bât. préexistant). Le secteur gynécologie/grossesses pathologiques comprend 10 lits (1er étage). Le bloc obstétrical (2ième étage) comprend 7 salles d'accouchement (1 salle dite nature), toute équipée pour les 1ers soins des nouveau-nés, 1 salle de césarienne en urgence (les césariennes programmées réalisées au bloc central), une salle de réanimation bébés, 4 chambres de pré travail (une dite nature avec baignoire de relaxation, sofa et lianes de suspension), 3 salles de consultations (urgences obstétricales), 3 salles pour explorations fonctionnelles, le bureau du médecin sénior en charge de la salle de travail et une salle des sages-femmes avec Rythme Cardio Fœtal centralisé. L'unité de néonatalogie comprend 12 berceaux avec un salon de néonatalogie pour accueillir, dans la journée, les parents. Les parents rencontrés étaient intégrés aux soins des bébés et accompagnés. Le centre d'AMP, (2ième étage bât. neuf), comprend le laboratoire de fécondation in vitro, les locaux de congélation d'embryon et de réserve de FIV, la salle destinée aux ponctions d'ovocyte, un secrétariat, un secteur d'hospitalisation de jour avec 6 boxes d'hospitalisation, 2 salles de don de sperme et 3 salles de transferts d'embryons/inséminations, une salle d'attente réservée à l'AMP, le bureau de médecin responsable du laboratoire FIV, le bureau du médecin responsable du don (équipé d'un échographe, ce bureau sert de 2ème site d'échographie le matin), une salle d'échographie réservée à la FIV, 3 box de prélèvements sanguins. Le secteur de gynécologie ambulatoire est constitué de 8 lits au sein de l'hôpital de jour. Au bloc opératoire central, la gynécologie dispose chaque jour d'une salle toute la journée et d'une salle de 8 h45 à 13h.

L'organisation et les interfaces permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

L'organisation médicale est effective avec quotidiennement un gynécologue responsable de la salle de travail, un autre des urgences gynécologiques et un troisième des césariennes programmées et des urgences au bloc central. Les services de suites de couches, GHR et explorations fonctionnelles ont un gynécologue obstétricien référent.

La répartition des responsabilités de chaque médecin pour les différents secteurs est planifiée par mois et affichée dans le service, avec un planning spécifique en période de vacances. Le gynécologue-obstétricien de garde est présent H24 et celui en astreinte de 8h30 à 19h. Chaque jour, un interne est dédié à la salle de travail, un autre aux urgences gynécologiques. Un interne est de garde et un en demi-garde.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est effective.

Divers staffs sont organisés : un staff quotidien de concertation pluridisciplinaire tous les matins sauf le dimanche pour analyser les dossiers gynécologiques et obstétricaux de la garde, prendre connaissance des dossiers du jour, et de discuter des dossiers à problème. La programmation des césariennes se fait lors de ce staff. Un compte rendu écrit avec les décisions du staff est rédigé tous les jours ; un staff chirurgical une fois par semaine avec présentation des dossiers ; un staff scientifique ou de RMM hebdomadaire, hors vacances scolaires ; un staff anténatal 2 jeudis/mois en présence des pédiatres, des échographistes, de la généticienne et des gynécologues ; un staff FIV une fois par semaine ; un staff médico-psycho-social 1fois /mois en présence de l'assistante sociale, des psychologues, des cadres sages-femmes, d'un pédiatre, d'un psychiatre de l'unité PPUMMA, de la coordinatrice du réseau et des intervenants extérieurs concernés par la situation (PMI, Aide Sociale à l'Enfance...) ; un staff PMI 1 fois /semaine.

Le fonctionnement du pôle est organisé par unités selon une charte validée en octobre 2017.

Le fonctionnement du bloc obstétrical-secteur des naissances est régi par la charte du bloc obstétrical avec un médecin référent. Les accouchements par voie basse y sont pratiqués, ainsi que les césariennes en urgence et les accouchements des grossesses gémellaires et des siéges dans une salle dédiée. Les césariennes programmées sont réalisées dans une salle dédiée du bloc central, situé à proximité immédiate du bloc obstétrical et au même niveau. Une salle de réanimation bébé jouxte ce bloc. Une check list est formalisée. La sécurité du post-partum immédiat est assurée par la surveillance régulière des accouchées et de leurs nouveau-nés par les sages-femmes de garde durant les 2 heures qui suivent

l'accouchement par voie basse en salle de travail et par les IADE et les internes (vérification du globe utérin) en salle de surveillance post-interventionnelle, ouverte H24, pour les accouchements après césarienne. La sage-femme fait appel à l'équipe de garde (interne, obstétricien, IADE, IBODE, anesthésiste) dès qu'elle le juge nécessaire et procède à l'appel groupé, précisant le code de la césarienne selon le degré d'urgence. Un cadre est référent du secteur des consultations. La prise de rendez-vous est assurée au sein du service. Les inscriptions pour accouchement sont effectives après la réalisation de l'échographie du 1er trimestre. Des consultations de gynécologie, d'obstétrique, de PMI, de planning familial, de sexologie, d'infertilité, et de génétique sont assurées. La psychologue ainsi que les pédopsychiatres de l'unité PPUMA et l'assistante sociale du service assurent également des consultations. Des vacations d'échographie sont réalisées dans le service par des médecins et des sages-femmes (4 salles d'échographie du lundi au vendredi et une le samedi matin). Des consultations d'explorations fonctionnelles dédiées au suivi de fin de grossesse et aux grossesses pathologiques sont assurées avec 3 box de surveillance cardiotocographique dont un monitoring avec analyse de la variabilité à court terme. Des cours de préparation à l'accouchement avec entretien individuel prénatal précoce sont réalisés par des sages-femmes du service.

Les accouchées et leurs nouveaux-nés sont pris en charge dans des chambres individuelles avec une salle de douche et toilettes, et un espace pour les soins du bébé avec baignoire. L'équipe de suites de couche pluridisciplinaire effectue des transmissions chaque jour, en début d'après-midi. Une réunion hebdomadaire a lieu avec l'équipe de PMI. Un ostéopathe est présent 2 matinées par semaine pour intervenir selon le souhait des mères. Les sages-femmes assurent la prise en charge du couple mère-enfant et les visites de sortie des accouchées. Les puéricultrices assurent les soins des bébés en néonatalogie. Les AP prennent en charge les soins et l'alimentation des bébés bien portants. Un pédiatre suit le bébé quotidiennement. Le "PRADO obstétrique" pour la prise en charge des sorties précoces après accouchements par voie basse ou par césarienne est effectif.

Un cadre sage-femme référent organise le secteur de néonatalogie, régi par une charte de fonctionnement dédiée.

Dans le cadre de grossesses pathologiques, les patientes sont hospitalisées dans le service de grossesses à hauts risques au 1er étage, et prises en charge médicalement par une sage-femme (de 8h à 20h) sous la responsabilité d'un médecin attitré. Les soins sont effectués par les IDE. La nuit, les IDE font appel à la sage-femme de suites de couches du 3ième étage. Une convention a été signée avec un prestataire extérieur pour l'hospitalisation à domicile des grossesses à risques.

Les patientes relevant de gynécologie médicale ou chirurgicale sont hospitalisées dans l'unité de gynécologie du 1er étage. Le médecin référent assure une visite quotidienne et les internes de gynécologie les prescriptions quotidiennes. L'unité de gynécologie ambulatoire est située au sein de l'hôpital de jour.

Les urgences gynécologiques et obstétricales avant 22 semaines d'aménorrhées sont assurées par l'interne de gynécologie et le senior gynécologue de garde, dans une salle dédiée au sein du service des urgences du CH4V, comprenant un échographe. Les urgences obstétricales de plus de 22 semaines ainsi que les urgences post-natales sont assurées par la sage-femme de garde aux urgences obstétricales qui peut faire appel à l'interne et à l'obstétricien senior de garde.

Tous les dossiers obstétricaux sont informatisés mais une pochette papier existe pour chaque femme comprenant notamment sa carte de groupe sanguin, le dossier d'anesthésie, ses examens biologiques et ses échographies. Toutes les consultations d'obstétrique sont enregistrées dans le DPI, imprimées et rangées dans cette pochette. Ce dossier gardé au sein du service maternité jusqu'à un mois post accouchement, est ensuite archivé selon la procédure institutionnelle. Un guide d'utilisation du DPI est à la disposition des médecins et des sages-femmes. Des check list sont intégrées au DPI (check list de sortie de la maman, check list de sortie du bébé,...)

Le fonctionnement du secteur d'AMP est régi par un règlement intérieur dédié.

Les procédures des parcours de patientes et des nouveaux nés ont été validées en décembre 2017. Le pédiatre est de garde sur place. L'organisation des sages-femmes en salle de travail et aux urgences obstétricales est définie dans la charte du bloc obstétrical.

Des médecins sont nommés référents dans différents domaines : hygiène du service, organisation des BIPS et des gardes, planning familial, diagnostic anténatal, qualité du service, pédiatres et néonatalogie, laboratoire AMP.

Les parents sont accompagnés dans la prise en charge du nouveau-né en amont et en post naissance : site internet et livret d'accueil du service maternité, "déclarez la naissance de votre enfant dans les 5 jours", déclenchement du travail sans indication médicale, version par manœuvre externe, césarienne programmée, plaquette d'information sur la sortie avec des conseils (rendez-vous à prendre, les saignements, les fils, la césarienne, la contraception, la rééducation périnéale, ...), plaquette de conseils de base pour l'allaitement et d'information "quelques conseils à mes parents"... Ces documents sont proposés et expliqués aux parents. Une puéricultrice de la PMI intervient au sein du service selon les besoins et lors des staffs médico-psycho-sociaux mensuels. Une psychologue est attachée au service. Il peut être fait appel à une assistante sociale ou toute autre équipe transversale en fonction des besoins. Un projet de naissance est réalisé avec les parents. Les observations, rencontres et échanges de terrain et les patients traceurs ont permis de vérifier l'implication bienveillante des professionnels dans l'accueil, le suivi, la surveillance et l'accompagnement des parents et bébés. Des bénévoles associatifs interviennent selon les besoins au sein du service comme par exemple, l'association "SOUVENANGE" (photos lors de l'accompagnement des parents ayant perdu un bébé).

Le dossier est organisé en dossier unique avec des sous-dossiers (anesthésie, transfusionnel, CR du suivi de grossesse, dépistages...). L'ensemble des données relatives au déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance est tracé dans le dossier de la mère : partogramme, CR d'accouchement, surveillance post-partum, feuille de transmission pour les suites de naissance. Un dossier spécifique est réalisé pour le bébé, en lien avec celui de la maman. Les patients traceurs réalisés sur le secteur Femme-Enfant ont permis de vérifier la conformité des dossiers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est mise en place au sein du secteur. La cellule de coordination de la qualité des soins en salle de naissance est opérationnelle. 116 risques ont été étudiés, 5% restent prioritaires, 16% à améliorer, 78% maîtrisés. Un médecin est nommé responsable qualité du service.

Les staffs mis en place permettent des échanges interdisciplinaires et l'information aux professionnels. Le passage d'information y est réalisé, des points de difficulté soulevés.

Les indicateurs d'activité sont suivis au quotidien : nombre d'accouchements et de naissances, taux de péridurales, taux de césariennes, nombre de grossesse gémellaires, ...

Les indicateurs cliniques sont régulièrement suivis et réévalués si nécessaire. En 2017, 1 Praticien Hospitalier de gynécologie, 3 sages-femmes cadres, 2 sages-femmes, 1 responsable qualité gestion des risques ont audité 60 dossiers 2016 dans le cadre du recueil des IQSS. Les indicateurs de la prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PP-HPP) sont en évolution positive. Le Surveillance Minimale en salle de naissance (SURMIN) reste toutefois au-dessous de la moyenne nationale.

Des patients traceurs sont régulièrement réalisés : 1 en 2015 (césarienne programmée), 6 en 2016 (césarienne en urgence, césarienne programmée, grossesse pathologique, accouchement par voie basse, transfert du bébé en néonatalogie, accouchement avec HPP et transfusions), 3 en janvier 2018 (gynécologie/ Obstétrique et néonatalogie).

4 RMM ont été réalisées en 2017. La dernière a eu lieu dans le cadre d'une césarienne le 4/12/2017.

Un audit de traçabilité et prise en charge de la douleur du nouveau-né en salle de naissance, maternité, néonatalogie, a été réalisé le 28/11/2017. 30 dossiers ont été audités.

Les questionnaires de satisfaction spécifiques au secteur de maternité sont analysés (25% de retour).

Le nombre de plaintes et réclamations est stable sur le pôle (17 dossiers en 2016). En gynécologie obstétriques les plaintes concernent en majorité un dysfonctionnement hôtelier, un délai d'attente de rendu de résultat, et un manque d'information.

Le recueil et l'analyse des EI avec implication des professionnels et l'organisation du retour d'expérience est effectif. 86 EI ont été déclarés sur le pôle en 2017. Ils concernent majoritairement la restauration (12 FEI), l'alarme intempestive de l'armoire de fluides médicaux (5), l'infectio- vigilance, les complications médico-chirurgicales... La consommation de la solution hydroalcoolique est en évolution mais reste inférieure à 50% sur le pôle sauf au bloc obstétricale.

A / AGIR

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

Les pilotes organisent avec les professionnels la mise en œuvre des actions d'amélioration, au regard des résultats obtenus.

Les résultats sont communiqués aux professionnels lors des staffs, de la réunion de pôle annuelle et par affichage des résultats (poster). Par ailleurs, l'hôpital dispose d'un intranet où sont répertoriés tous les protocoles classés par pôles et par mots clefs. Il existe un mail groupé de toutes les sages-femmes qui permet au chef de pôle et aux cadres sages-femmes de leur envoyer régulièrement des informations importantes, et un mail « seniors » qui permet aux chefs de service de communiquer rapidement avec tous les praticiens et assistants. Enfin, il existe également un mail groupé des médecins et sages-femmes du réseau qui permet également la diffusion d'informations. Concernant les informations institutionnelles, un journal interne et une lettre info qualité sont réalisés.

Suite aux 30 dossiers audités sur la prise en charge de la douleur du nouveau-né en salle de naissance, en maternité, et en néonatalogie, des axes d'amélioration ont été mis en place : rediffusion du protocole d'analgésie chez le nouveau-né en maternité et en néonatalogie, élaboration du protocole accueil du nouveau-né présumé bien portant en salle de naissance qui mentionne les modalités d'évaluation de la douleur, sensibilisation des équipes à la traçabilité du score « EVENDOL ». Une réévaluation de ces actions est prévue à 6 mois (mai 2018).

En août 2017, des actions ont été mises en place afin d'améliorer la traçabilité de la surveillance de la prise en charge en salle de naissance (SURMIN) : délivrance dirigée ajoutée sur le partogramme, traçabilité

dans les 2 heures suivant l'accouchement des données de surveillance (pouls, tension artérielle, globe utérin, saignements). Une évaluation a été réalisée par l'établissement en novembre 2017 et a constaté une complétude des dossiers à 80%.

Suite à la RMM du 13/11/2017, la mise en place d'une alerte par code couleur a été réalisée pour les césariennes en urgences.

Suite aux FEI, une check list de préparation des patientes pour le bloc a été créée.

Suite à l'EPP (recueil de données en 2017) sur la prise en charge des hémorragies de la délivrance, le protocole a été réajusté en intégrant la surveillance en Salle de Surveillance Post Interventionnelle(SSPI)

Dans le cadre des améliorations générales du pôle Femme Enfant, un staff quotidien est mis en place pour le suivi des patientes. Les sorties ont été réorganisées (des check list spécifiques aux mamans et aux bébés ont été intégrées au DPI). Des exercices de simulation de prise en charge en urgence ont été proposés aux professionnels de gynécologie/ obstétrique (développement prévu en 2018).

Dans le cadre de l'humanisation des services du pôle, différents axes de travail ont été menés dans la structuration et la décoration des locaux, le développement de l'accueil des papas en SSPI et leur implication dès la naissance dans les soins au bébé quel que soit les secteurs.