



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION INSTITUT ARTHUR VERNES

**36 rue d'assas
75006 Paris
JANVIER 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	35

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

INSTITUT ARTHUR VERNES	
Adresse	36 rue d'assas 75006 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		GCS CONSTELLATION	33 rue de la fontaine à mulard 75013 PARIS 13
Entité juridique	750813305	FONDATION INSTITUT ARTHUR VERNES	36 rue d'assas 75006 Paris 06eme
Etablissement de santé	750300097	INSTITUT ARTHUR VERNES	36 rue d'assas 75006 Paris

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	4	/	22
MCO	Médecine	3	2	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention de repli, Hôpital Saint-Joseph - Convention de repli, GH Paris Centre (Cochin) - Convention de repli, Fondation Ophtalmologique Rotschild - Convention de repli, HEGP - Convention de repli, Hôpital Necker - Contrat d'exercice, Laboratoire CBCV - Convention de sous-traitance, Hôtel Dieu

- Convention de sous-traitance, Centre Hospitalier National des Quinze-Vingts
- Groupement de Coopération Sanitaire, GCS Constellation
- Partenariat, Hôpital privé des Peupliers

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement (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 n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité 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
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	H ou F	Chirurgie Ophtalmologique	Amygdalectomie	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chir ophtalmo en ambu	MCO
2	Enfants	Chirurgie ORL enfants	Cholesteatome	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chir ORL	MCO
3	H ou F	chirurgie des oreilles	Cataracte	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chir des oreilles	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

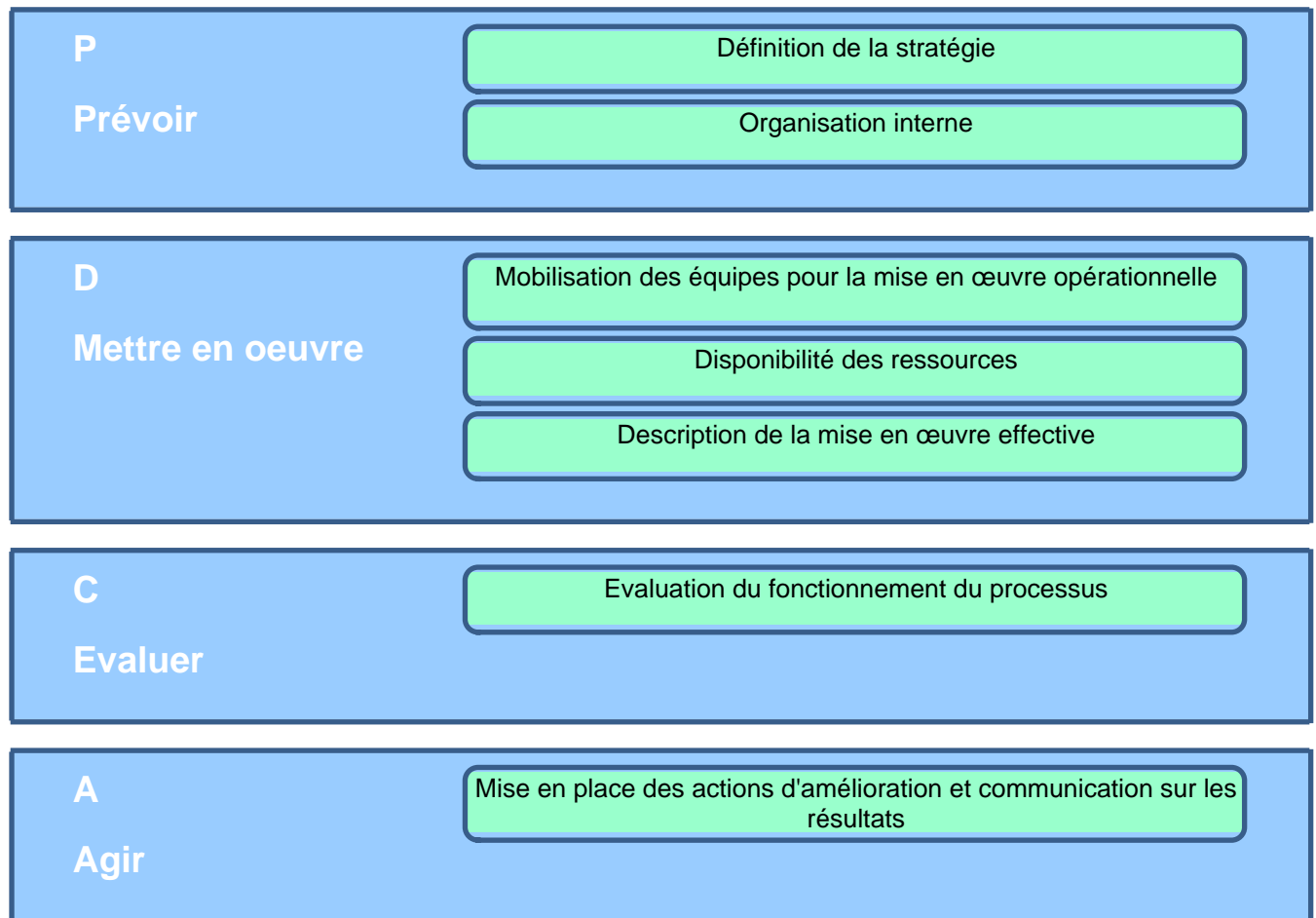
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 Fondation Arthur Vernes a formalisé sa politique qualité dans le projet Qualité et Gestion des risques du projet d'établissement 2016-2020. Cette politique définit les grands objectifs institutionnels ainsi que les objectifs d'amélioration et le suivi des d'indicateurs. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques avec les professionnels concernés s'appuyant sur la cartographie des risques de l'établissement, les résultats de la certification V2010, les indicateurs IPAQSS, l'analyse des EI, et les constats internes. La stratégie est validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques ont été définis, priorisés et intégrés au programme global d'amélioration de la qualité et gestion des risques (PAQSS). Le programme prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité de l'établissement. La politique tient compte des obligations réglementaires et intègre la gestion de crise dans la cadre de la prévention des risques. Elle intègre également une orientation sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus et le coordonner. Le processus est piloté par le directeur qualité. Il s'est mobilisé pour l'élaboration du compte qualité à travers les pilotes de processus, et les différentes instances de l'établissement. Le pilotage de la démarche qualité et gestion des risques est assuré par le COPIL (Comité de Pilotage) qui se réunit mensuellement. Il est l'organe stratégique et décisionnel de la démarche. Il a pour missions principales :

- d'orienter et de piloter la politique Qualité et Gestion des risques
- d'impulser une dynamique, de valider la démarche et de définir les actions d'amélioration
- valider le programme qualité-gestion des risques et assurer le suivi de sa mise en œuvre, et le suivi des indicateurs
- d'assurer l'analyse des EI et de sélectionner en RMM ou REMED les EI les plus graves
- de suivre les actions des RMM et REMED
- de veiller à l'implication du personnel en assurant son information, sa formation , d'assurer la conduite générale de la procédure de certification,
- de veiller à la mise à jour du système de gestion documentaire.

Ce comité de pilotage est composé du directeur de l'établissement, du président de la CME, chirurgien ORL et chef de service du pôle ORL, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, du chef de service ophtalmologie, du directeur qualité, du directeur des systèmes d'information, directeur administratif et financier, responsables du bloc et des services de soins, de la pharmacienne et du chef du personnel.

Le Directeur Qualité pilote cette démarche en concertation avec le COPIL et la CME. Il accompagne les pilotes de processus dans la coordination des actions.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes, dans les règlements intérieurs en ce qui concerne les instances.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Les plaintes et réclamations sont suivies par le Directeur Qualité qui en assure une restitution lors des réunions de la CRUQ. Le représentant des usagers est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'adéquation des ressources humaines à l'activité, des ressources matérielles et documentaires nécessaires. L'établissement est de petite taille, la gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs ambulatoire et l'hospitalisation complète.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les médecins, la responsable du bloc et la responsable des soins favorisent l'implication des personnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ils organisent avec le Directeur Qualité, la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les médecins et les responsables sont mobilisés dans la mise en œuvre du projet qualité-gestion des risques. Le travail collaboratif est encouragé. Les professionnels sont associés. Le PAQSS est transmis aux pilotes de processus qui sont les médecins et/ou responsables de service et qui sont en charge de la déclinaison des objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques. Le PAQSS est actualisé par le Directeur qualité en lien avec les pilotes de processus. Il est accessible via le dispositif de gestion documentaire. Chaque pilote, lors des

réunions ou staffs, intègre le suivi des actions du PAQSS. Un compte rendu accessible aux professionnels est réalisé. Une démarche d'évaluation des risques a priori est opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement (cartographie des risques pour chaque thématique avec plans d'actions). De plus, une fiche synthétique concernant chaque thématique a été élaborée pour les professionnels. Elle comporte les risques prioritaires et les actions associés. Au niveau de l'établissement, une stratégie est mise en œuvre pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins à travers les points réguliers réalisés en COPIL, en instances, en CME et lors des réunions de service par les responsables. Le responsable de service s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le directeur qualité avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes par l'intermédiaire des comptes rendus de réunion accessibles sur l'intranet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour les professionnels concernés. Les professionnels ont été formés en interne au « patient-traceur ». Des sensibilisations avec support de communication ont été réalisées en interne sur la gestion des risques. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le dispositif de gestion électronique des documents sur intranet est connu et utilisé par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes : signalement des événements indésirables, gestion documentaire, prise en compte des plaintes, réclamations et doléances des usagers. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel. Les professionnels peuvent déclarés sur support intranet ou papier. Les fiches d'EI sont directement envoyés au Directeur Qualité avec copie à la Directrice. Ces EI sont analysés en COPIL mensuellement et donnent lieu à des analyses systémiques pour les EI graves. Une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables est en place depuis 2011. Elle est diffusée et connue des professionnels. Les dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et de la gestion des risques sont coordonnées par le COPIL. L'organisation mise en place permet le déploiement et la mise en œuvre des démarches EPP avec l'engagement effectif de la CME et des professionnels. La gestion documentaire est informatisée, accessible à l'ensemble des professionnels. L'analyse des plaintes et réclamations implique les professionnels et les usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. La satisfaction des usagers est évaluée (questionnaire de sortie, enquêtes ponctuelles, enquête I-SATIS depuis septembre 2015). Les préconisations des représentants des usagers siégeant à la CRUQPC sont prises en compte et intégrées dans le PAQSS. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le comité de pilotage qualité en assure la coordination et la traçabilité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A chaque réunion du COPIL, il est réalisé un suivi de la mise en œuvre des actions par les pilotes de processus et leur degré d'avancement. Des évaluations sont mises en œuvre : programme annuel d'audit, EPP, recueil d'indicateurs nationaux IPAQSS, CREX, évaluation selon la méthode du patient-traceur, cartographie des risques. L'établissement procède au recueil des indicateurs IPAQSS et HN. L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des analyses de questionnaires de sortie ainsi que l'analyse des plaintes et réclamations et donne lieu à des actions d'amélioration si besoin.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration est assuré par les pilotes de processus selon les échéances et les modalités d'évaluation pré-définies (ex : enquête, audit, EPP, etc). Le reporting est réalisé en réunion de COPIL. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel par le directeur qualité. L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est principalement évaluée au travers des indicateurs IPAQSS mais pas systématiquement dans sa globalité. Un bilan annuel des actions est réalisé en CME. Des indicateurs de suivi ont été identifiés pour certains points à risque comme dossier du patient. Les risques significatifs partiellement réduits ne sont pas réexaminés afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction du risque résiduel. La communication des résultats sur les évaluations

conduites est réalisée au niveau des instances de l'établissement et des pilotes de processus. La communication institutionnelle vis-à-vis des professionnels est organisée durant les réunions des instances ou des réunions de service. La communication à l'intention des usagers est effective lors des réunions de CRUQ.

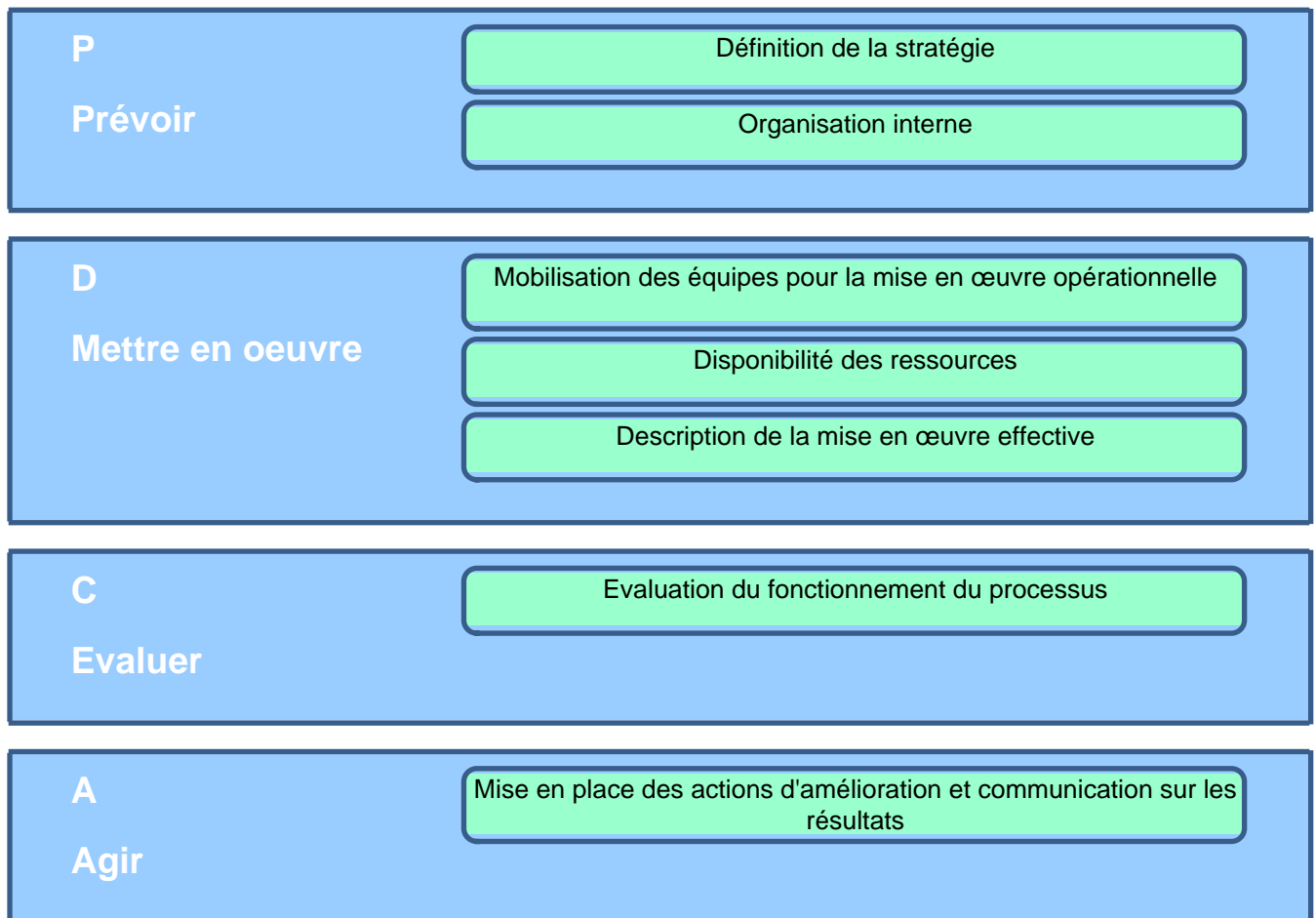
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Le CLIN élabore annuellement une politique et définit des objectifs sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'activité de chirurgie réalisée dans l'établissement. Pour se faire, il s'appuie sur les différents indicateurs, l'évolution des pratiques et des priorités qui en découle, les différents audits, les événements indésirables et les différents suivis. Cette politique est formalisée sous la forme d'un programme d'actions décliné en objectifs opérationnels par l'équipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière. Elle est validée par les instances concernées. Les principaux risques sont ventilés dans le Compte Qualité (thèmes : compétence hygiéniste, investigation terrain, usage des antibiotiques, participation au réseau).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place un CLIN pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés conformément à la réglementation. Le CLIN s'appuie sur l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière et sur des correspondants par spécialités. Les temps médicaux et paramédicaux sont individualisés pour la mise en œuvre du programme d'actions au regard des besoins et risques identifiés. Des actions de formation interne sont prévues annuellement selon les objectifs fixés. En 2016, une formation spécifique du cadre de bloc au diplôme universitaire d'hygiène hospitalière est retenue dans le plan de formation. Des actions de formations du personnel régulières sont planifiées. La maintenance des locaux est organisée. Les procédures, instructions et documents d'enregistrement sont définis. Des réunions d'équipe sont régulièrement organisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Une coopération président du CLIN, laboratoire de bactériologie, médecin référent en antibiothérapie est organisée afin de faciliter l'adaptation et le suivi des pratiques en matière d'antibiothérapie et d'antibioprophylaxie. Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins des professionnels et des patients (équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, préparation de l'opéré, matériels, produits de désinfection et d'hygiène des mains, dispositif de prévention des AES) et en adéquation aux besoins de la prise en charge (traitement d'air, hygiène des locaux, processus de stérilisation, circuits des déchets et locaux intermédiaires...). Le suivi du programme d'actions et des évolutions des pratiques est communiqué au CLIN, à l'EOHH et à la CME. La communication s'appuie sur le site intranet et sur les différentes réunions d'équipe en interne facilitées par la taille de l'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres assurent l'accompagnement de la mise en œuvre des actions définies dans le programme d'actions du CLIN. L'implication de la présidente du CLIN et de la pharmacienne dans les surveillances favorise l'identification et la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les deux cadres d'unités s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment l'application des procédures. Le respect des bonnes pratiques est suivi au travers d'indicateurs et d'audits. Lors de survenues d'événements particuliers (ISO, prélèvements anormaux, ...), des enquêtes sont réalisées avec les professionnels, font l'objet d'un plan d'action et d'un suivi adapté aux actions mises en œuvre. Lors de la survenue d'un événement indésirable grave des RMM sont organisées et un plan d'actions est mis en œuvre. Un suivi de l'impact sur les pratiques avec réajustement éventuel est formalisé. La baisse des indicateurs donne lieu à la mise en place d'actions adaptées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'EOHH est composée de correspondants cadres ou médecins. Les agents bénéficient de formations externes organisées ponctuellement par le cadre infirmier du centre de soins adjacent à l'établissement pour l'hygiène des locaux. Les locaux sont fonctionnels dans les services de soins et disposent des équipements nécessaires à leur entretien. Un des médecins anesthésistes est titulaire d'un DU d'antibiothérapie et est référent interne en infectiologie. Les médecins élaborent les protocoles (antibioprophylaxie, antibiothérapie probabiliste) en accord avec les recommandations. Ils participent aux réflexions sur la préparation de l'opéré, le suivi, la prévention des ISO. Le suivi et la maintenance des dispositifs de traitement d'air sont assurés conjointement en interne et annuellement par une société externe. Les outils et protocoles sont adaptés aux différents niveaux de risque des locaux. L'entretien des locaux le jour est assuré au bloc par l'équipe de brancardiers formés. Les procédures, protocoles, mode opératoires sont validés par le CLIN et disponibles via le site intranet ainsi que les différents comptes-rendus. Les équipements concernant le tri, le transport, le stockage, l'élimination des déchets avec tri

sélectif sont à disposition y compris pour la valorisation de certains déchets.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre du programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux et de bonnes pratiques sont déclinées dans les différents secteurs de soins et par les différentes catégories de personnel. Les procédures, les instructions sont connues des agents et suivies dans chaque secteur. La mise en œuvre du programme de surveillance est réalisée conformément au programme du CLIN, le pharmacien suit les consommations des antibiotiques. Les infections du site opératoire (ISO) font l'objet d'un triple signalement au médecin infectiologue : via la bactériologie, le chirurgien, l'anesthésiste et la prescription (pharmacien). La prévention des Accidents Exposant au Sang (AES) est facilitée par la mise à disposition des contenants adéquats et de moyens de protection des agents chargés du transfert des déchets (gants, tenues adéquates). Une convention avec l'hôpital de COCHIN est effective pour la prise en charge des AES. Les signalements de situation à risque infectieux sont analysés. L'antibiothérapie fait l'objet d'une réévaluation systématique par le pharmacien dans le cadre du contrôle pharmaceutique à 48 heures. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, les règles de tenue vestimentaire, d'hygiène adaptées aux différentes catégories de locaux dont le bloc opératoire sont connues et respectées. La traçabilité du bio-nettoyage est assurée sur des supports adaptés. Les résultats des prélèvements environnementaux (air, eau, surfaces) dans les secteurs à risques sont suivis, analysés. Un plan d'action est mis en œuvre si nécessaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme d'action du CLIN comporte un volet évaluation et suivi comprenant des audits de pratique, la surveillance des ISO, des BMR, des AES, les indicateurs nationaux. Ce volet évaluation est mis en œuvre par l'EOHH et publié sous forme de tableau (CLIN, CME). Le suivi des ISO et l'évolution de la flore bactérienne sont assurés par le médecin référent, le président du CLIN et la pharmacienne. Des actions EPP sont entreprises notamment sur la base de RMM (antibiothérapie, antibioprophylaxie par exemple).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions de l'établissement, les priorités de risques sont intégrées au compte qualité. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers membre du CLIN ainsi que le prévoit la réglementation.

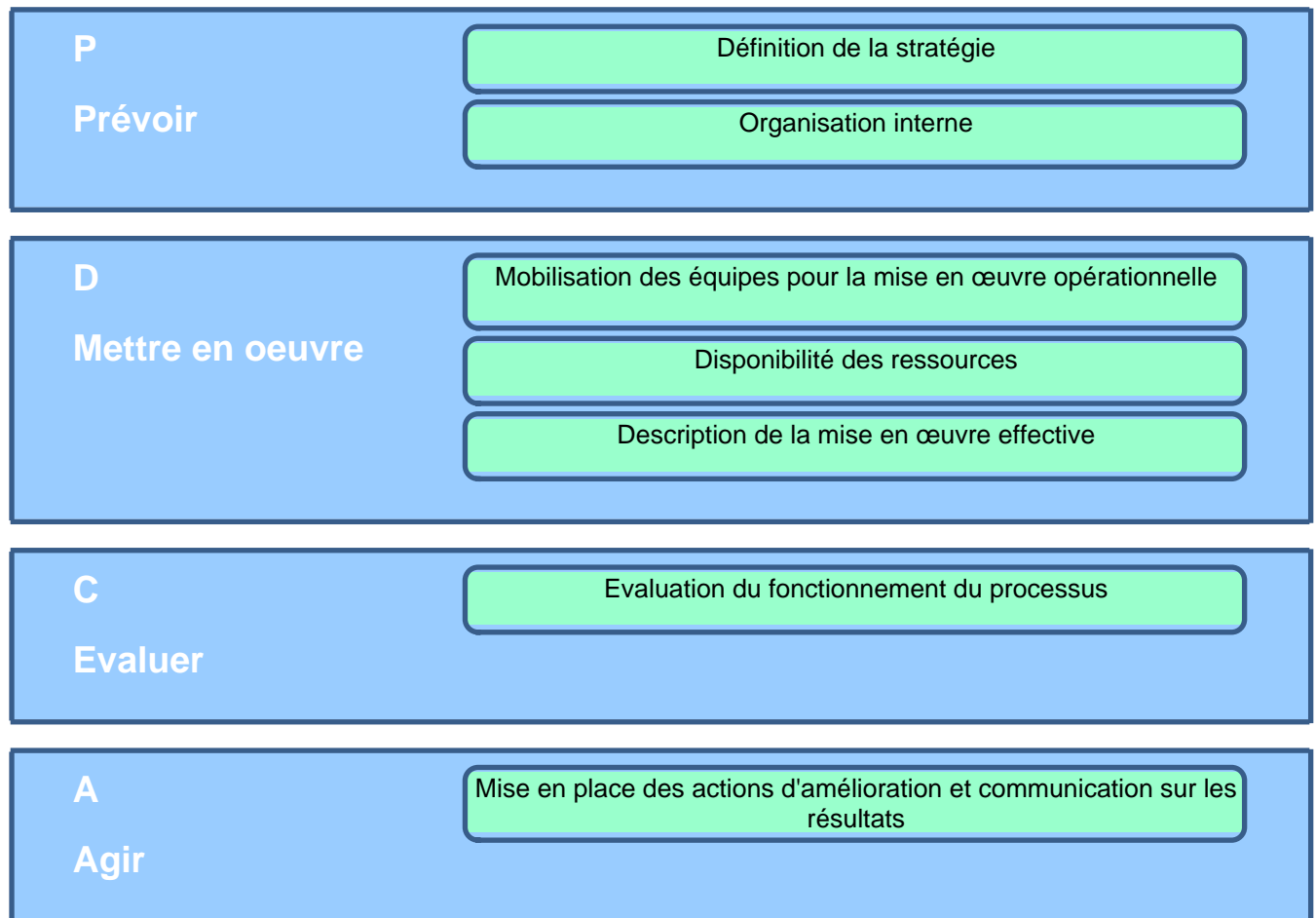
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2016-2020 intègre les droits des patients dans son projet qualité Axe 5 "Développer l'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes" ainsi que dans l'axe 2 "Promouvoir les droits des patients". Le projet d'établissement précise que le respect des droits des patients est une dimension essentielle de la qualité de soins. Les orientations portent pour exemple sur le développement des compétences relationnelles de l'écoute et des besoins du patient en matière de plaintes et réclamations, et veiller au dispositif d'annonce en cas de dommage aux soins. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques avec les professionnels concernés, s'appuyant sur la cartographie des risques de l'établissement et de la thématique, des réunions de la CRUQ et des usagers. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques ont été définis, priorisés et intégrés au programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le programme prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi. Il a été validé par le COPIL, la CME et la CRUQ. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le processus "Droits des patients" est piloté par le Président de CME et la responsable de service. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Au regard des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. L'architecture du bâtiment permet l'accueil du patient et de son entourage et l'accès aux personnes à mobilité réduite. La signalétique est adaptée. Des espaces sont aménagés pour l'accueil des proches. De même, des propositions de restauration et d'hébergement dans la chambre du patient peuvent leur être proposées. Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients notamment par l'installation de digicodes sur les portes des salles de soins. L'établissement a formalisé à destination des professionnels un ensemble de procédures relatives aux droits des patients disponibles dans la gestion documentaire de l'établissement promouvant le respect des droits et liberté, l'écoute et la prise en compte des attentes, la bientraitance et la prévention de la maltraitance. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont organisées. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRUQ est assurée via le livret d'accueil et le site internet. La CRUQ est associée à la dynamique et aux objectifs relatifs aux droits des patients. Le système de gestion des plaintes et réclamations est organisé. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, les pilotes de processus organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les risques prioritaires émanant de la cartographie des risques ont été établis en concertation avec les professionnels et la CRUQ. Les échanges entre professionnels sont facilités du fait de la taille de la structure. Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans les procédures et les protocoles par le suivi des événements indésirables et des plaintes et réclamations. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements par les pilotes. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux et les équipements permettent des conditions d'hébergement garantissant le respect de l'intimité et de la dignité des patients en secteur ambulatoire et en secteur hospitalisation. Dans le secteur ambulatoire des cloisons amovibles permettent d'isoler le patient s'il le souhaite et dans les chambres à deux lits d'hospitalisation, les pratiques professionnelles et l'installation d'un rideau de séparation permettent de préserver le respect et la dignité des patients.

Les procédures relatives à la prise en charge du patient et à son entourage sont disponibles et sont intégrées dans le système documentaire. Les formations sur les droits des patients sont effectives, de même que la formation des nouveaux arrivants sur la thématique. Une formation sur "les droits des patients et l'annonce d'un dommage lié aux soins" a été dispensée aux professionnels en 2016.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge du

patient. L'organisation définie relative à l'information du patient est mise en œuvre. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis au patient pour intégration de l'information dans le dossier patient informatisé. Le livret d'accueil du patient, est remis au patient dès la préadmission ainsi que le passeport ambulatoire, par la secrétaire. L'accueil du patient est personnalisé et le soutien de l'entourage est effectif dans les situations qui le nécessitent. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place, incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins. Une formation externe a été dispensée aux professionnels ainsi qu'une formation médicale "Communication au bloc opératoire : ce qu'il ne faut pas faire". De plus, le sujet de l'annonce d'un dommage lié aux soins a été discuté en staff médical. L'organisation et les pratiques professionnelles permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. De nombreuses actions liées à la promotion de la bientraitance ont été mises en place : amélioration des vestiaires patients en ambulatoire, cloisons mobiles, cabines de déshabillage. Une charte parents/soignants et une charte de bientraitance sont affichées dans les services de soins et de consultations. Le patient, et s'il y a lieu, son entourage, participe dans la construction et la mise en œuvre de son projet thérapeutique. Le projet de prise en charge intègre le respect des libertés individuelles. Le recueil du consentement éclairé du patient est organisé et, le cas échéant, le refus de soins est tracé dans le dossier. Le projet thérapeutique personnalisé est réajusté en fonction des évaluations médicales dont la trace figure dans le dossier patient. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les professionnels sont partis prenantes dans les propositions d'amélioration. La CRUQ est en place et se réunit conformément à la réglementation. L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont mises en œuvre, répondent à une procédure disponible dans la gestion documentaire avec des responsabilités spécifiées et font l'objet d'une information du patient dans le livret d'accueil. Les indicateurs concernant les délais de transmission des dossiers demandés par les patients sont conformes à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation annuelle et le suivi de la mise en œuvre du processus droits des patients sont réalisés à travers le recueil des questionnaires de sortie, des délais d'attente en ambulatoire, l'analyse des plaintes et réclamations, ainsi que la déclaration des événements indésirables relatifs aux droits des patients. L'établissement a utilisé la méthode du patient traceur à 3 reprises, lui permettant d'évaluer le respect des droits des patients durant la prise en charge. Les résultats de l'ensemble des évaluations réalisées sont exploités et conduisent à la définition d'actions d'amélioration. Les résultats sont communiqués aux professionnels dans les instances dont la CRUQ, le COPIL et les réunions de service.

A / AGIR

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

Le rapport annuel de la CRUQ 2015 et les comptes-rendus des réunions de précisent les recommandations formulées sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'état d'avancement. Elles sont intégrées et suivies dans le PAQSS. Les actions d'amélioration relatives aux droits des usagers définies dans le PAQSS sont mises en œuvre. Les actions sont planifiées et suivies par les pilotes en lien avec le directeur qualité selon les échéances et les modalités d'évaluation pré-définies. Des tableaux de bord et plans d'actions sont suivis et diffusés par le directeur qualité aux pilotes du processus. La communication des résultats est réalisée au niveau du COPIL, des instances de l'établissement et des pilotes de processus. La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective notamment pour les indicateurs nationaux.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

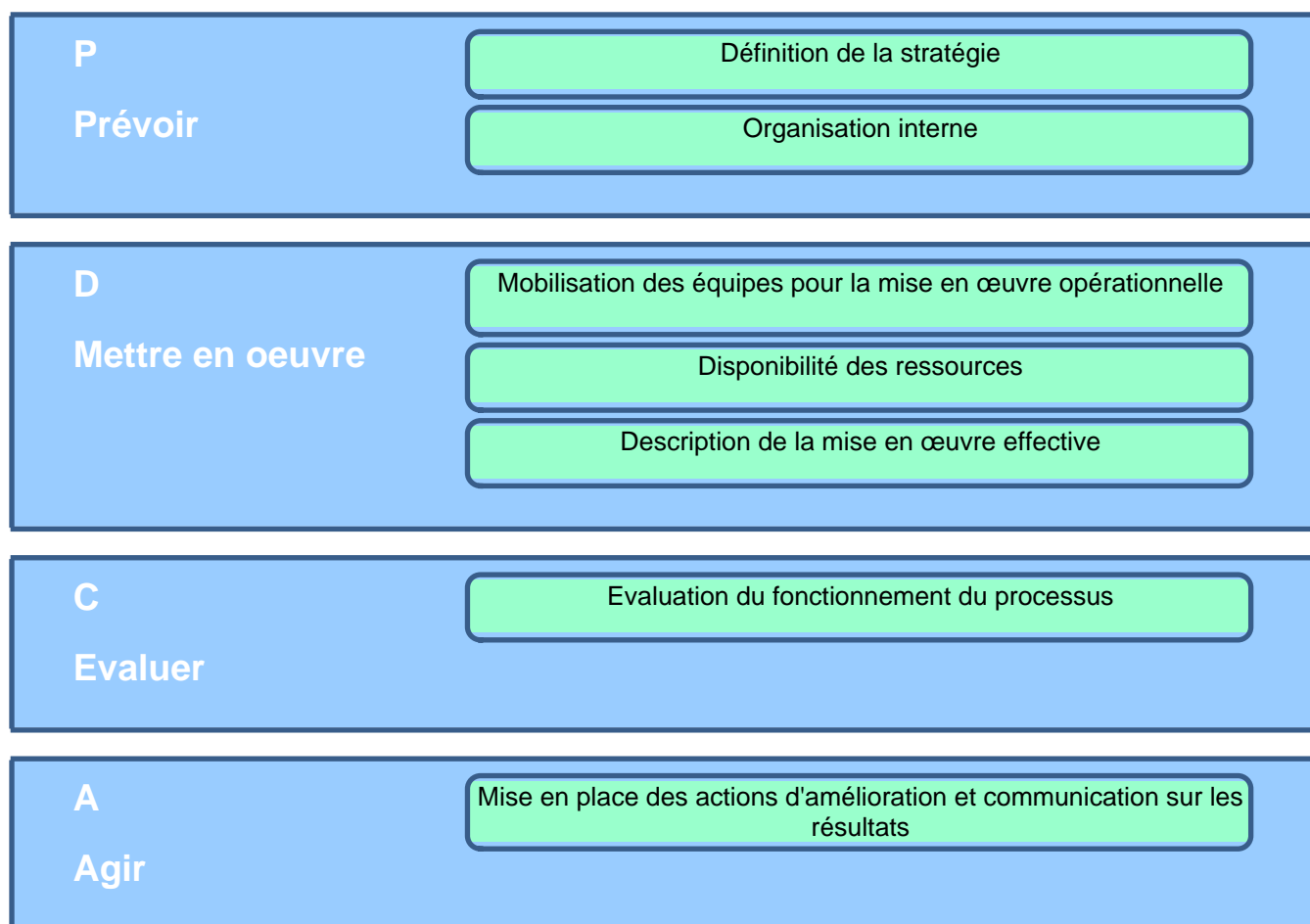
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La politique de l'établissement en matière de parcours du patient prend en compte les besoins de la population définis dans les orientations sanitaires régionales, dont notamment son positionnement dans le territoire ainsi que le CPOM. Le parcours du patient est décliné dans le projet qualité 2016-2020, "volet 2 sur l'optimisation du parcours du patient". Ce volet comporte une articulation avec le projet médical :

- sur la prise en charge du sujet âgé
- sur la prise en charge en ambulatoire

Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques avec les professionnels concernés, s'appuyant sur la cartographie des risques de l'établissement et de la thématique, des résultats de la certification V2010, des indicateurs IPAQSS et de l'analyse des EI. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques ont été définis, priorisés et intégrés au PAQSS. Le programme prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi. Il a été validé par le COPIL et la CME. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le processus « parcours du patient » est piloté par le président de la CME et la responsable des services de soins. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiées et formalisées dans les fiches de postes. L'établissement accueille principalement des patients en chirurgie ambulatoire avec des patients adultes et enfants. L'établissement ne dispose pas de service d'urgence, la continuité des soins est assurée par l'intermédiaire de six lits de repli en hospitalisation complète, et des astreintes médicales permettant d'accueillir les patients. En cas de besoin, l'établissement fait appel à une assistante sociale de la mairie du 6ème arrondissement de Paris. Le plan de formation institutionnel comporte des actions externes et internes sur différents sujets de la thématique : la prise en compte du risque suicidaire, DU organisation et de gestion d'une unité de chirurgie ambulatoire, urgence vitale. L'établissement a formalisé à destination des professionnels un ensemble de procédures relatives au parcours du patient, disponibles dans la gestion documentaire, de même que la cartographie des risques sur la thématique. L'établissement n'a pas d'autorisation de programme d'éducation thérapeutique, les patients sont adressés à l'Institut Curie. La gestion des interfaces médicales et soignantes entre les services est organisée, notamment la prise en charge des patients en ambulatoire. Le parcours en ambulatoire a été conçu avec l'ensemble des professionnels avec une expérimentation des indicateurs IPAQSS ambulatoire avec la HAS en 2015. Il en est de même pour les interfaces avec les services logistiques et administratifs. Le parcours patient en ambulatoire est organisé avec appel à J-1 et J+1 et une organisation administrative de prise de rendez vous médicaux en amont.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les actions prévues sont mises en œuvre par les responsables, sont discutées avec les équipes lors des relèves et des réunions de service. Les comptes-rendus des réunions sont à disposition dans les services. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières lors des transmissions ou des staffs médicaux. Les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans les procédures et les protocoles par le suivi des événements indésirables, la méthode du patient traceur et l'analyse des plaintes et réclamations. Les délais d'attente sont mesurés et suivis et des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements par les pilotes. Les résultats en sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Les professionnels ont été formés à l'accueil du patient et aux gestes d'urgence. La responsable du service de chirurgie ambulatoire a un DU d'organisation en chirurgie ambulatoire. La continuité de la présence du personnel infirmier est assuré de jour et de nuit. Le dossier patient informatisé permet le suivi des patients et une communication en temps utile du dossier patient entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. Les procédures sont intégrées dans le système documentaire de l'établissement et disponibles pour répondre aux besoins des professionnels. Le livret d'accueil institutionnel est remis au

patient lors de son admission. Les locaux et matériels spécifiques nécessaires sont en place, appropriés et fonctionnels, et notamment le chariot d'urgence à chaque service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur, et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge des patients. Les règles de présence et un système d'astreinte médical et soignant sont mis en œuvre afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Les tableaux d'astreintes sont rédigés, validés et diffusés. L'accueil du patient dans les services est effectif et personnalisé en fonction des prises en charge, adultes, enfants, personnes âgées, patients démunis. La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé qui intègre l'ensemble de ses besoins, notamment pour les personnes ayant des troubles cognitifs, de communication, personnes démunies. L'évaluation initiale et continue de l'état du patient est réalisée. La disponibilité de ces professionnels est effective. La coordination entre les divers professionnels concourant à la prise en charge des patients est assurée. Leurs observations respectives sont tracées dans le dossier du patient. Le dépistage des troubles nutritionnels est tracé dans le dossier lors de la consultation médicale et/ou consultation anesthésique. La réflexion bénéfique/risque est prise en compte dans la stratégie thérapeutique. Le consentement du patient est recherché. Le projet thérapeutique est défini dès la consultation et réajusté si besoin lors des visites médicales. Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est défini. Les professionnels soignants connaissent la procédure relative aux urgences vitales internes. Il existe un chariot d'urgence scellé et un défibrillateur avec traçabilité de la vérification, sous la responsabilité de la pharmacie. L'établissement traite des patients en onco-dermatologie, aussi les RCP ont lieu à l'Institut Curie, ou à l'Hôpital des Peupliers avec le réseau "Constellation" où exercent aussi les praticiens. Les fiches de RCP sont insérées dans le dossier patient. Compte tenu de l'activité principalement en ambulatoire de l'établissement, la sortie est formalisée et respectée notamment à l'aide de score et de check-list. Lors de l'hospitalisation complète la sortie est anticipée en concertation avec le patient ou ses proches. La prise en charge des personnes en situation de précarité ou ayant besoin d'une aide à la préparation de la sortie est réalisée par la responsable du service ou l'aide d'une assistante sociale. La transmission des informations nécessaires à la continuité des soins après la sortie est assurée en temps utile. Les événements indésirables déclarés sont suivis et analysés, en association avec les professionnels. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe aux campagnes de relevés des IPAQSS pour évaluer la conformité de certaines pratiques au travers de leur traçabilité. Par ailleurs, trois audits « Patient traceur » ont été menés et plusieurs évaluations: conformité des documents de sortie avec présence de l'ordonnance de sortie après la consultation chirurgicale et les temps d'attente en pré opératoire en chirurgie ambulatoire. Des suivis d'indicateurs sont réalisés : taux de transferts de repli, durée de séjour, taux de retour des questionnaires, taux d'annulation de séjour après admission, temps d'attente en ambulatoire et la surveillance post opératoire, suivi de la présence de l'ordonnance post opératoire. Les événements indésirables sont déclarés et analysés en COPIL.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations sont transmis aux équipes par l'intermédiaire des comptes-rendus des réunions de service. Les actions d'amélioration identifiées suite aux résultats des évaluations sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La coordination et le suivi des actions sont assurés par le directeur qualité en lien avec les pilotes du processus selon les échéances et les modalités pré-définies, restitués en COPIL et disponibles dans la gestion documentaire. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans l'établissement et communiqués aux usagers sur le site internet de l'établissement et lors des réunions de CRUQ.

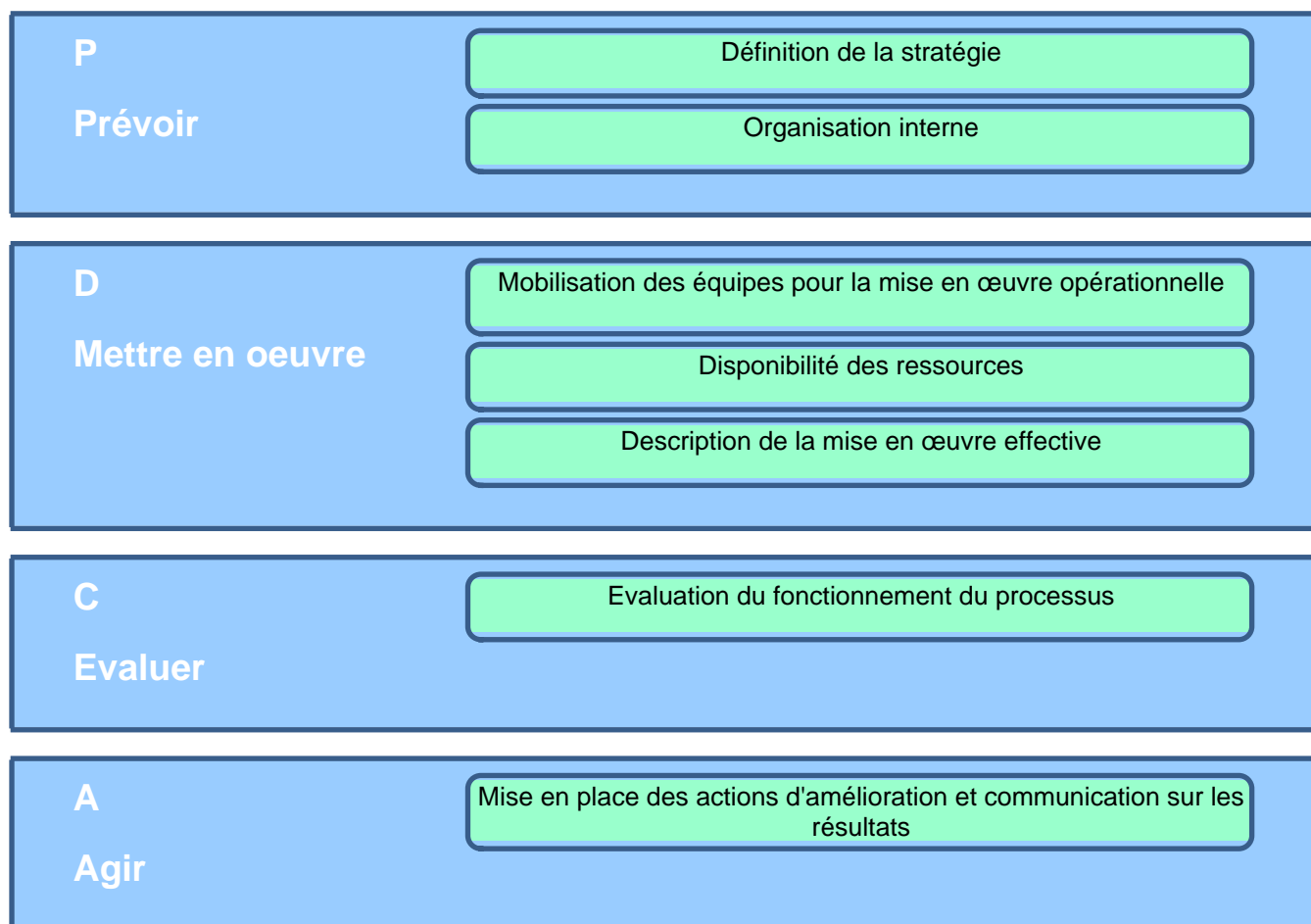
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a défini sa stratégie de dossier patient unique informatisé depuis 2013. Elle est intégrée dans les orientations stratégiques déclinées dans le schéma directeur des systèmes d'information 2014-2018. Elle vise à obtenir pour tous les acteurs un dossier médical partagé avec des informations claires et précises en temps réel dans sa globalité grâce aux données médicales de consultation, thérapeutiques, sociales, environnementales en vue d'optimiser la coordination des soins et la gestion des risques. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques avec les professionnels concernés s'appuyant sur la cartographie des risques de la thématique, des résultats de la certification V2010, des indicateurs IPAQSS et des constats internes. Des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques ont été définis, priorisés et intégrés au programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Le programme prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi. Les risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité de l'établissement. De plus, un support de communication synthétique sur la thématique incluant les risques prioritaires a été établi pour les professionnels. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Un médecin et le directeur qualité sont désignés pilotes du processus pour l'établissement. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission. Les règles d'accès au dossier patient par les professionnels sont définies. Les habilitations des professionnels concernant l'accès au dossier patient informatique sont attribuées en fonction de leur profil. Les codes d'accès personnels sont délivrés par le responsable du système d'information. La communication en temps utile du dossier patient entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est effective. Les modalités de communication avec les correspondants externes sont définies. La formation des professionnels au dossier patient est intégrée dans l'accueil des nouveaux arrivants et en continu par la responsable du service. Les règles de gestion du dossier patient informatique et papier sont formalisées et diffusées dans la gestion documentaire. Elles précisent les responsabilités, les règles de tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité et archivage du dossier. Ces règles précisent le contenu du dossier informatisé et du dossier papier. Le dossier informatisé comprend les informations administratives et médicales du patient et notamment les motifs d'admission, observations médicales, examen initial, le projet thérapeutique, les observations médicales au cours du séjour, les différentes interventions des professionnels, le dossier infirmier, les ordonnances et courrier de sortie, ... Le dossier papier est disponible durant le séjour du patient et contient les informations externes le concernant, les divers consentements, feuille d'écologie, la fiche per opératoire du dossier d'anesthésie. L'établissement organise l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités d'accès du patient à son dossier sont définies, répondent à une procédure disponible dans la gestion documentaire, avec des responsabilités spécifiées et font l'objet d'une information du patient dans le livret d'accueil. Les indicateurs concernant les délais de transmission des dossiers demandés par les patients sont conformes à la réglementation. L'archivage des dossiers patients est organisé. Il existe un local d'archivage central et un stockage intermédiaire au niveau des secrétariats médicaux. Les locaux sont sécurisés, réservés exclusivement à cet effet pour le local central d'archivage. Dans les deux services de soins, des ordinateurs fixes sont à disposition des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients permettant l'accessibilité et la traçabilité des informations en temps réel. Une procédure d'utilisation du dossier patient en mode dégradé est définie en cas d'indisponibilité du système d'information. L'information du patient sur son droit d'accès à son dossier est formalisée dans le livret d'accueil qui précise la procédure à suivre. Il existe trois spécialités d'intervention dans l'établissement, ORL, Ophtalmologie et dermatologie. L'informatisation du dossier médical d'ophtalmologique et de dermatologique est en cours.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus identifient les actions à mener qui sont intégrées au PAQSS et organise la déclinaison des actions à mener. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin selon les éventuels dysfonctionnements signalés et les résultats des évaluations et indicateurs. Elles sont suivies par les responsables des services, par les pilotes du processus et par le COFIL. Elles sont identifiées par les pilotes de processus, l'encadrement médical et paramédical avec la participation des professionnels.

Les résultats en sont communiqués aux équipes lors des transmissions ou lors des réunions de service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. La responsable s'assure de la formation des nouveaux arrivants au dossier patient dès leur prise de poste. Par ailleurs, une formation est prévue lors de l'accueil des nouveaux arrivants. Les médecins sont formés par le pilote médical du processus. Dans les services de soins, le matériel est en adéquation avec les besoins des utilisateurs : des ordinateurs fixes sont mis à disposition de l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients permettant l'accessibilité et la traçabilité des informations en temps réel. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance supervisé par le responsable du système d'information. Les procédures concernant la gestion et la tenue du dossier patient sont accessibles, disponibles dans la gestion documentaire et connues des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La responsable du secteur de soins en lien avec le directeur qualité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne quant à la gestion et à la tenue du dossier patient informatique et papier. Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient, comme observation initiale, suivi des constantes, traitement, projet thérapeutique, administration des médicaments. La communication du dossier informatique entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est effective. Concernant les délais d'envoi du courrier de sortie, l'indicateur IPAQSS réalisé en 2016, montre que 73% des courriers de fin d'hospitalisation sont transmis dans les délais réglementaires avec une nette amélioration. L'établissement organise l'accès du patient à son dossier dans les délais réglementaires. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée via le recueil des indicateurs nationaux IPAQSS et HN. Des audits ponctuels sont réalisés par la responsable du service de soins. Les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués aux instances, et au COPIL. Les professionnels sont informés lors des CME et des réunions de service.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées en lien avec la CRUQ, en cohérence avec le résultat des évaluations et sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La coordination et le suivi des actions sont assurés par le directeur qualité en lien avec les pilotes du processus selon les échéances et les modalités pré-définies et restitués en COPIL. Les plans d'actions sont suivis et diffusés par le directeur qualité aux pilotes du processus, disponibles dans la gestion documentaire. La communication des résultats est réalisée au niveau des instances de l'établissement, des pilotes de processus et des professionnels via les réunions de service, la gestion documentaire. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans l'établissement et communiqués aux usagers lors des CRUQ.

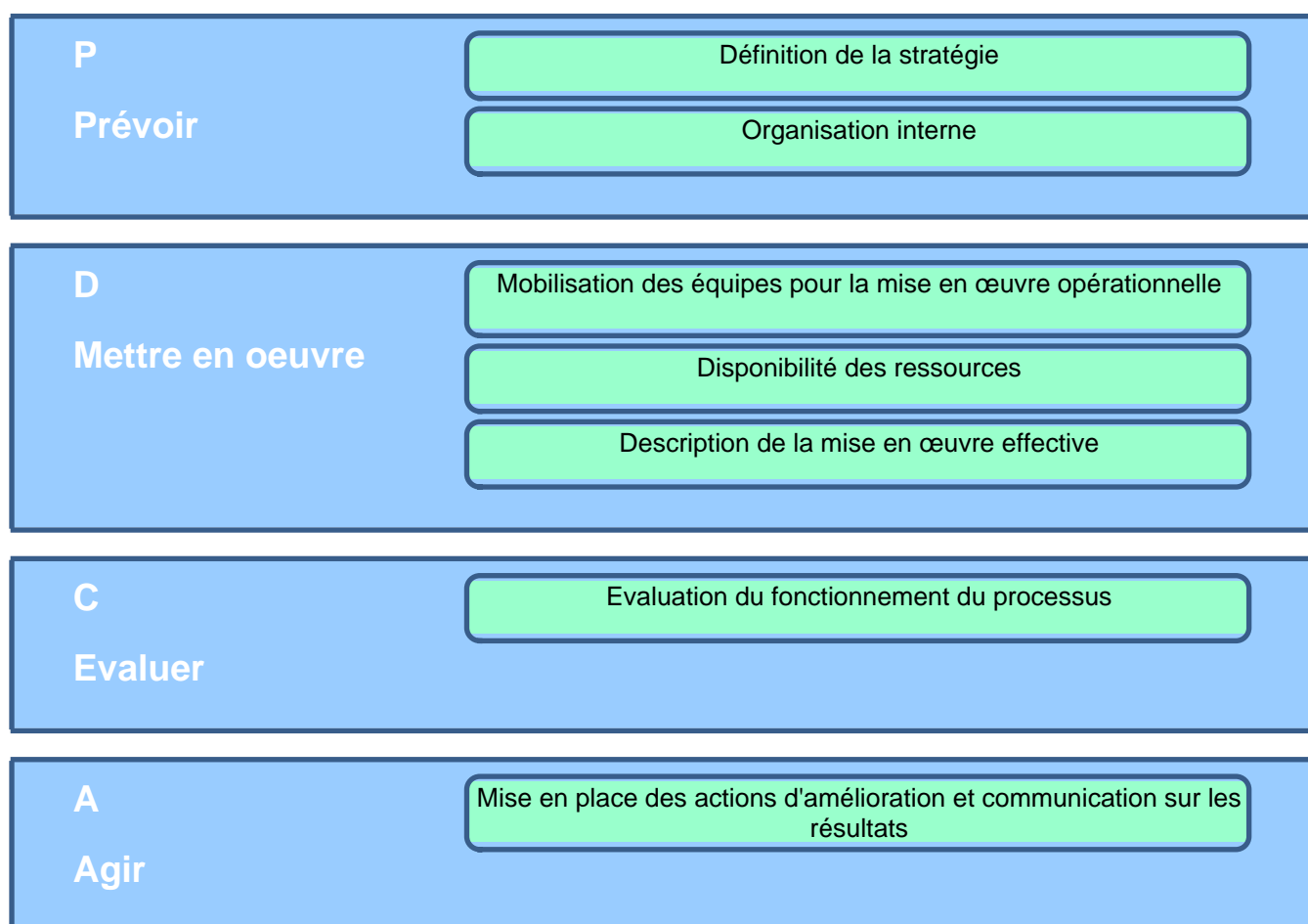
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est définie. Elle suit les actions développées lors de la précédente itération de la certification (assurer la continuité pharmaceutique en dehors des heures d'ouverture de la PUI, améliorer la conformité des prescriptions, supprimer les préparations d'antimitotiques réalisées en per opératoire, élargir le champ des informations délivrées aux patients par les professionnels sur le bon usage des médicaments et améliorer la traçabilité des conseils donnés). Elle reprend les actions prioritaires dans la cadre de l'analyse de risque. Elle est suivie mensuellement au sein du comité de pilotage de l'établissement et mise en œuvre sous l'égide du COMEDIM. Un bilan régulier est également réalisé dans le cadre du contrat de bon usage du médicament, il est exposé en CME. Cette politique comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé dont une EPP en cours. Les différents aspects de la prise en charge médicamenteuse sont abordés comme la traçabilité des DMI hors GHS, le livret thérapeutique, l'accueil des nouveaux arrivants, le suivi des événements indésirables, la sécurisation du processus. Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base d'une cartographie des risques, des analyses de pratique, des résultats des indicateurs, des événements indésirables analysés en CREX avec des actions sont définies. A partir de la cartographie des risques, l'établissement met régulièrement à jour son identification des risques, en partenariat avec l'ensemble des secteurs de soins. Cette étude a permis d'identifier les situations à risque résiduelles, de les hiérarchiser à l'aide d'échelles de mesure et d'identifier les moyens de maîtrise intégrés dans le compte-qualité. Les cinq objectifs prioritaires concernent les modalités de traçabilité de l'administration, l'amélioration de la continuité de l'analyse pharmaceutique, la gestion anticipée des traitements personnels en amont et en aval de l'hospitalisation et leur traçabilité dans le dossier de soins, la limitation des erreurs de saisie dans l'outil de prescription. La diminution de l'iatrogénie médicamenteuse évitable avec trois axes de travail : la pérennisation de la gestion des risques de la prise en charge médicamenteuse, le bon usage des antibiotiques et la conformité des prescriptions. Le programme d'actions 2016, élaboré par le COMEDIMS à partir de la cartographie des risques, des CREX, décline les objectifs en actions asservies à un calendrier et à des indicateurs de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien temps partiel dans l'établissement qui assure ses missions conformément à son statut. Il est aidé dans cette tâche par plusieurs personnes ressources (anesthésiste référent douleur, président du CLIN, de la CME, qualité, ...). Il s'appuie également sur le COMEDIMS, le Comité de Pilotage de l'établissement auquel il participe tous les mois et sur la CME. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la pharmacie sont prévues (pharmacien, préparateur en pharmacie temps partiel, magasinier pour la manutention). L'établissement a formalisé son organisation dans son manuel qualité. Les grandes étapes de cette organisation sont décrites dans diverses procédures générales (prescription et dispensation des médicaments, préparation et administration des médicaments, commande et acheminement etc....) et des procédures plus spécifiques (commande de gaz médicaux, délivrance et traçabilité, gestion des antibiotiques, etc...). Ces procédures ont été régulièrement remises à jour. Les locaux, matériels et équipements nécessaires pour le fonctionnement de la pharmacie et des secteurs cliniques et médico-techniques sont définis. L'accès à la pharmacie est sécurisé. Une procédure de demande de produits en urgence est écrite et connue du personnel, une armoire de dotation en médicaments urgents est à disposition en dehors des ouvertures de la pharmacie dans le sas d'accès de la pharmacie. L'informatisation du circuit du médicament est effective pour l'ensemble des lits, sur la base d'un logiciel institutionnel spécifique, en adéquation avec le projet du système d'information. Les droits d'accès sont organisés. Des actions de communication, animées par le pharmacien, sont organisées pour sensibiliser régulièrement les professionnels sur la prise en charge médicamenteuse. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le service pharmacie et les secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, aidé des responsables de service, du responsable qualité et de praticiens impliqués organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le COMEDIMS est garant de la déclinaison des plans d'action. Cette déclinaison repose sur une concertation et une implication des équipes par des informations régulières. Les cadres de santé en lien avec le service qualité, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La mobilisation des équipes autour de la prise en charge médicamenteuse est facilitée par la taille de l'établissement. Le

recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatifs examinés dans le cadre du dispositif en place dans l'établissement. L'ensemble des événements concernant le médicament est transmis au pharmacien. Les professionnels et les praticiens sont sollicités pour participer aux retours d'expérience ou à des RMM permettant l'analyse d'un événement signalé comme grave. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin, identifiées avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun. La formation des nouveaux arrivants, pour l'utilisation du logiciel dans son module médicament, dont les praticiens est assurée avec un support écrit. Le pharmacien est présent sur site le matin. Des formations sont régulièrement organisées sur le circuit du médicament, les erreurs médicamenteuses, l'utilisation des anticoagulants, l'utilisation du logiciel de soins,... En dehors de sa présence, une organisation est en place en cas de besoins urgents connue des professionnels. Les ressources documentaires, principalement les protocoles d'organisation du circuit, sont accessibles par tous sur la base documentaire informatisée dans l'ensemble des secteurs. Le paramétrage du logiciel de prescriptions utilisé intégré le livret thérapeutique, une base de données de référence est accessible sur chaque poste informatique. A l'aide du logiciel, les professionnels ont accès à des protocoles thérapeutiques paramétrés en fonction des différents parcours, filières et actes les plus fréquents. Ce paramétrage a été réalisé de manière transversale par spécialité et est communs aux différents spécialistes de la même spécialité. Des documents sous format papier sont également mis à disposition par le pharmacien. Des QUIZZ, en introduction des formations, permettant une sensibilisation et un état des lieux des connaissances. Des supports d'information sont élaborés en équipe à destination du patient comme une fiche informative patient sur les antalgiques et l'utilisation du PARACETAMOL. Le seul outil de prescription utilisé est le logiciel dossier patient généralisé. Les locaux sont anciens mais appropriés à l'activité exercée. L'accès à la pharmacie est sécurisé. Les deux salles de soins sont équipées d'une armoire de stockage des médicaments sécurisée par clé et majoritairement fermées. Les traitements personnels des patients sont séquestrés et identifiés par une étiquette. Chaque unité dispose également d'un coffre à stupéfiants, d'un chariot d'urgence conforme et adapté à l'activité réalisée. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux dans des armoires fermées est organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'anesthésiste à l'issue de la consultation prescrit l'ensemble des traitements utiles, les patients sont encouragés à communiquer leur traitement habituel au moyen du questionnaire de pré anesthésie. Les traitements personnels des patients sont stockés dans une armoire sécurisée. Ils sont restitués à la sortie selon l'organisation établie. Les prescriptions et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient. En ambulatoire, les ordonnances d'antalgiques sont communiquées en amont de l'intervention pour faciliter le relai antalgique à domicile en ORL. Un travail identique est conduit en ophtalmologie pour uniformiser ces pratiques. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée pour certains médicaments et est adaptée à l'activité exercée. Les prescriptions sont toutes informatisées, y compris les prescriptions de stupéfiants conformément aux règles de bonne pratique ce que confirme l'indicateur IPAQSS associé. Les prescriptions si besoin font mention du médicament prescrit en précisant les conditions spécifiques d'administration. La réévaluation de l'antibiothérapie est assurée conjointement par le praticien et le pharmacien. Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées. L'analyse pharmaceutique est assurée pour l'ensemble des prescriptions. Le pharmacien a accès à l'ensemble des données cliniques disponibles dans le dossier informatisé et aux données biologiques via l'intranet. La délivrance nominative est engagée pour des médicaments à dispensation limitée (stupéfiants, certains antibiotiques). Les traitements sont préparés par les IDE au regard des prescriptions informatisées, à l'aide de la dotation globale. L'approvisionnement des médicaments personnels est organisé. L'administration des médicaments et la traçabilité des prises sont assurées en temps réel, sur le plan de soins informatisé. L'approvisionnement des différents secteurs est assuré à jour fixe en fonction d'un planning hebdomadaire. Un contrôle des périmés est effectué dans les infirmeries des services. Les chariots d'urgence sont vérifiés et opérationnels. Le transport est assuré dans des chariots sécurisés, la chaîne du froid est respectée ainsi que la surveillance des réfrigérateurs qui est tracée. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le COMEDIMS, le comité de pilotage et le pharmacien assurent régulièrement le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés, les indicateurs utilisés sont qualitatifs et quantitatifs : indicateurs du CBUM, indicateurs IPAQSS, indicateurs internes. Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés en partenariat avec les praticiens et les professionnels selon les thèmes retenus (Antibioprophylaxie, antibiothérapies de première intention, prémédication, prise en charge de la douleur

post opératoire, ...).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont suivies dans le cadre du programme d'actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, le suivi des risques a priori. La diffusion des résultats se fait en COMEDIMS, du comité de pilotage, de la CME. Ils sont transmis aux professionnels concernés.

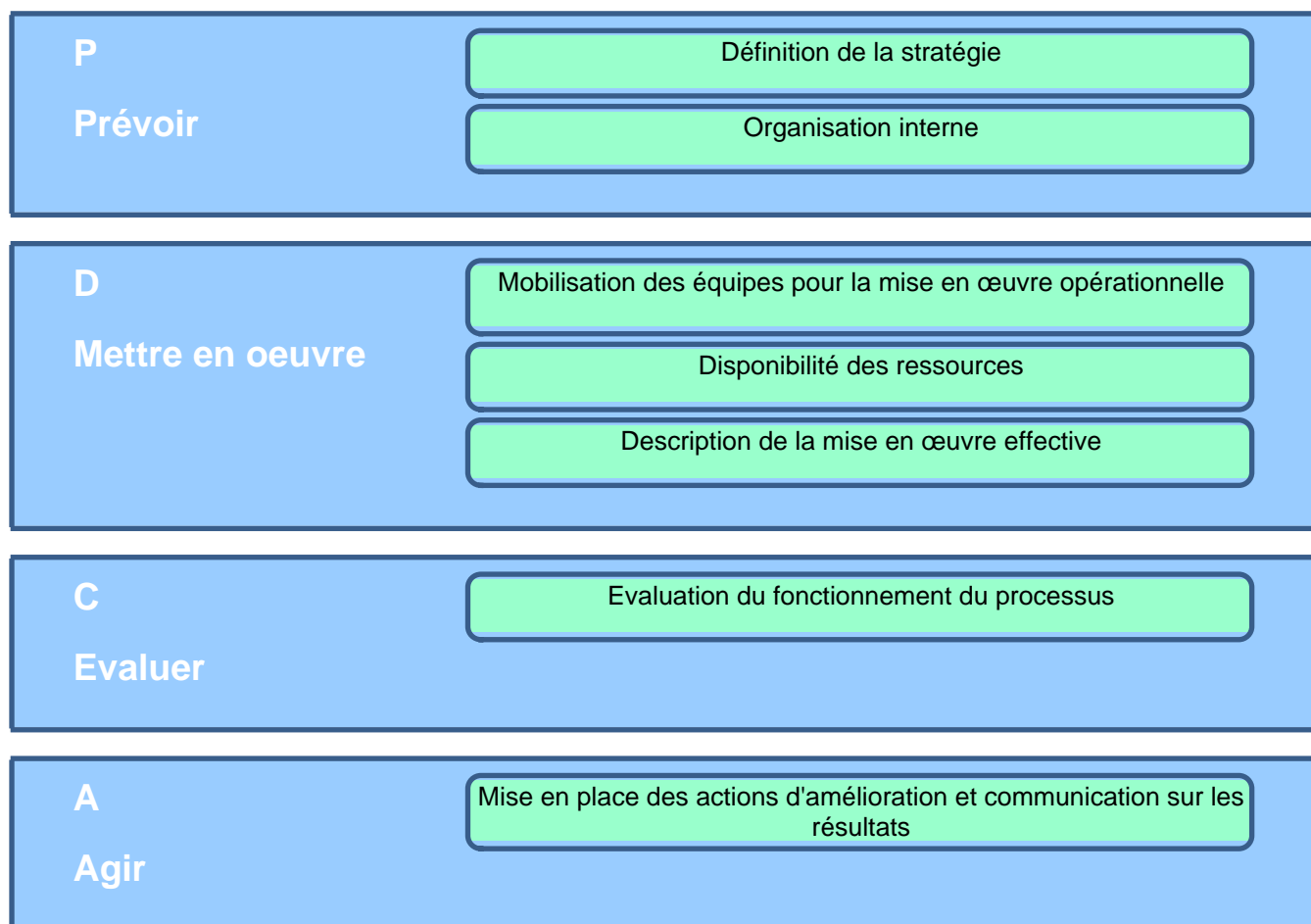
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose d'un secteur opératoire contigu au service de chirurgie ambulatoire. Le secteur opératoire, est constitué de trois petites salles d'intervention et d'une salle de surveillance post-interventionnelle adaptée de 5 postes qui sert aussi de pré induction. Le service de chirurgie ambulatoire adjacent comporte 24 places. L'établissement assure une activité chirurgicale d'ORL, d'ophtalmologie et de chirurgie d'exérèse de petites tumeurs cutanées.

Environ 4 000 interventions sont réalisées chaque année dont environ 95% en ambulatoire. Le bloc est de structure ancienne mais entretenu. Son architecture ne permet pas de construire un circuit type marche en avant mais l'établissement a mis en place les mesures nécessaires pour maîtriser ce risque autant que faire se peut. Le secteur de stérilisation est contigu au bloc opératoire avec des zones de lavage, conditionnement et stockage identifiées isolées du bloc en liaison directe (absence de sas). Les vestiaires sont adaptés et permettent le respect des règles d'habillement. La stratégie du management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et le développement de la chirurgie ambulatoire sont des axes prioritaires du projet médical et d'établissement. Cette stratégie est traduite dans une politique de prise en charge des patients au bloc opératoire définie qui fixe 6 objectifs d'amélioration qualité. Cette stratégie est validée par les instances. L'identification des besoins repose sur une réflexion pluriprofessionnelle et une complémentarité entre les différents intervenants. Elle tient compte des caractéristiques particulières de l'activité, des recommandations de bonne pratique, des objectifs de développement institutionnels et fixés par l'ARS. Elle s'appuie également sur une identification des risques prioritaires intégrés dans le compte qualité. Ces risques sont issus d'une analyse a priori réalisée en concertation étroite avec les médecins et/ou à leur initiative, l'encadrement et les autres professionnels de santé. Elle est régulièrement réactualisé puis adaptée à l'évolution des pratiques consécutives à la mise en place des axes d'amélioration. Cette analyse de risque a été complétée par l'actualisation de la cartographie précédente avec l'introduction des nouveaux risques identifiés, puis priorisation à l'aide d'échelles de mesures et définition d'actions de prévention ou d'atténuation. Cette politique comporte des objectifs d'amélioration et de mesures de traitement des risques en cohérence et adaptées aux risques identifiés. Le suivi de cette politique est assuré par l'intermédiaire du compte qualité dans sa partie plan d'actions de suivi des risques et par un programme d'actions qualité défini par le COPIL et les conseils de bloc. Ce programme d'actions prévoit des audits, des formations, des actions, la documentation et des indicateurs. Les thèmes et actions de travail comprennent des délais, un pilote, un état, un suivi de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est définie pour piloter les processus bloc opératoire et chirurgie ambulatoire avec identification des rôles et responsabilités formalisés au sein des chartes du bloc et de chirurgie ambulatoire. Le pilotage de ce processus est confié au cadre de bloc assisté du président de la CME pour le bloc opératoire, au cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire associée à un coordinateur adjoint par spécialité (anesthésie, ophtalmologie et ORL). Ces pilotes travaillent en lien étroit avec le comité de pilotage de l'établissement, le responsable qualité et le CLIN. La commission de bloc est en place : elle est composée du chef de bloc, des chefs de service ORL et ophtalmologie, du président de la CME, du président du CLIN, d'un représentant des médecins anesthésistes, d'un représentant des chirurgiens libéraux, de la directrice, du cadre de santé ambulatoire, du directeur qualité et biomédical. Elle se réunit régulièrement au moins deux fois par an. Le conseil restreint (anesthésiste, ORL, ophtalmologiste, cadre de bloc et d'ambulatoire) se réunit chaque mercredi pour une pré visualisation du programme à deux semaines et une validation du programme de la semaine à suivre. Les événements indésirables sont recensés et pré examinés à ces occasions. Une stratégie est en place pour les recrutements médicaux et soignants, en lien étroit avec les projets de développement d'activité et la gestion des ressources humaines. Les ressources humaines permettent de couvrir les besoins et les compétences de l'activité opératoire et de l'hospitalisation en ambulatoire, ces deux secteurs disposent de professionnels dédiés. Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires en place dans l'établissement. Le plan de formation prend en compte les besoins des unités et de l'établissement. Le cadre du bloc opératoire a reçu une formation au management de la qualité, le cadre de chirurgie ambulatoire à l'organisation et au management en chirurgie ambulatoire (DU). L'accueil du nouvel arrivant est organisé. L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire et du service de chirurgie ambulatoire est déclinée au sein d'un manuel qualité très complet qui se construit sur la base d'une analyse des différents processus (management, interventionnel, support) puis décliné sous forme de procédures, formulaires et modes opératoires. Ces différents documents sont connus et disponibles sous formats informatique et également papier dans l'unité. Les salles d'intervention sont anciennes mais en adéquation avec l'activité réalisée. Le secteur de chirurgie ambulatoire est récent séparé en trois zones contiguës centrées par le poste de soin : une zone dédiée à l'enfant, une zone ambulatoire court (séjour < 4 heures), une zone ambulatoire long. Une zone d'accueil et de déshabillage

sont individualisées afin de préserver l'intimité des patients. L'outil informatique est le principal vecteur de communication utilisé dans ces secteurs : prise de rendez-vous, programmation opératoire, comptes-rendus, courriers, planning des salles et de l'unité de chirurgie ambulatoire, dossier patient ... Les interfaces entre le bloc, la pharmacie, la stérilisation, les services d'hospitalisation sont organisées via le dossier informatisé ou sous formats papiers scannés dans le dossier informatisé. Ils permettent l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs. La maintenance préventive et curative est organisée. Elle s'appuie sur une GMAO et associe un ingénieur biomédical également responsable qualité, membre de l'équipe de direction assisté de deux techniciens polyvalents dont un plus spécifiquement spécialisé en informatique. Des contrats de maintenance externes sont signés pour l'ensemble du parc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le chef de bloc, pilote du processus, organise en partenariat étroit avec le conseil restreint du bloc, la déclinaison de la démarche institutionnelle et des grandes orientations du secteur, en actions opérationnelles. L'encadrement assure une communication active et régulière facilitée par la taille du secteur auprès des équipes et des praticiens. Il favorise l'implication de chacun, par leur participation aux groupes de travail, aux formations et par la communication des résultats obtenus à travers la publication des indicateurs de suivi. Le chef de bloc en collaboration avec le responsable des soins s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, traçabilité) au bloc opératoire, en SSPI, lors du brancardage, en service d'hospitalisation ambulatoire. La participation des acteurs médicaux et paramédicaux du bloc dans l'analyse des événements indésirables est favorisée. Les procédures et supports de signalement des événements indésirables sont en place, connus des professionnels. Les secteurs (bloc opératoire et ambulatoire) sont engagés dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Des RMM sont effectives et opérationnelles. De ce fait, chacun est partie prenante dans la mise en place des actions correctives en participant aux retours d'expériences organisés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des deux secteurs sont validés par la direction en concertation avec l'encadrement et selon les obligations réglementaires. Les effectifs du secteur opératoire permettent d'assurer la continuité des soins la nuit, les week-ends et les jours fériés à l'aide d'une planification mensuelle des personnes d'astreinte (médecins et paramédicaux). Le maintien des compétences est assuré et la formation des professionnels tient compte des besoins de cette activité. La formation des nouveaux professionnels est organisée par tutorat avec une période d'accompagnement. La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels à partir des ordinateurs présents. Les procédures (vérification des salles à l'ouverture, transport des patients, bio-nettoyage, réalisation de la checklist, conduites à tenir en cas d'hyperthermie maligne,...) sont déclinées au regard des spécificités de l'activité, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène. Elles sont rédigées et actualisées avec la participation des professionnels. Cette documentation comprend les dispositions spécifiques en cas de panne au bloc opératoire (électrique, des fluides, de l'aspiration...). Les chartes de bloc et d'ambulatoire sont formalisées, actualisées en 2016 et validées par les instances. Les locaux du secteur ambulatoire permettent le respect des circuits des matériels, des déchets et un accueil personnalisé des patients. Au bloc opératoire, les locaux sont optimisés pour respecter au mieux les circuits (professionnels, patients, matériels, linge, déchets). La configuration des salles d'intervention limite la réalisation d'une véritable marche en avant, les risques sont cependant maîtrisés. Un projet d'aménagement du bloc opératoire avec extension notamment de la SSPI, du nombre de salles, des locaux de stockage a été élaboré. Les zones de stockage existent mais sont limitées conduisant en la présence d'équipement dans les couloirs sans que cela induise un risque pour les patients (hors circulation). La disponibilité du matériel d'urgence est effective. Les équipements prévus sont en place, ils sont gérés par l'équipe biomédicale interne pour les choix, la réception. La maintenance préventive et curative est gérée par des prestataires extérieurs sous contrat. Les outils informatiques sont en place dans les différents lieux de travail et permettent l'accès au dossier patient, aux prescriptions médicales, à l'enregistrement de l'activité opératoire et à la consultation d'anesthésie. La traçabilité de la surveillance anesthésique per-opératoire est assurée sur support papier. Les prescriptions pour le pré opératoire et le post opératoire à partir du passage en SSPI sont réalisées sur l'outil dossier patient commun palliant à l'absence d'outil métier anesthésie. L'apparition d'événements indésirables ou de difficultés particulières per opératoires (intubation difficile par exemple) est cependant intégrée dans le dossier informatisé afin de pouvoir être retrouvée lors d'une hospitalisation ultérieure. Quelques supports papiers coexistent : demande d'hospitalisation, fiche d'écologie, score de sortie de chirurgie ambulatoire, dossier d'ophtalmologie. Ils sont scannés et intégrés au dossier informatisé à chaque étape. Le dossier d'ophtalmologie doit être informatisé début 2017 avec interfaçage au dossier patient (logiciel métier évitant le recopiage des données d'optométrie ou nécessaires aux commande d'implants. Le maintien des conditions environnementales est assuré. Un programme de surveillance est en place : en continue (pressions, traitement d'air), en interne ou sous traité et discontinu (points de contrôle et prélèvements bactériologiques de surfaces, surveillance

aérienne avec contrôles particuliers, externe avec qualification des salles annuelle). Les écarts par rapport aux résultats attendus font l'objet de mesures correctives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations. Des supports lui sont communiqués : formulaires de recueil de consentement éclairé, documents d'informations édités par des sociétés savantes ou réalisés par les praticiens, passeport ambulatoire remis en consultation d'anesthésie et ordonnances d'antalgiques pour les patients pris en charge en ambulatoire. En ambulatoire, en fonction du rendez-vous fixé, son horaire d'admission lui est confirmé la veille du jour prévu, ainsi que les consignes à respecter (grille adaptée à chaque type de chirurgie, appel réalisé par l'infirmière du service). Les patients sont attendus en secteur ambulatoire, accompagnés en sas de déshabillage puis en chambre. Une attention particulière est apportée à la tenue vestimentaire opératoire pour respecter l'intimité de chacun, les patients pouvant se rendre à pied vers le bloc. Les places d'ambulatoire sont munies de chariots-lits utilisés pour les transferts par les professionnels présents. Chaque patient est porteur d'un bracelet d'identification. L'identification du coté à opérer fait l'objet d'une procédure particulière notamment pour les cataractes. Le transport du patient vers le bloc et dans le bloc est assuré par une équipe de brancardiers identifiés en extérieur ou intérieur. Ces professionnels assurent également le bio-nettoyage entre deux interventions et celui des brancards. Ils ont reçu une formation adaptée. Au bloc opératoire, le patient est accueilli par l'IDE de SSPI qui s'assure de son identité. La collaboration entre les professionnels est mise en œuvre de façon à assurer la sécurité et le confort du patient tant en salle d'intervention, qu'en salle de réveil (utilisation de couverture chauffante, de moyens de protection, de tenue vestimentaire adaptée, parents - enfants, ...). La concertation entre professionnels est organisée lors des rencontres hebdomadaires de la cellule de coordination (conseil de bloc restreint) au cours desquelles est examiné le programme opératoire. Ce programme opératoire est informatisé, il est imprimé et mis à disposition chaque jour : des services de soins, de chaque salle d'opération et SSPI, de la pharmacie, des admissions. La régulation de l'activité opératoire est assurée par le chef de bloc selon la programmation hebdomadaire définie et des ajustements journaliers nécessaires, à l'aide du tableau de programmation commun. Ce programme opératoire est ajusté pour tenir compte des présences des praticiens, des besoins en matériel, des besoins en effectif et des particularités du patient. Les professionnels mettent en œuvre les organisations définies en s'appuyant sur le programme opératoire partagé. La transmission des informations entre professionnels est assurée par le logiciel de bloc et le dossier de soins informatisés disponibles à toutes les étapes de la prise en charge. Ils assurent l'ensemble des traçabilités relatives à l'activité opératoire dans le logiciel dossier patient. La check-list informatisée est en place, le time-out est respecté et les différentes phase sont renseignées après une EPP réalisée sur ce thème.

L'ensemble des vérifications nécessaires au démarrage de l'activité chirurgicale est assuré et tracé dans le cadre du bio-nettoyage, de la vérification des matériels (anesthésie et chirurgie) au bloc opératoire et en salle de surveillance interventionnelle. Les dispositifs médicaux implantables sont gérés par le chef de bloc en concertation avec le service pharmacie, via le logiciel dossier patient. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles. Les contrôles de l'air, de l'eau, des surfaces sont réalisés en concertation avec le CLIN, tracés et suivis d'action d'amélioration si besoin. Les vigilances sanitaires dont l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance sont opérationnelles. Les sorties de salle de réveil (score d'aptitude) et du service d'hospitalisation en ambulatoire sont validées selon les règles et tracées. Une solution de repli est prévue en cas d'hospitalisation prolongée. Une procédure de fast tracking (shunt de la SSPI pour les ALR en ophtalmologie) est écrite, validée en CME et par la direction, conforme aux recommandations. Le score de sortie de SSPI est dans ce cas satisfait et renseigné en salle d'opération. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (ordonnances, compte-rendu d'hospitalisation, courrier, fiche d'implant,...). Un appel du lendemain est en place ainsi qu'un numéro d'appel en cas de besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour assurer le pilotage du processus des indicateurs sont identifiés à titre d'indicateurs quantitatifs (nombre d'interventions programmées, par mois, par an, taux d'occupation, temps entrée-sortie) et d'indicateurs qualitatifs (reports, taux de rappels la veille et le lendemain, IPAQSS, déprogrammation, taux de déclaration des événements indésirables, nombre de RMM...). Ils sont suivis régulièrement par le chef de bloc et le cadre de chirurgie ambulatoire, et pour certains à l'aide de tableaux de bord extraits du logiciel bloc. Ces indicateurs sont examinés lors des réunions du comité de pilotage. Des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles, des RMM sont en place. L'exploitation des résultats permet à l'établissement d'identifier des actions correctives.

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le bloc opératoire, en SSPI et en secteur ambulatoire est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration assuré par les pilotes puis partagé avec la direction. Le service qualité est également partie prenante du suivi du programme d'actions. Des révisions et ajustements sont réalisés et intégrés à nouveau au programme en cours. La communication des différentes évaluations est assurée auprès des professionnels. L'articulation entre le programme d'action qualité de l'établissement et le compte qualité est opérationnelle.