



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HOPITAL FOCH**

40 rue worth
92150 Suresnes
JUILLET 2020

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	52
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	57
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	61
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE	66

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

HOPITAL FOCH	
Adresse	40 rue worth 92150 Suresnes
Département / région	HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1240	GCS TEP FOCH VAL D'OR	40 rue worth 92150 SURESNES
Entité juridique	920150059	HOPITAL FOCH	40 rue worth 92150 Suresnes
Etablissement de santé	920000650	HOPITAL FOCH	40 rue worth 92150 Suresnes

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	147	/	17	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	55	2	/	/
MCO	Médecine	250	71	/	4206
Santé mentale	Psychiatrie générale	14	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Laboratoire de Biologie Médicale accrédité depuis le 1er juillet 2014 par le Comité français d'accréditation (COFRAC) Certification de la coordination du Prélèvement Multi-Organes et Tissus (PMOT) par l'Agence de Biomédecine (ABM) en 2014 Assistance Médicale à la Procréation par l'Agence de Biomédecine (ABM) en 2018 Centres de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM)
---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Hôpital Ambroise Paré Institut Hospitalier Franco-Britannique Centre Hospitalier Rives de Seine Centre hospitalier Stell Institut Curie Centre hospitalier des 4 villes Les Abondances Clinique Rochebrune Clinique du Mont Valérien Clinique du Pont de Sèvres Les Diaconesses La Verrière MGEN, La Cité des Fleurs, Hôpital Gouin Hôpital Nord 92, EHPAD Solemnes, s Fondation ophtalmologique de Rothschild
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Centre d'Aide Médicale à la Procréation en septembre 2016

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Droits des patients
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en médecine nucléaire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine en Hospitalisation complète	Cardiologie	Programmé ou urgence	/Passage en USIC	MCO
2	Personne âgée	Médecine en Hospitalisation complète	Neurologie	Urgence	/Passage en USINV	MCO
3	Adulte et personne âgée	Médecine en Hospitalisation	A définir	Programmé	/Chimio en HDJ	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
partielle						
4	Personne âgée	Médecine après passage en réanimation	Médecine interne hématologie	Programmé	/Passage en réanimation	MCO
5	Adulte	Chirurgie en Hospitalisation complète	Neurochirurgie	Urgences si possible	/	MCO
6	Personne âgée	Chirurgie thoracique en Hospitalisation complète	A définir	Programmé	/	HAD
7	Adulte ou Enfant	Chirurgie ambulatoire	A définir selon programme opératoire	Programmé	/	MCO
8	Femme	Gynécologie-obstétrique	Césarienne	En urgence	/	MCO
9	Adulte	Hospitalisation complète santé mentale	/	Urgence	/	Santé mentale
10	Adulte	Service Hémodialyse	Dialyse	Programmé	/	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

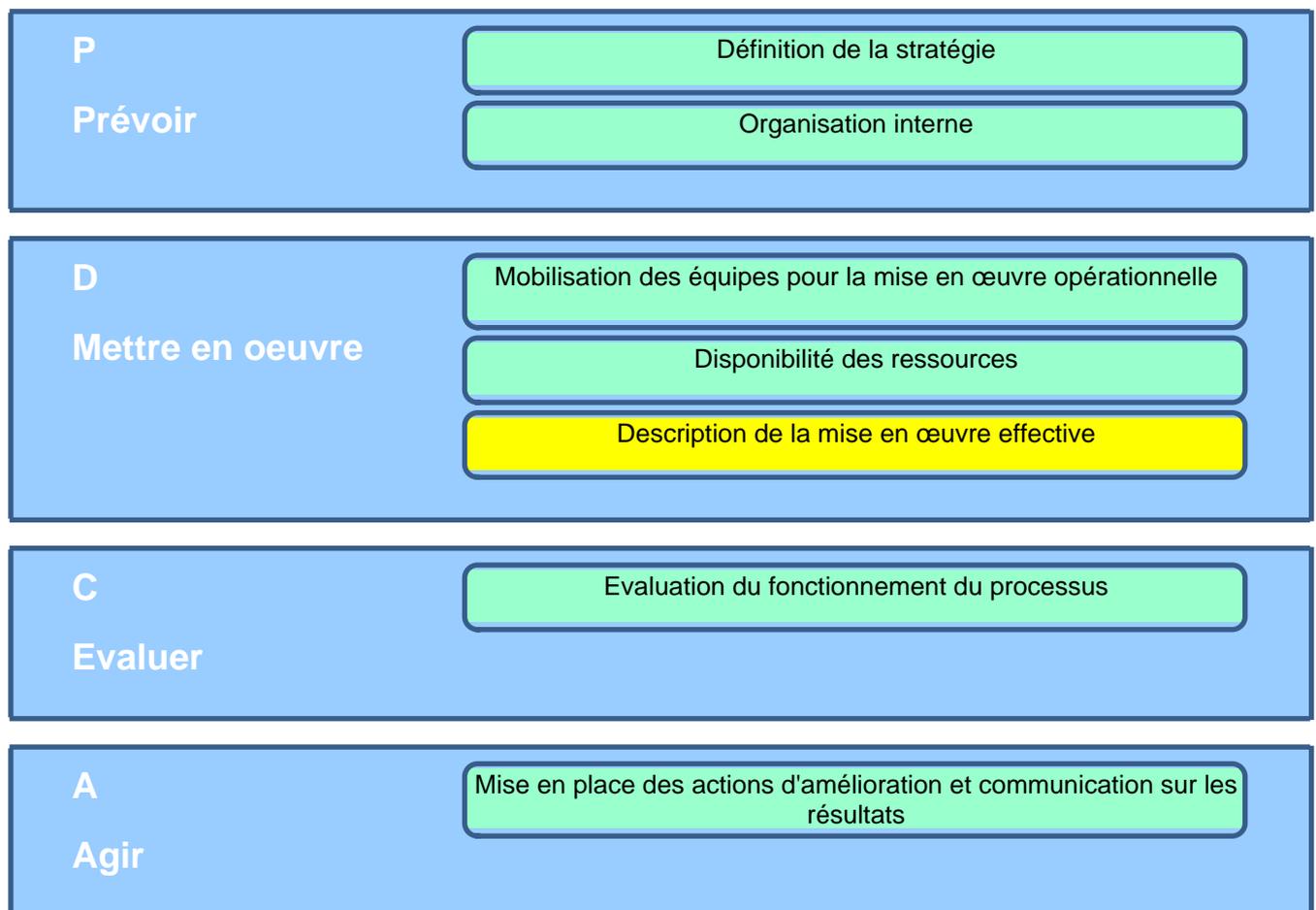
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

L'hôpital Foch a inscrit au centre de ses préoccupations l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins. La politique générale en matière de qualité et de risques est formalisée au travers du projet stratégique 2019-2025, au travers du projet qualité-risques et dans l'axe 2 du plan stratégique de l'hôpital : "Le patient au cœur de notre stratégie". Elle fait également partie de la cartographie globale des processus définie, formalisée et validée par le comité de pilotage qualité/risques en janvier 2019. Les représentants des usagers ont participé à l'adoption de la politique qualité dans le cadre du conseil de surveillance. Elle a été validée par les instances. La politique qualité et sécurité des soins 2018-2019 s'appuie sur une gouvernance structurée avec 4 axes prioritaires retenus :

- la mise en œuvre de la politique qualité/risques
- la gestion des risques
- l'évaluation des pratiques professionnelles et développement professionnel continu
- l'écoute patient

Chacun de ces axes est décliné en objectifs stratégiques. Le CPOM 2018-2022, validé le 8 janvier 2019, contractualise des objectifs visant à poursuivre l'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Afin d'identifier ses risques, l'hôpital Foch a travaillé selon une approche transversale sur la base des indicateurs, cartographie des risques a priori, patients traceurs, analyse de processus, résultats d'inspection, CPOM, EI... Les risques ont été hiérarchisés en fonction de leur fréquence, gravité et niveau de maîtrise. L'ensemble des plans d'actions alimente le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (ou PAQSS) et le compte qualité. Pour chaque action identifiée dans le compte qualité, un responsable est nommé, les délais de réalisation, les modalités de suivi sont définies. Un bilan des actions est réalisé chaque début d'année par les quatre instances concernées (COPIL QR, COVIRIS, COM EPP/DPC et CDU). Le compte qualité est suivi par le COPIL Qualité et Risques et il est présenté en CME pour validation et aux instances (CSE, CDU,....).

ORGANISATION INTERNE

Le management de la qualité et de la gestion des risques est basé sur une organisation déclinée par processus. Le pilotage de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est assuré par le COPIL QR en lien direct avec la CME et la Direction. L'organisation est décrite dans la politique qualité GDR au travers d'un organigramme et d'une déclinaison des missions. L'hôpital Foch s'appuie pour analyser ses situations à risques sur les instances suivantes : le COPIL QR, le Comité des Vigilances et des risques (COVIRIS), la commission de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles et du Développement Professionnel Continu (COM EPP/DPC) et la Commission Des Usagers (CDU). Les rôles et responsabilités de ces instances sont décrits dans le projet qualité-risques et/ou dans les règlements intérieurs de ces instances. Chacune de ces instances prend en charge un des 4 axes prioritaires de la politique qualité et sécurité des soins 2018-2019. La responsabilité en matière de coordination, d'animation et de gestion de la démarche d'amélioration de la qualité est confiée à la direction qualité risques et logistique. La cadre de santé, gestionnaire des risques conformément à la fiche de mission établie, coordonne le pilotage du COVIRIS. La cellule qualité GDR s'appuie sur d'autres instances dont la liste des membres et le fonctionnement sont définis et diffusés via la GED. Elle s'appuie également sur des référents : pilotes de processus, cadres de santé, correspondants des vigilances. Les rôles, missions et responsabilités des acteurs, des vigilants, du responsable du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse... sont formalisés et retrouvés dans des fiches de mission, de poste ou règlements intérieurs d'instances. La fonction de coordonnateur des risques associés aux soins est assurée par le médecin réanimateur chef de service. Une fiche de poste générique « coordonnateur médical des risques associés aux soins » du 21 janvier 2019 mentionne les connaissances théoriques et pratiques, les compétences spécifiques et les liens fonctionnels. Cependant, cette fonction n'est pas formalisée. En effet, il n'y a pas eu de désignation nominative par la direction et en concertation avec CME. La fiche de poste générique ne mentionne pas l'identité du professionnel désigné pour cette fonction. Par ailleurs, la fonction n'est pas mentionnée dans l'organigramme et la quotité temps n'est pas définie. Les professionnels interrogés ne connaissent pas qui exerce la fonction. La gestion documentaire, centralisée par le service qualité, est informatisée via un logiciel qualité spécifique (GED). Les documents utiles sont formalisés et mis à disposition des professionnels. La responsabilité de la veille réglementaire incombe à la direction juridique qui transmet aux référents pour chacun dans son domaine. La gestion des plaintes et réclamations est organisée et coordonnée par la juriste chargée des relations avec les usagers. Le plan de formation inclut une approche qualité sécurité des soins avec des actions sur la maîtrise des outils de la qualité, et de la sécurité des soins. Les membres de la cellule qualité sont formés à la démarche qualité. Des correspondants de vigilances réglementaires sont identifiés et la coordination entre les différentes vigilances sanitaires, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est organisée au travers d'un COVIRIS qui se réunit deux fois par an pour bilan de l'année et présentation du programme de l'année à venir. Le dispositif de signalement est

en place via un outil informatisé intégré au logiciel de la qualité GDR. Pour inciter à la déclaration des événements indésirables (EI), une charte d'incitation au signalement interne cosignée par la direction générale, la direction des soins et le président de CME a été rédigée en octobre 2014 et diffusée aux professionnels via la GED. La gestion de crise est formalisée notamment dans le plan blanc actualisé en 2016. Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est organisé. L'établissement dispose d'un dépôt de délivrance autorisé. Le CSTH est en place et les procédures sont définies. L'évaluation de la satisfaction des patients est organisée via l'exploitation des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations. L'établissement participe à l'enquête nationale e.satis (73% de satisfaction pour les patients hospitalisés en MCO plus de 48h et 76% pour les patients pris en charge en ambulatoire) et les résultats sont suivis. Une organisation est en place pour la tenue des RCP à l'hôpital Foch. Le programme de formation inclut des thématiques en lien avec la qualité sécurité des soins. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. La communication autour de la politique est organisée à partir des affichages, du dispositif de gestion documentaire sur lequel les professionnels trouvent l'ensemble des procédures, des comptes rendus de réunion, des bilans, etc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>L'encadrement et les instances sont tenus informés des orientations stratégiques lors de réunions d'informations programmées et sont parties prenantes des démarches en cours. L'organisation de la communication sur la démarche qualité passe par les cadres de service au moment des réunions de service et lors des réunions d'instances. Pour chacune des thématiques, une fiche synthèse décrivant le processus est diffusée. Les responsables disposent du plan d'actions priorisées qui fait l'objet d'un affichage dans les unités. Des actions de sensibilisations sont dispensées auprès des référents et des équipes par la responsable qualité notamment lors des réunions de services, des réunions qualité, des interventions « autour d'un café » ... et lors des réunions des instances. Un point qualité est inscrit systématiquement à l'ordre du jour de la CME et des instances de pilotage. Cette méthode de déclinaison de la qualité par processus a permis d'impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins et les a mobilisés dans l'élaboration du compte qualité. Les résultats obtenus aux IQSS sont communiqués aux équipes. La collaboration active des responsables de services avec la cellule qualité gestion des risques via le COPIL QR le COVIRIS et les autres instances facilite cette collaboration. Les professionnels sont mobilisés sur le champ de la qualité et de la gestion des risques par le biais de l'encadrement et des instances et ils sont tenus informés des orientations stratégiques lors de réunions régulières. Les cadres de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par des actions menées par la cellule qualité GDR aux enjeux du signalement.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les secteurs d'activité disposent des effectifs pour mettre en œuvre leurs objectifs qualité, des référents sont identifiés dans plusieurs domaines (hygiène, dossier, plaie et cicatrisation, douleur, éducation thérapeutique, massage...). Le service qualité est composé d'un directeur qualité, d'une aide administrative, deux qualitiens, un cadre de santé gestionnaire des risques également chargé du management de la qualité du circuit du médicament, une IDE hémovigilance, une juriste chargée des représentants des usagers, une IDE, qualité, un médecin qualité, une chargée des EPP chargée de représentants des usagers, d'un président COVIRIS. Les pilotes et copilotes, les référents de thématique ont reçu une formation sur les outils QGDR. L'équipe en charge de la qualité et de la gestion des risques est formée aux outils GDR et le maintien des compétences est organisé par des formations régulières. Les responsables qualité, le responsable du COVIRIS ont reçu une formation à la gestion des risques comprenant les méthodes d'analyse des causes profondes. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la démarche qualité lors de l'accueil dans les secteurs d'activité. Le recensement des besoins en formation est réalisé une fois par an auprès des professionnels et auprès des personnes ressources qualité. Les besoins identifiés sont inscrits au plan de formation sur avis des instances. Un médecin engagé dans le dispositif d'accréditation individuelle et/ou équipe. Un outil de déclaration des EI et des incidents de vigilances est en place. Les documents qualité sont disponibles dans l'ensemble des services visités via la GED informatisée. Les services disposent des ressources matérielles comme un nombre d'ordinateurs suffisant pour accéder aux documents qualité.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Le service Qualité, en lien avec les cadres, accompagne les pilotes de processus et les référents dans le déploiement de leur plan d'amélioration. Le service qualité est à disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles. La démarche d'évaluation des risques a priori est effective. La commission EPP DPC se réunit tous les deux mois et assure la validation et le suivi des EPP présentées par les référents des secteurs d'activité. Un dispositif de déclaration des EI est en place. Il prévoit que la gravité des EI soit cotée par le déclarant. L'analyse des EI est réalisée par les référents identifiés et destinataires des fiches. Pour l'analyse des causes profondes, une procédure décrit l'</p>

organisation de la démarche de RMM avec désignation de médecins référents par la CME. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des CREX et RMM sont formalisées dans des procédures accessibles à tous les professionnels. Les RMM sont coordonnées par un médecin référent, un bilan annuel est réalisé par chaque référent qui transfère les informations au président du COVIRIS en charge du pilotage global des RMM. La méthodologie des REX tend à se développer. Des actions correctives sont identifiées.

Toutefois, l'exploitation des CREX et RMM reste partielle. Les comptes-rendus de CREX et RMM transmis aux experts-visiteurs ne mentionnent pas tous le suivi des actions (échéance, responsable, indicateur de suivi), ce qui ne permet pas de s'assurer de leur effectivité et de leur efficacité. Les actions issues des CREX, RMM conduits par les référents et transmis à la cellule qualité ne sont pas reportées sur un tableau de bord permettant le pilotage et le suivi au niveau institutionnel. Par ailleurs, les professionnels ne se sont pas tous appropriés le dispositif de gestion des événements indésirables. Outre une éventuelle sous-déclaration, ce défaut d'appropriation peut avoir plusieurs conséquences. Le déclarant cote la gravité sans qu'une cellule ne s'assure de la cotation, réévalue la gravité déclarée pour s'assurer de la juste cotation et du repérage des EI Graves. En conséquence, certains ne sont pas cotés, d'autres peuvent avoir été sous cotés et inversement. Par ailleurs, les EI graves (cotés 4 et 5 dans le logiciel) ne sont pas systématiquement traités selon la méthode d'analyse des causes profondes. Les EI récurrents ne sont pas tous repérés et ne font pas systématiquement l'objet d'une analyse des causes profondes. Le bilan des EI 2018, produit par l'outil de l'établissement, le confirme : 8 sur 22 EI cotés en gravité majeure, critique ou catastrophique n'ont pas fait l'objet d'analyse des causes profondes ; pour 263 EI le déclarant n'a pas coté la gravité ; 104 EI sont identifiés comme « non lus ». Des professionnels rencontrés dans les services d'hospitalisation (médecine, chirurgie, gériatrie, diabétologie,...) expriment des réticences à déclarer. Des professionnels rencontrés déclarent ne pas avoir connaissance ni des EI, ni des actions issues de l'analyse des EI concernant leur secteur. S'agissant de la gestion des plaintes et réclamations, les plaintes sont traitées par la chargée des relations des usagers en lien avec les professionnels concernés. Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU et sont à l'initiative d'actions d'amélioration après analyse des résultats questionnaires de satisfaction des patients ou des plaintes et réclamations. Les questionnaires de satisfaction sont donnés aux patients à l'issue de leur séjour et l'établissement participe à l'enquête nationale de satisfaction des patients e satis en ambulatoire et en hospitalisation complète. Les patients sont informés de l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité et de gestion des risques à la fois par le livret d'accueil, l'affichage et par le site internet. Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU. Les représentants des usagers participent aux instances. Ils sont également impliqués et force de proposition dans les projets d'amélioration. Les professionnels rencontrés connaissent et utilisent l'outil de gestion documentaire et de signalement. Les documents sont actualisés en cas de besoin sans périodicité déterminée pour éviter la caducité. Une procédure de déclenchement du plan blanc actualisée est disponible dans la GED. Elle a fait l'objet d'une information auprès des cadres. Un exercice en 2018 a permis de tester la coordination entre pompiers et sécurité incendie en cas d'incendie déclaré. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles via l'encadrement de proximité, le service qualité et les pilotes des thématiques. Le partage d'information est effectif au travers notamment des réunions de service, de la GED, et d'autres outils de partage (INTRANET, logiciel qualité, affiche, livret, journal, applications mobiles...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La politique qualité gestion des risques intègre divers dispositifs d'évaluation : des patients traceurs, des EPP, audits, indicateurs ... réalisés sur l'ensemble des secteurs et suivis via le tableau de bord par le service qualité en lien avec les référents. Un bilan d'activité est réalisé pour chaque commission intégrant les bilans de processus, et ils sont présentés aux instances. L'évaluation de la satisfaction est réalisée par des questionnaires de sortie, des enquêtes, le living lab « écoute patient » et la participation au dispositif e-satis. Un bilan annuel est établi pour la démarche qualité GDR et est communiqué auprès des instances et de la CDU. Le PAQSS est suivi par le COPIL QGR et actualisé en fonction de l'avancement ou de la réalisation des plans d'actions, ou encore de l'ajout de nouveaux plans d'action. Le compte qualité a été actualisé préalablement à la visite de certification.

A / AGIR

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

Le suivi du PAQSS et du compte qualité est coordonné par le service Qualité en collaboration avec les pilotes processus et les secteurs d'activité. Le plan d'actions qualité gestion des risques fixe les échéances des diverses évaluations prévues. Un bilan d'avancement est assuré par le COPIL GR en coordination avec les autres instances de pilotage de la qualité de manière régulière avec retour à la CME. La communication relative à la politique qualité et gestion des risques et à l'état d'avancement des

programmes repose sur des réunions d'informations auprès de l'encadrement et des professionnels, la mise à disposition de la base documentaire, le journal interne et la communication des résultats, comptes rendus et tableaux de bord, les journées qualité, la semaine sécurité. Les usagers sont informés par de multiples affichages sur les résultats obtenus et par des communications lors de la semaine sécurité. La CDU est informée des résultats de la démarche qualité à chaque réunion.

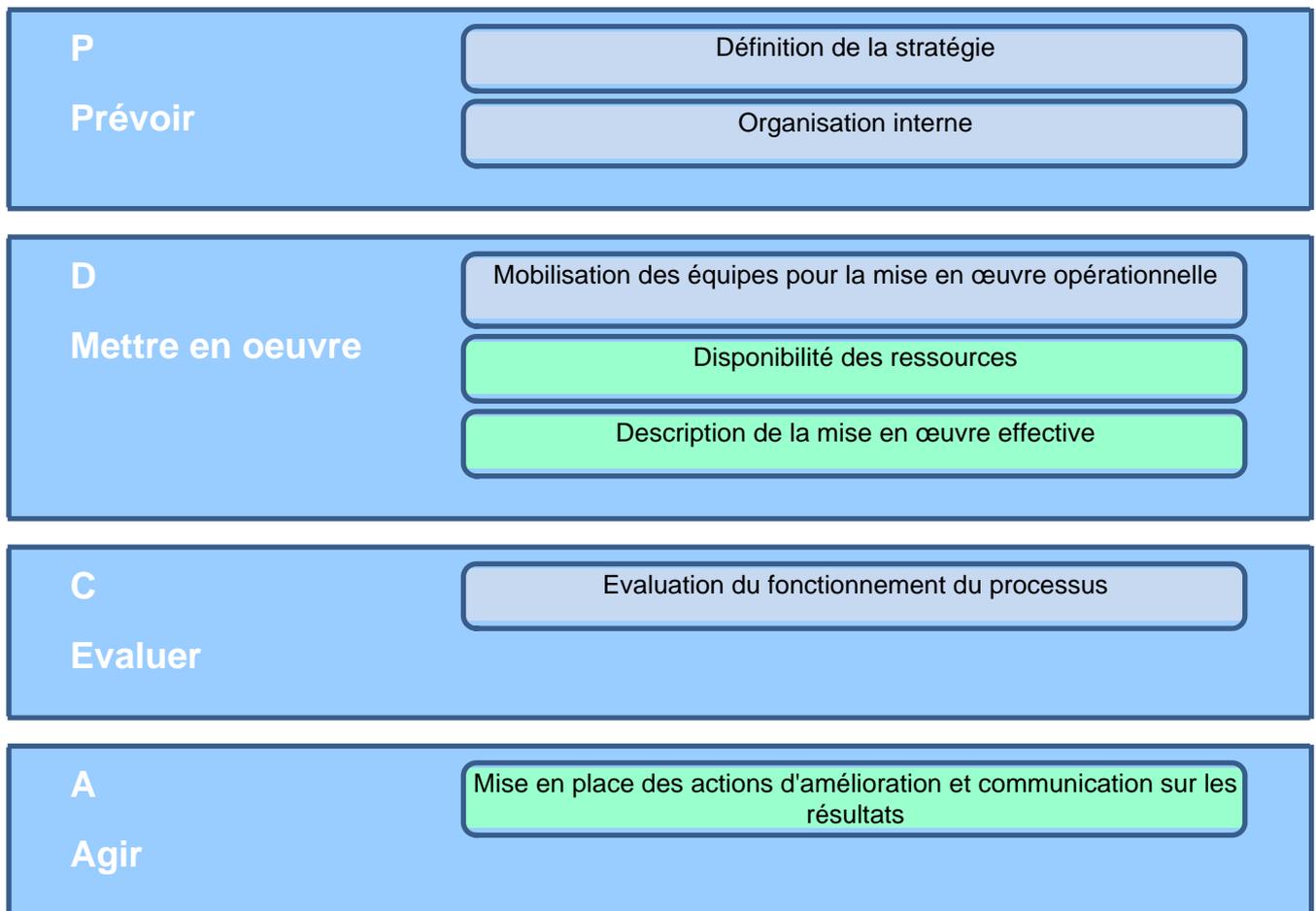
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital FOCH a élaboré une politique de la lutte contre les infections associées aux soins depuis de nombreuses années. Elle intègre le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) et est révisée annuellement en regard du bilan programme du CLIN. Cette politique est déclinée en objectifs opérationnels suivis par le CLIN, l'EOH et en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la direction qualité. Les risques ont été identifiés en fonction des résultats des indicateurs nationaux et des activités notamment et différents entrants : résultats d'évaluation, décisions de la V2014 précédente, évaluations internes... Ces risques, élaborés avec les membres de l'EOH, le médecin infectiologue, les correspondants en hygiène des services de soins, ont été hiérarchisés et intégrés au compte qualité puis validés par le CLIN. Des objectifs d'amélioration sont identifiés au regard de ces risques et déclinés dans le plan d'actions annuel. Tous les ans, le bilan des actions d'amélioration en lien avec le risque infectieux est présenté en CME, avec validation du programme pour l'année suivante. Ce plan d'actions s'articule avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de gestion du risque infectieux est confié à un comité de pilotage, composé du praticien hygiéniste, du médecin infectiologue, de l'intendante hôtelière, de la direction biomédicale et de la direction qualité. Une organisation de la gestion de la maîtrise du risque infectieux est en place avec une sous-commission (CLIN) spécialisée de la CME en charge de la lutte contre les infections nosocomiales. Sa composition est définie et pluridisciplinaire. Le CLIN se réunit au moins 3 fois par an. Il existe également une commission des anti-infectieux (COMAI), en charge en particulier de la réactualisation des données d'antibiothérapie sur l'établissement, ainsi que des formations médicales et des audits en la matière. Un organigramme de la lutte contre les infections associées aux soins est formalisé et inclut un règlement intérieur. Les pilotes du processus sont désignés, avec lettre de mission. Les fiches de poste des membres de l'EOH sont formalisées. Des référents en hygiène dans les services de soins sont identifiés et participent à des réunions régulières pour faire le relais des décisions du CLIN en particulier auprès des équipes de terrain. Des réunions régulières de ces référents sont organisées. Un médecin infectiologue transversal est référent en antibiothérapie dans l'établissement et est dédié à cette activité. Il prodigue des conseils en matière de prescription d'anti-infectieux, élabore des outils d'aides à la décision, participe à la formation des nouveaux prescripteurs et réalise des évaluations / audits en antibiothérapie. Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, la PUI, le laboratoire et l'EOH sont formalisées. Les données de surveillance de la consommation d'antibiotiques de l'établissement sont corrélées à celles de l'écologie bactérienne. La surveillance en continu des infections nosocomiales est organisée par l'EOH et le médecin infectiologue en collaboration avec les services de soins. Le suivi des BMR/BHRe dans l'établissement est organisé depuis l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie. La surveillance environnementale eau, surfaces et air est organisée et les résultats sont présentés et suivis par le CLIN et l'EOH. Les interfaces sont organisées entre l'EOH et les différents services de soins ainsi qu'avec le biomédical, les services techniques et les personnes en charge du bionettoyage. Enfin, l'infectiovigilance est organisée, en collaboration avec les instances régionales (CPIAS). La gestion documentaire relative à l'hygiène hospitalière est informatisée et intégrée au logiciel institutionnel, disponible dans les services de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Du fait de l'élaboration des bilans annuels de l'EOH et des objectifs issus des évaluations, les équipes en charge de la maîtrise du risque infectieux sont mobilisées autour de la thématique "Gestion du Risque infectieux" dans ses différents aspects : protocoles, surveillance environnementale, surveillance des BMR, endoscopie, antibiotiques. Les équipes connaissent les plans d'actions et les objectifs à atteindre. L'EOH est mobilisée régulièrement auprès des équipes des services de soins, aussi souvent que nécessaire, à la demande des équipes, ou en groupe de travail avec les équipes pour élaborer ou réactualiser les protocoles et/ou procédures. L'EOH est également sollicitée quand un événement indésirable associé aux soins est déclaré. Les référents en hygiène servent de relais dans l'information donnée aux équipes de soins. L'EOH est mobilisée dans les secteurs interventionnels et/ou secteur à risques concernant la maîtrise du risque infectieux. Le suivi régulier des infections associées aux soins est effectif et la remontée au niveau régional et national est opérationnelle. En cas d'événement infectieux exceptionnel dans un secteur, l'EOH apporte son soutien et son expertise aux équipes soignantes. Des formations régulières à l'hygiène sont programmées au niveau institutionnel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un plan de formation institutionnel existe, avec la prise en compte de la formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux et à la prévention du risque infectieux. Celle-ci est assurée, avec des formations pour le personnel soignant, l'accueil des nouveaux internes... La formation intègre le processus infectieux dans son ensemble et un focus est fait plus spécifique aux protocoles à risques en hygiène. D'autres actions sont réalisées lors d'événements ponctuels (semaine sécurité patient). Des formations plus spécifiques destinées aux agents techniques sont également réalisées. Le système documentaire qualité en hygiène est en place, avec des procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux mises à la disposition du personnel et connus, via l'outil institutionnel de gestion documentaire (intranet). Des outils et guides sont à disposition des personnels et mis à jour régulièrement en fonction de l'évolution des recommandations. Les locaux et le matériel utilisés par les professionnels sont adaptés aux prises en charge. Les locaux de déchets à risque sont sécurisés et fermés à clef. Du matériel sécurisé et adapté est proposé aux équipes soignantes, notamment pour la prévention des accidents d'exposition aux liquides biologiques. De même des équipements de protection individuels adéquats (masques, gants, tenues spécifiques) sont à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La collaboration entre l'EOH et les services est effective. Le suivi des BMR/BHRe est réalisé en continu. La surveillance fait l'objet d'une stratégie formalisée. Les bactéries émergentes font également l'objet d'un suivi spécifique, avec déclaration externe au niveau régional. La procédure d'identification et d'isolement des patients hospitalisés porteurs de BMR est connue et appliquée par les professionnels. Les procédures de bionettoyage et d'hygiène des locaux sont connues et appliquées par les professionnels avec traçabilité des actes. Un carnet sanitaire eau est établi, disponible et mis à jour. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie est effective. Les prescriptions non argumentées de plus de 7 jours sont revues par le médecin infectiologue en lien avec les pharmaciens. La justification de la prescription est alors demandée au médecin prescripteur. Un guide d'antibiothérapie, à destination de l'ensemble des prescripteurs est mis à disposition. Les différents secteurs assurent une surveillance épidémiologique adaptée à leur activité. Les équipes soignantes disposent de boîtes OPTC sécurisées pour jeter les déchets de soins à risque infectieux. Cependant, les boîtes OPTC ne sont pas toujours sécurisées avec le système de fermeture provisoire. En effet, dans les services visités (SSPI endoscopie urologie, SSPI Digestif ambulatoire, Unité de gériatrie aiguë, Chirurgie thoracique), sur les paillasses en salles de soins, des boîtes OPTC pleines de déchets à risque infectieux (cathéters, aiguilles) et coupants (ampoules en verre) étaient posées ouvertes, alors qu'il est recommandé qu'elles soient fermées avec le système de fermeture provisoire. Cette pratique engendre un risque d'accident d'exposition aux liquides biologiques pour le personnel soignant au cas où la boîte se renverse. Un nouveau matériel plus adapté est en cours de recherche.

La participation des équipes de terrain (IDE, AS, ASH) à la mise à jour et à la revue des protocoles et pratiques professionnelles permet d'avoir une adhésion et une adéquation des équipes aux problématiques de la prévention des infections associées aux soins. Enfin, les indicateurs de suivi de cette thématique sont en place dans les secteurs investigués et connus par les professionnels (ICSHA, suivi de la consommation des antibiotiques,...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques sont réalisées (indicateurs nationaux, indicateurs spécifiques à l'établissement). Lors du bilan annuel d'activité du CLIN, les différents indicateurs de suivi réglementaires nationaux sont présentés. De nombreux audits et EPP sont mis régulièrement en œuvre comme par exemple la vérification de l'opportunité de l'hygiène des mains, la réévaluation de l'antibiothérapie à 24/72 heures, la gestion des excréta, le bon usage des antibiotiques. La consommation des antibiotiques (carbapénèmes) est suivie en commission COMAI et en collaboration avec la PUI et l'EOH. La surveillance de l'écologie bactérienne donnée par le laboratoire est en place. La surveillance en continu des Infections Nosocomiales fait l'objet d'une restitution régulière aux équipes selon l'activité médicale. La surveillance des BMR est suivie en continu, avec exploitation des données et présentation du suivi en interne, en fonction de l'activité médicale de l'établissement. Les résultats des surveillances spécifiques, ISO sur site opératoire, en réanimation, font l'objet de rapports spécifiques présentés aux équipes concernées. Les résultats environnementaux (air, eau) font également l'objet d'un tableau de bord de suivi. Des indicateurs de suivi (ICSHA trimestriels, consommation d'ATB par DDJ) sont mis en place et diffusés aux équipes soignantes. Ces indicateurs sont liés à la valeur des scores des indicateurs nationaux : hygiène des mains (71%) et bon usage des antibiotiques (93%). Des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus (audits, EPP, enquêtes...) sont mises en place.

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

Les actions d'amélioration sont suivies et intégrées au programme d'action du CLIN et de l'EOH. Des procédures concernant les protocoles de soins sont élaborées ou réactualisées suite aux différents audits menés (tri des déchets, gestion des excréta). De nombreuses actions spécifiques sont mises en place en lien avec les personnels des services de soins, par exemple lors d'événements ponctuels lors de la semaine de la sécurité des patients ou pour la journée mondiale sur l'hygiène des mains ou en secteur de simulation (the room). La communication des actions mises en œuvre est relayée par les correspondants en hygiène sur le terrain et via les réunions cadres et autres réunions institutionnelles (CLIN) mais aussi par des supports spécifiques (affichage) et via l'intranet de l'établissement.

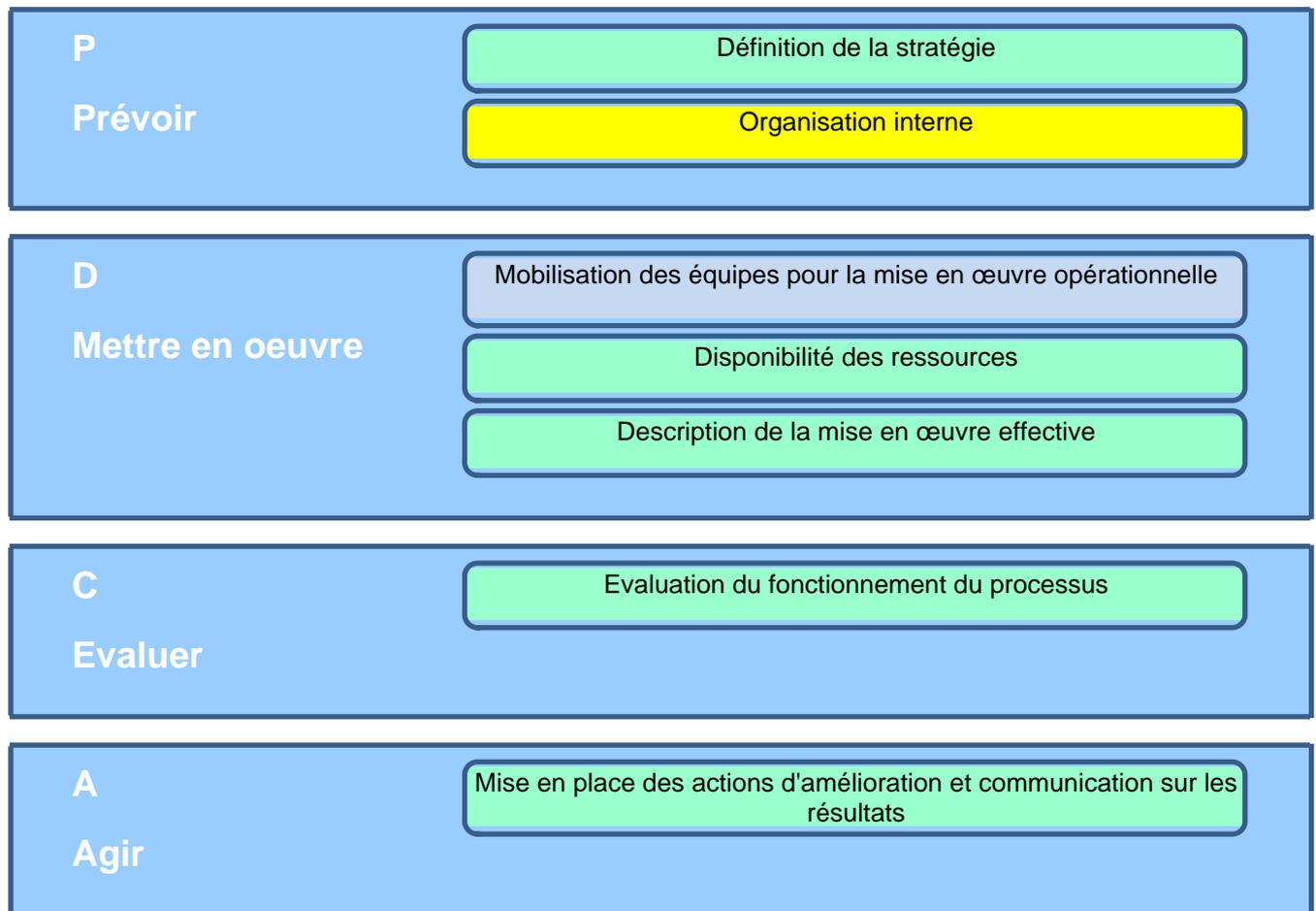
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Foch a inscrit sa stratégie institutionnelle en matière de droits des patients dans le projet d'établissement 2019-2022 et en particulier dans l'axe 2. Un projet des usagers 2019-2022 a été réalisé par les représentants des usagers membres de la commission des usagers en lien avec le projet médical et la politique qualité sécurité. Les axes prioritaires retenus sont :

1. Faciliter l'exercice des droits des usagers
2. Améliorer la prise en compte des besoins spécifiques des accompagnants et des proches des patients
3. Rendre les temps d'attente des usagers plus agréables
4. Dynamiser les partenariats avec les associations
5. Renforcer la prise en charge du patient dans sa globalité

Une analyse des risques a été réalisée par le groupe de travail « droits des patients » en associant les professionnels et les représentants des usagers. Elle a été élaborée sur la base du contexte, de l'analyse du processus, des résultats des indicateurs et des évaluations, des EI, des résultats d'enquête de satisfaction. La CDU assure le pilotage du processus. Les risques ont été priorisés. L'analyse de risques et les actions du programme ont fait l'objet d'une validation par le COPIL Qualité risques. Des risques ont été identifiés autour de 5 thèmes. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans le programme d'action et dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'hôpital a mis en place une organisation pour piloter le processus sous l'égide de la CDU. Les pilotes sont identifiés avec fiche de postes. Une fiche de mission générique, validée par la direction et la CME, décrit les rôles et responsabilités en matière de pilotage de processus. Le plan de formation de l'hôpital intègre des formations sur les droits des patients. Les ressources documentaires relatives aux droits des patients sont intégrées dans la gestion documentaire électronique de l'établissement (GED). Elles portent sur l'information et la désignation de la personne de confiance, l'annonce en cas de dommage lié aux soins, le recueil du consentement, les signalements en cas de maltraitance, la contention physique, la communication du dossier, ainsi que l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient. La CDU exerce ses missions et dispose d'un règlement intérieur. Des représentants des usagers participent à son activité dont un siège au conseil de surveillance et certains participent aux instances. Un comité éthique a été réactivé en 2019. Les modalités d'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU sont formalisés et présentés dans le livret d'accueil et par voie d'affichage qui précise les modalités précises et les coordonnées des usagers et des médiateurs. Les supports d'information des patients sont identifiés et les outils sont élaborés. La promotion de la bientraitance et des droits des patients est transversale à l'ensemble des activités de l'entrée à la sortie. L'accueil de l'entourage est favorisé par la possibilité donnée aux proches d'être hébergés ou de prendre les repas sur place. Le respect des libertés individuelles est intégré dans le projet personnalisé de soins infirmiers et toute contention fait l'objet d'une prescription médicale datée et signée.

Le service de psychiatrie dispose de 14 chambres individuelles. Cependant, la configuration architecturale et l'organisation de certains secteurs ne permet pas toujours de respecter l'intimité et la confidentialité. En service de psychiatrie, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de l'intimité. Les 14 chambres individuelles ne sont pas équipées de douche ni de cabinet de toilette. Pour l'ensemble du service, seuls deux douches communes et trois cabinets de toilettes sont disponibles (dans deux locaux séparés) dont un abrite un cabinet de toilette pour le personnel. Il n'y a pas de planning de passage à la salle de bain, ni d'organisation particulière des professionnels. Les professionnels préviennent les patients de ces conditions d'hébergement avant leur hospitalisation. Des travaux de déménagement du service dans une autre aile de l'établissement avec des chambres équipées et accessibles sont prévus. Les dates prévisionnelles du déménagement n'ont pas été communiquées. En unité d'oncologie HDJ, les patients sont installés dans deux chambres communes avec trois fauteuils par chambre. Chaque fauteuil est séparé d'un paravent mais les accompagnants sont installés sur des chaises en face des fauteuils leur permettant de voir les actes de soins réalisés sur leur proche. Cette organisation ne permet pas de garantir complètement la confidentialité des informations relatives à la prise en charge. Les professionnels du service sont attentifs à mettre en chambre seule soit à la demande du patient, soit si l'état du patient pouvait le justifier. Enfin, l'utilisation de la SSPI comme unité d'hébergement de courte durée ne permet pas toujours de respecter l'intimité et la confidentialité en raison des allées venues des entrants-sortants de SSPI et des personnels et devient une zone de passage. Pour exemple, une patiente ayant eu des soins de nursing a été isolée uniquement par des paravents latéraux pendant 24h dans une SSPI de 22 postes, dans un lit situé en face du poste de soins de la SSPI et dans le passage des brancards, des autres patients voire des proches de patient. L'hébergement dans cette unité ne prévoit pas non plus la possibilité de visites des proches.

Une organisation est en place pour la désignation de la personne de confiance afin de veiller au respect des décisions du patient et à partager ces informations. Concernant les directives anticipées, l'

établissement a organisé l'information du patient quand à la possibilité de les rédiger ou de les transmettre. Concernant la prise en charge en fin de vie, l'établissement dispose d'une autorisation de lits de soins palliatifs et a mis en place une organisation pour répondre aux besoins des patients (salon des familles, hébergement des accompagnants, médecin référent, soins de supports,...). L'établissement a mis en place une maison des usagers depuis septembre 2017. De nombreuses associations interviennent dans l'établissement et une organisation est en place pour faciliter leurs interventions (convention, badge, planning des permanences...). Les représentants des cultes sont identifiés. Une organisation est en place pour favoriser l'accès soit via les coordonnées affichées dans tous les services soit par le cadre à la demande du patient ou de ses proches. La gestion des interfaces est organisée avec les acteurs concernés.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes médico-soignantes se mobilisent autour des axes en faveur des droits des patients identifiés dans le projet de soins et le projet qualité. Les responsables des services, intégrés dans de nombreuses instances et/ou commissions, CDU, COPIL QR, diffusent dans leurs équipes les plans d'actions reliés au processus des droits des patients. Des plans d'actions propres aux services intègrent des actions issues des objectifs stratégiques identifiées à l'issue de la priorisation des risques. Les services reçoivent les résultats de leurs questionnaires de satisfaction, des recueils d'indicateurs IQSS et des événements indésirables signalés. Des supports de communication des résultats permettent à l'ensemble des personnels d'être informés et d'identifier les actions d'amélioration à mettre en œuvre. De la même façon, les plaintes et réclamations sont traitées en associant les responsables des services concernés. Des actions de communication à l'attention des professionnels autour des questions éthiques et droits des patients sont faites par l'encadrement et l'équipe qualité (staff qualité, autour d'un café, journée sécurité...). Les cadres des unités s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place lors de constats de dysfonctionnement ou de plaintes formulées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels sont formés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient et à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. Des formations sur les droits des patients sont réalisées régulièrement. Des formations sont déployées (388 soignants formés aux droits des patients en 2018-2019, 39 soignants formés au risque médico légal, 61 personnes formés à la promotion de la bientraitance. Les représentants des usagers et les médiateurs ont reçu une formation. Les bénévoles sont formés lors de la journée des bénévoles. Le soutien des professionnels exposés à la gestion des situations difficiles est effectif avec la possibilité de recourir à une psychologue. Le recours à des interprètes est possible. L'établissement dispose de chambres seules (environ 75%) et de chambres doubles équipées de paravent. A l'accueil administratif, l'entretien est réalisé dans un bureau permettant de s'isoler et ainsi de respecter la confidentialité des échanges. Le livret d'accueil diffuse aux patients l'information sur leurs droits et les missions de la CDU ainsi que le nom des représentants des usagers. Des documents d'information sont mis à disposition des patients par dépliants ou sur le site internet et réseau social. Les Chartes sont affichées dans les différents secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité déploient des procédures d'accueil selon le parcours patient. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU ainsi que des représentants des usagers. Des temps de visite et des réunions sont en place. L'accompagnement des patients et des proches est organisé en tant que de besoin. Les habitudes alimentaires, selon les croyances sont respectées. L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent majoritairement le respect de la confidentialité des informations. Les écrans des ordinateurs sont mis en veille en dehors de l'utilisation du dossier informatisé. Les dossiers patients papier sont rangés dans les salles de soins ou des bureaux sécurisés.

Toutefois, en pratique, les portes des chambres ne sont pas toujours fermées pour assurer l'intimité des patients, notamment âgés. En gériatrie, par habitude, les chambres sont toutes ouvertes et donnent sur le couloir de circulation où passent professionnels et visiteurs. L'attitude et le langage des professionnels sont adaptés et respectent les patients et les visiteurs. L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations difficiles. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage des patients en LISP. Le recueil du consentement éclairé et des diverses autorisations de soins sont effectifs. La personne de confiance est recueillie comme le confirme les patients traceurs réalisés et le patient est informé sur la possibilité de formaliser des directives anticipées. Concernant les directives anticipées, l'établissement a conduit des actions de sensibilisation notamment en septembre 2018 lors de la journée qualité et une procédure est formalisée. Cependant, les professionnels ne demandent pas toujours au patient s'il a rédigé des directives anticipées. Les professionnels rencontrés ont exprimé ne pas toujours demander au patient s'il a rédigé des directives anticipées, ce que confirme certains patients traceurs. Suite aux constats des experts-visiteurs, l'établissement a fait un rappel auprès des équipes en cours de visite.

Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur pour toutes les situations de soins.

Dans les unités, la contention et les restrictions de liberté, notamment en service de psychiatrie, sont prescrites uniquement pour les situations à risque pour le patient, réévaluée et levée dès que possible. Les professionnels médicaux mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins. Le patient est informé des droits d'accès à son dossier et les délais réglementaires sont respectés. Les représentants de usagers sont informés en CDU des plaintes et réclamations et éloges.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité et l'efficacité du processus sont évalués sous l'autorité des pilotes du processus et suivies en lien avec la CDU et les instances concernées. Plusieurs évaluations sont en place (IQSS, audits, enquête de satisfaction interne via questionnaire de sortie en hospitalisation complète et ambulatoire, participation au dispositif Esatis, audit consentement, suivi des plaintes et réclamations, suivi délais d'accès au dossier...). Le suivi des actions est réalisé par les pilotes du processus en lien avec le service qualité. Il donne lieu à des ajustements réguliers. La CDU réalise un bilan annuel d'activité notamment le bilan des plaintes des réclamations, des demandes de dossiers médicaux, des événements indésirables graves. Le bilan est formalisé et présenté en CDU et transmis à l'ARS.

A / AGIR

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

L'établissement met en œuvre un dispositif d'amélioration continue avec l'identification d'actions d'amélioration comme par exemple, formation des personnels, simplification des formulaires, sensibilisation sur recueil de la personne de confiance, personne à prévenir... Ces actions sont définies et intégrées dans le programme d'actions. Un bilan de suivi est communiqué aux instances. La communication sur les actions d'amélioration et leurs résultats est réalisée lors des réunions d'équipe et d'instances et par voie d'affichage. La communication envers les usagers est effective notamment dans le cadre de la CDU via le livret d'accueil et par voie d'affichage.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

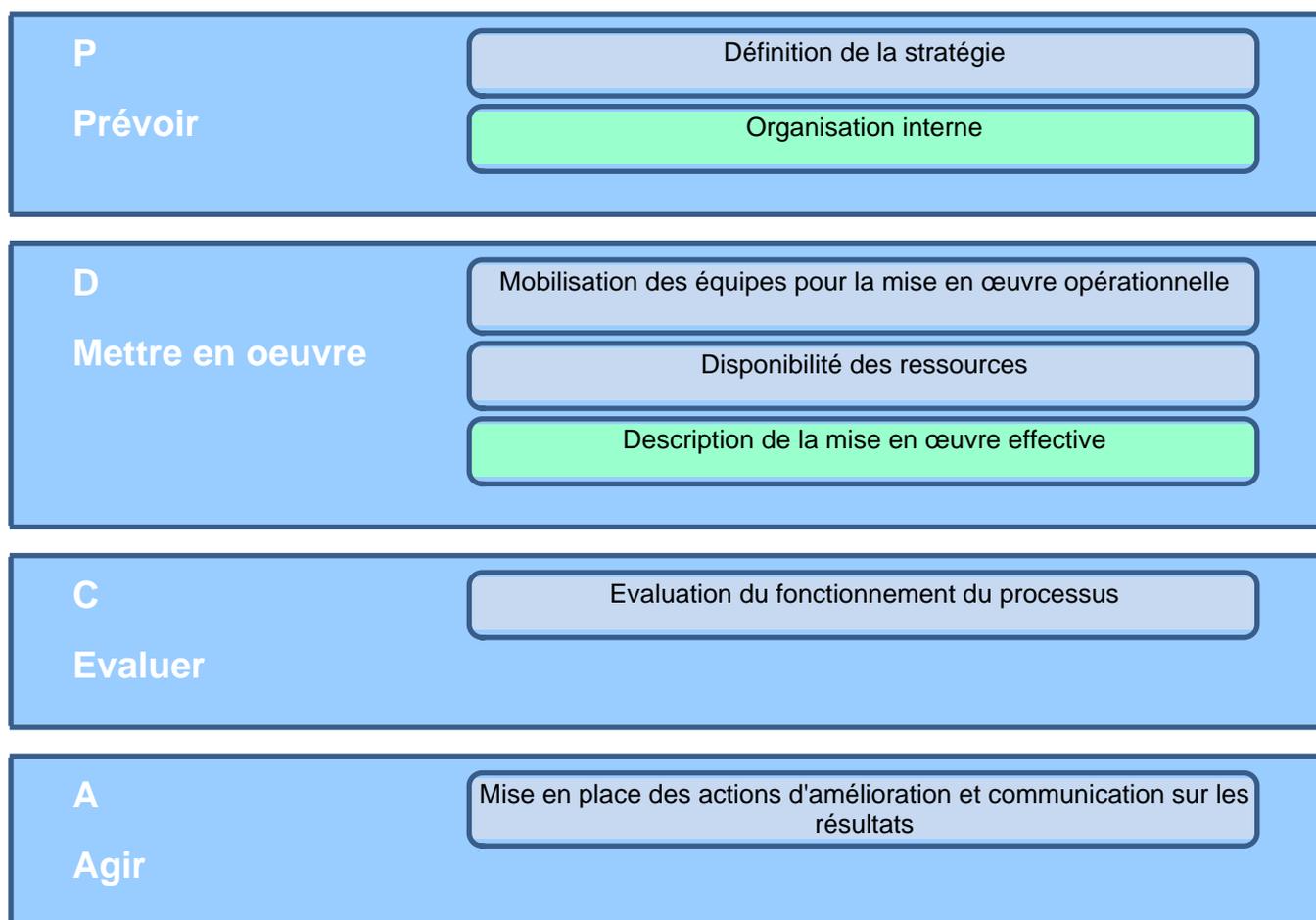
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital Foch est un établissement de santé privé d'intérêt collectif de médecine chirurgie obstétrique privé. La stratégie du parcours patient est en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement et le Projet Régional de Santé (2019-2022). L'établissement s'engage à contribuer à la réalisation des objectifs du PRS. 14 groupes de travail ont contribué à l'élaboration de la cartographie des risques. La politique "parcours patient" est définie en 3 axes :

- Axe 1 : grandes étapes et maîtrise des interfaces (dispositif d'accueil, évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient, éducation thérapeutique, sortie)
- Axe 2 : situations particulières (urgences vitales, prise en charge somatique, risque suicidaire, trouble de l'état nutritionnel du patient.)
- Axe 3 : parcours spécifiques (personne âgée, personne démunie, personne en situation de handicap, mineur, maladie chronique, détenu)

La stratégie s'appuie sur une analyse de risques selon une méthode définie et articulée avec le le programme d'action global institutionnel (PAQSS). 34 risques prioritaires sont identifiés dans le compte qualité. Ce plan d'action est validé par la CME. Il existe une articulation entre ce plan d'action du compte qualité et PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du parcours du patient est confié à la Directrice des soins, des affaires médicales et des coopérations et au président de CME et une responsable chargée de mission ville hôpital et mission coopération. Les différents pilotes s'appuient sur les orientations stratégiques et la CME pour définir la stratégie du parcours patient. Le pilote dispose d'une fiche de fonction détaillant ses missions et responsabilités. De part leur nomination et leurs compétences, les pilotes désignés ont légitimité au sein de l'hôpital. Le processus du parcours patient est structuré et organisé en parcours permettant de répondre aux attentes et besoins des différentes populations spécifiques accueillies. Au regard des besoins et des risques identifiés, l'hôpital prévoit des ressources humaines nécessaires et des compétences médicales, para-médicales, administratives pour assurer la gestion du flux des patients et les modalités de prise en charge en hospitalisation complète, en ambulatoire ou en hôpital de jour. Des formations des personnels sont prévues : douleur, plaies et cicatrisation, cancer et nutrition, AFGSU. Les nouveaux arrivants sont intégrés dans le dispositif de formation. Des ressources en matériels, équipements et locaux nécessaires à la mise en œuvre du parcours patient sont prévus, notamment le bureau des pré-admissions, les secteurs de consultations, les plateaux techniques et des secteurs d'hospitalisation.

Toutefois, la configuration architecturale de certains locaux ne permet pas toujours l'accessibilité des locaux. En effet, en USIC et en cardiologie les salles de bain ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite et nécessitent une adaptation par les équipes. Ce point a été évoqué lors de la rencontre avec les représentants des usagers. Les équipes s'adaptent au mieux pour apporter l'aide au patient.

La gestion électronique documentaire intègre des procédures, protocoles, modes opératoires relatifs au parcours patient. D'autres supports d'information sont également prévus tels que les livrets d'accueil spécifiques aux différentes populations accueillies comme le livret d'accueil en maternité, livret RAAC, livret d'information sur la chirurgie colo rectal, chirurgie ambulatoire...

Toutefois, toutes les ressources documentaires ne sont pas disponibles. En psychiatrie, les couloirs et la largeur des portes ne permettent pas d'y faire circuler ou d'introduire en chambre ni lit, ni fauteuil, ni brancard. En cas de situation d'urgence, le patient ne peut être sorti de chambre en lit ou brancard. L'établissement a précisé pouvoir utiliser dans ce cas un matelas coquille mais aucune procédure ne décrit la conduite à tenir en cas de telle situation. Les interfaces sont organisées en interne, entre les différents secteurs médicaux et administratifs, médico-techniques et en externe avec les structures sanitaires extérieures, afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Pour se faire, de nombreuses conventions sont signées avec différentes structures du territoire pour des complémentarités médicales, avec des structures d'aval. Des outils existent pour favoriser le lien ville hôpital. La communication est réalisée par le journal interne, l'affichage dans les services et l'intranet, et aussi grâce à l'implication du personnel dans des évaluations internes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels en fonction de ses spécificités. Les responsables des différents secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés

tout au long du parcours patient et les plans d'actions qui en découlent. Les responsables de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux protocoles, procédures et consignes existants. La participation des équipes aux ateliers réalisés en lien avec la promotion à la santé permet la mobilisation des équipes dans la mise en œuvre opérationnelle des parcours patients. Les résultats sont communiqués aux équipes notamment par le journal interne, par affichage dans les unités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences nécessaires pour assurer la prise en charge et la permanence des soins appropriés aux différentes étapes du parcours patient y compris la nuit sont présents. L'hôpital a défini les règles de présence afin d'organiser une permanence des soins 24H/24. La continuité des soins est assurée par une présence IDE et AS 24h/24. Les formations nécessaires pour l'entretien des compétences des professionnels en poste sont réalisées comme prévu dans le plan de formation 2019. Des professionnels possèdent des compétences spécifiques : IDE et médecin référent douleur, diététiciens, psychologues, assistantes sociales, des kinésithérapeutes... La procédure d'accueil des nouveaux arrivants prévoit la remise d'un livret d'accueil, une présentation de l'établissement et des différents outils informatiques utilisés. Les ressources documentaires sont actualisées et disponibles sur la gestion électronique documentaire à l'ensemble des professionnels. L'hôpital dispose des équipements et matériels adaptés en nombre suffisant dans les différents secteurs de prise en charge des patients dans leurs parcours de soins. Les chariots d'urgences sont présents dans les unités de soins et vérifiés tous les 15 jours. La traçabilité de la vérification des chariots d'urgence est présente dans l'ensemble des unités. Un dépôt de sang est géré au sein de l'hôpital. Une pharmacie à usage interne est également disponible. Les maintenances et contrôles des équipements/matériels et locaux de prise en charge disponibles sont assurés par un service biomédical. En hospitalisation complète, des chambres individuelles et des chambres doubles sont équipées de lits électriques, de salle de bain et du mobilier nécessaire pour le séjour du patient. Chaque chambre bénéficie d'une télévision. Dans les chambres individuelles, des lits d'appoints sont proposés aux proches. En salle de naissance, une salle physio pour les accouchements physiologiques est proposée aux patientes qui le souhaitent.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire, les professionnels secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour son fonctionnement. A l'admission, le livret d'accueil est remis au patient. Le livret d'accueil reprend l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement du séjour. Pour l'ensemble des patients, un bilan initial d'entrée est effectué par le médecin. Le recueil de données est effectué par l'infirmier et les aides-soignants le jour de l'arrivée du patient. Un projet thérapeutique, des objectifs de séjours sont définis en fonction du parcours du patient. Il existe un projet personnalisé de soins, complété d'un volet somatique pour la santé mentale. Le risque suicidaire est tracé dans le dossier. L'identification et le suivi de troubles nutritionnels sont réalisés et tracés dans le dossier. Le poids, la taille et l'IMC font partie des constantes prises à l'entrée du patient. La diététicienne est sollicitée pour la prise en charge nutritionnelle des patients qui le nécessitent. La prise en charge de la douleur est effective et les outils d'évaluation sont adaptés (EVS). Les règles de vérification de l'identité sont réalisées par l'ensemble des acteurs concerné tout au long du parcours du patient. La prise en charge des populations spécifiques est effective. On retrouve les comptes rendus de visite des différents intervenants dans le dossier informatique. L'hôpital a mis en place 4 programmes d'éducation thérapeutique autorisée par l'ARS comme le VIH, l'éducation concernant la transplantation, l'éducation concernant la diabétologie et l'insuffisance rénale chronique. L'organisation de la sortie des patients est opérationnelle. Pour le parcours ambulatoire et parcours J0, la pré-admission est réalisée suite à la consultation d'anesthésie. Lors de cette étape, les données administratives du patient sont recueillies ainsi que la personne de confiance. Les secrétaires du service des pré-admissions informent les patients sur le déroulé de leur hospitalisation et leur remettent les documents nécessaires à leur prise en charge : directives anticipées, préparation cutanée, livret sur la prise en charge en ambulatoire, livret d'information suivant les chirurgie... Pour l'ensemble de ces prises en soins, un appel de la veille est réalisé afin de confirmer l'horaire d'admission du patient. Le jour de l'intervention, les patients relevant de ces deux parcours se présentent au secrétariat du service ambulatoire et sont orientés soit vers le service d'hospitalisation soit vers l'ambulatoire. Pour l'ambulatoire, un appel du lendemain est systématique. Un parcours spécifique pour la maternité est mis en œuvre avec l'ensemble des interfaces pour permettre la prise en charge dans les différents secteurs d'activité : salle de naissance, bloc obstétrical, unité d'hospitalisation. Suite à une réflexion pluridisciplinaire, une organisation est mise en place pour le transfert des patients au bloc opératoire - « Patient Debout » - qui vise à respecter la liberté de choix, la dignité et l'autonomie du patient. Elle vise aussi à rendre le patient plus acteur de son parcours de soins et non dépendant. Par la démystification de la chirurgie, ce nouveau mode de transfert souhaite combattre le stress et les angoisses des patients. La relation patient-soignant se trouve également améliorée. En médecine oncologique, des staffs hebdomadaires sont effectifs ainsi que des rencontres quotidiennes en équipe pluridisciplinaire pour faire un point d'étape sur les patients en cours d'hospitalisation. Les RCP sont effectives.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation du fonctionnement des parcours qui s'appuie sur l'EPP, les patients traceurs, les RMM, les CREX, la satisfaction de la prise en charge de la sortie. Il existe différents supports pour évaluer la satisfaction des usagers dans les différents parcours en plus du questionnaire E-Satis comme le questionnaire de satisfaction sur le séjour en maternité par exemple, questionnaire de satisfaction J0. Il existe des indicateurs spécifiques pour chaque service concernant les questionnaires de sortie ce qui rend une implication réelle des professionnels des services. Il existe des tableaux de bords permettant le suivi de l'ensemble des indicateurs concernant le parcours patient. Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux évaluations : Parcours RAAC... L'établissement a déployé des moyens pour améliorer le respect de temps réglementaires de la lettre de sortie pour les correspondants externes.

A / AGIR

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

Le PAQSS est mis à jour une fois par an, l'ensemble des actions est intégré au PAQSS. Le suivi des actions d'amélioration et de leurs résultats conduit à réexaminer les risques et déterminer des actions d'amélioration complémentaires. Les résultats sont communiqués par Intranet, affichage dans les unités de soin. Les résultats du recueil des indicateurs et enquêtes de satisfaction sont communiqués via l'intranet de l'hôpital ou par les comptes rendus de la CDU adressés aux représentants des usagers. L'ensemble des usagers sont informés par la publication des IQSS en conformité avec la réglementation en vigueur.

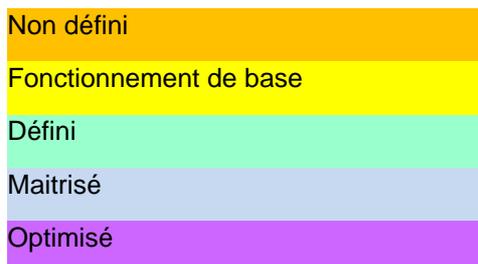
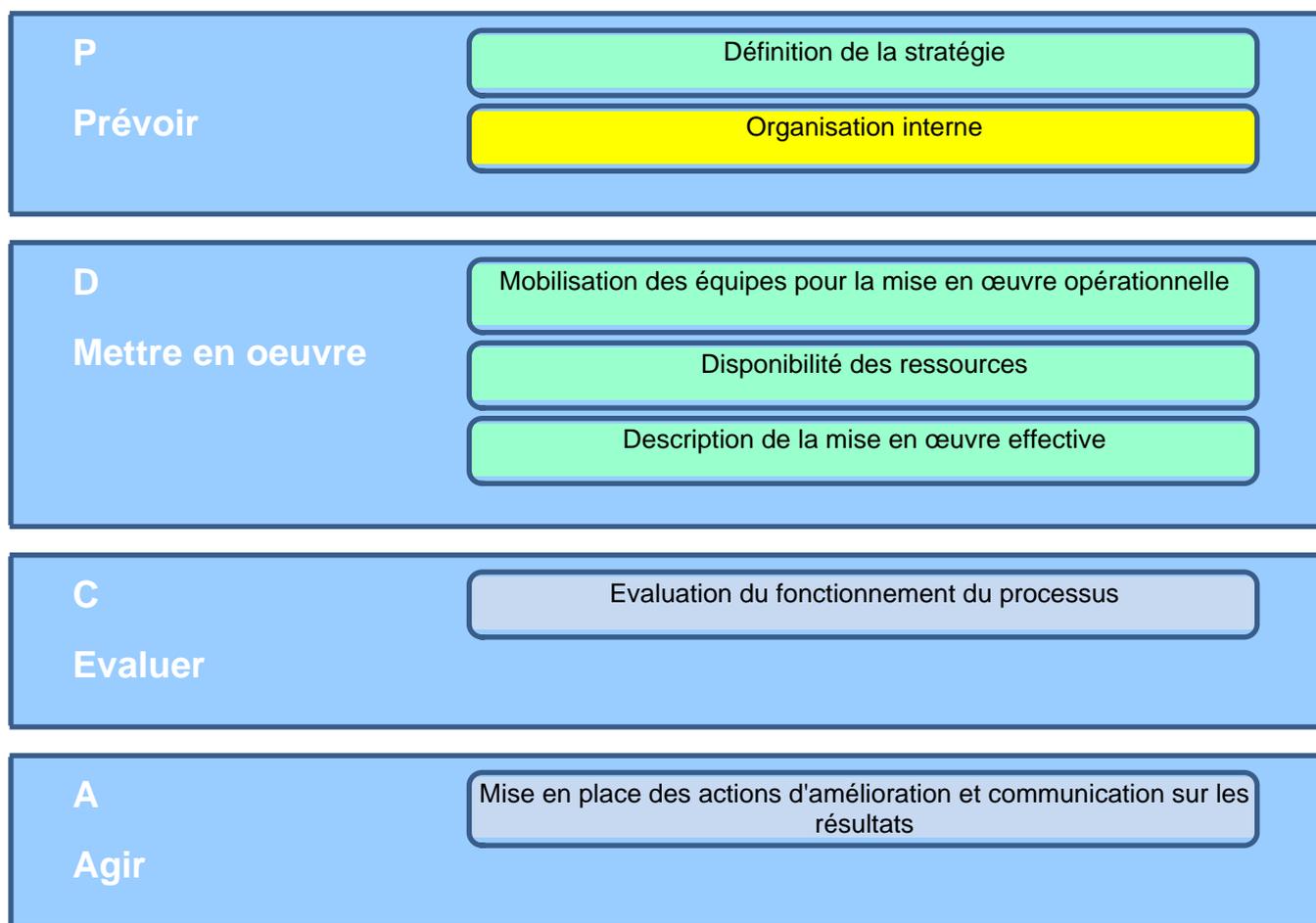
DOSSIER PATIENT

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

La stratégie de gestion du dossier patient et d'accès du patient à son dossier est définie et articulée avec le projet stratégique 2019-2022, validée par les instances une fois par an par le COPIL Dossier patient et une fois par an par le COPIL Qualité. Le dossier patient fait partie de l'axe 5 du projet stratégique. Elle vise à poursuivre l'informatisation et la sécurisation, optimiser la tenue du dossier, garantir l'accès des professionnels au dossier et de garantir les conditions d'archivage. L'établissement a établi son schéma directeur du système d'information 2018-2022, avec identification d'une cartographie des logiciels. La stratégie de gestion du dossier patient s'appuie sur un programme d'actions annuel validé et réalisé avec les professionnels et le COPIL qualité. Elle s'appuie sur une analyse de risques effectuée au regard de ses données, comprenant les résultats d'audits et indicateurs IQSS. L'analyse des risques a été réalisée pour toutes les étapes de la gestion du dossier patient et pour tous les supports. Elle s'appuie sur une cartographie et a été réalisée selon une méthodologie définie avec les professionnels concernés du groupe de pilotage et associant différentes catégories professionnelles. L'établissement a identifié 5 risques prioritaires et 4 actions d'amélioration. Ces risques et les actions prioritaires alimentent le PAQSS et par conséquent le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient. Le pilotage est assuré par un COPIL Dossier patient qui se réunit 2 fois par an et dont les pilotes sont le DSI, des référents métiers et la direction qualité. Ce comité est articulé également avec le COPIL Système d'information. La coordination opérationnelle est assurée par les référents métier sur l'établissement. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique du dossier du patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans des fiches de missions. L'établissement a formalisé son organisation en matière de tenue du dossier patient et d'accès du patient à son dossier. Une organisation concernant l'accessibilité au dossier en mode dégradé est définie. Les ressources humaines, documentaires et matérielles sont prévues en fonction des besoins. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Le plan de formation de l'établissement intègre les actions de formation relatives au dossier patient. A chaque logiciel, il y a 1 référent informatique et 1 référent métier. Il coexiste un dossier papier et un dossier informatisé avec 12 logiciels. Certains sont spécifiques à leurs services comme le réanimation, le bloc, les urgences, la dialyse, l'oncologie. Un logiciel de prescriptions médicales et dossier de soins est présent dans les services d'hospitalisation. Dans 2 services de chirurgie, celui-ci a été remplacé dans l'objectif de le généraliser à l'ensemble des services pour 2021. Au jour de la visite, l'hôpital possède un serveur de récupération des comptes rendus des autres logiciels métiers. Celui-ci va être abandonné au profit d'un logiciel unique qui prendra en compte l'ensemble du dossier patient (prescriptions médicales, dossier de soins et comptes rendus médicaux, observations médicales). Ce logiciel sera effectif pour l'ensemble de ces données précitées en 2022. Les 12 logiciels ne sont pas interfaçables. Les supports papier utilisés par les MAR en consultation d'anesthésie et en SSPI sont des supports uniques de prescription-administration. Le nouveau logiciel permettra de mettre en place un dossier patient unique. Les dossiers papiers servent à recueillir les documents externes du patient (lettre du médecin traitant, comptes rendus d'examen d'imagerie, résultats d'analyse biologiques...) et aussi des observations médicales qui restent sous format papier. Les comptes rendus médicaux, résultats de laboratoire, imagerie sont intégrés dans le DPI via un serveur de récupération d'information.

Toutefois, l'organisation en place ne permet pas toujours de disposer en temps utile de l'ensemble des informations nécessaires à toutes les étapes de la prise en charge des patients durant leur hospitalisation. Dans la majorité des services et secteurs évalués, il a été constaté le manque d'uniformisation dans l'utilisation du dossier patient. Dans certains secteurs de soins, il a été constaté, à l'occasion d'évaluations terrain et de patients traceurs, que la cohabitation entre le DPI et le support papier obligent à rechercher de multiples informations sur plusieurs documents. Ainsi, les éléments constitutifs du dossier patient ne sont pas toujours accessibles en temps utile par tous les acteurs de soins.

Dans les secteurs non informatisés (réanimation, SSPI, urgences, bloc opératoire), la prescription médicamenteuse et la traçabilité de l'administration ne sont pas toujours réalisées sur un support unique pour une même prise en charge. La prescription pré-opératoire est faite sur un logiciel métier d'anesthésie en consultation. L'IDE de secteur imprime la prescription et valide la prémédication de manière manuscrite. En per-opératoire, la prescription et l'administration sont faites sur logiciel métier du bloc opératoire non interfacé avec le DPI. En post-opératoire, la prescription et l'administration sont réalisées sur la feuille manuscrite qui est ensuite transférée en service de soins où le médecin du secteur re prescrit dans le logiciel. Cette organisation entraîne un risque de rupture dans la continuité du traitement médicamenteux pour un même patient.

En imagerie interventionnelle, il existe différents supports de prescription de consigne post geste (selon

la spécialité). En effet, il a été constaté en SSPI, que les IDE en charge d'un patient de radiologie interventionnelle ne connaissaient pas le document papier comportant les consignes de surveillance post geste complété par le radiologue. Les IDE de SSPI tiennent compte uniquement des consignes faites par l'anesthésiste (consignes en lien avec l'anesthésie générale).

En USIC, il n'existe pas systématiquement de fiche de transmission lors de la sortie du patient vers un autre service. En unité de gériatrie aiguë, l'ensemble des informations antérieures à l'hospitalisation du séjour n'ont pas été retrouvées systématiquement pour l'ensemble des patients.

A la PUI, les logiciels métiers non interfacés avec le dossier de soins informatisé et l'existence de supports papier engendrent une analyse pharmaceutique complexe et un risque sur les étapes du circuit du médicament.

L'établissement a conscience des risques générés par cette organisation et a mis en place des actions d'amélioration pour répondre aux risques qu'il a identifiés (erreur de prescription par non liaison du dossier médical au dossier de prescription, problème de prise en charge du fait du dossier patient égaré ou non transmis lors de la mutation, erreur de prise en charge du patient en cours d'hospitalisation par mauvaise tenue du dossier, erreur de prescription en ville du fait d'une prescription non conforme, délais non respectés de l'envoi du courrier de sortie). Au jour de la visite, toutes ces actions d'amélioration ne sont pas abouties. Dans l'attente de cette échéance 2022, les organisations en place font l'objet d'évaluations et de communications très régulières.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management s'est saisi des enjeux et communique auprès des équipes. La mobilisation des professionnels est effective. L'IDE et le médecin référent métier sont connus des équipes qui n'hésitent pas à les solliciter le cas échéant afin de répondre à leurs besoins. Les modalités d'utilisation du dossier patient et les moyens mis à disposition sont connus des professionnels. Concernant la gestion et l'accès au dossier patient, des plans d'actions spécifiques sont déclinés annuellement dans chaque service. Ils sont réalisés à l'occasion de staffs de service avec la direction qualité. A ce jour, 2 services sont pilotes pour le nouveau DPI de l'hôpital avec, pour 2020 un dossier patient informatisé pour la prescription médicale et le plan de soins et, pour 2021, l'ensemble des comptes rendus médicaux. Le management et les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par la sensibilisation au quotidien, par la mise en place d'une EPP sur la tenue du dossier patient, le suivi du signalement des événements indésirables, par la mise à disposition de guides et de procédures. Les professionnels ont accès aux résultats des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels sont disponibles au regard des besoins identifiés. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles entre les différents acteurs autour du dossier patient (pilotes, médecins, soignants, secrétaires, DIM, professionnels des admissions et archivage). Les formations et sensibilisations contribuent au développement des compétences. Les professionnels en poste sont formés à la gestion du dossier patient et à l'accès du patient à son dossier. Chaque année, le dossier patient informatisé fait l'objet d'une ligne sur la plan de formation. La gestion documentaire est actualisée et disponible auprès des professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés. Des guides d'utilisation et documents d'information pour chaque logiciel sont accessibles sur la portail Intranet. Des documents d'information à disposition des patients concernant l'accès de celui-ci à son dossier sont disponibles avec le livret d'accueil, la charte du patient hospitalisé et le formulaire de demande du dossier médical. Les ressources matérielles sont disponibles (ordinateurs, chariots, wifi) et la maintenance est prévue. Des écrans sont également disponibles dans l'ensemble des postes de soins. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés. Les locaux mis à disposition pour l'archivage sont propres, sécurisés, préservent la confidentialité. La sécurité incendie est assurée avec mise à disposition de dispositifs, de type extincteur. Une partie des archives sont externalisées auprès d'une société prestataire de service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Bien que les experts-visiteurs aient constaté des pratiques hétérogènes génératrices de risques, les professionnels tracent les éléments utiles à la prise en charge des patients dans le dossier informatique ou papier. L'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge possède des codes d'accès au DPI, avec un profil attribué spécifiquement. Une charte de bon usage du DPI est signée par chaque professionnel. Les procédures et guides d'utilisation sont connus des professionnels. En cas de pannes informatiques, les procédures dégradées ainsi que l'IDE référente métier sont connues des professionnels. Les modalités d'archivage définies sont effectives. La partie administrative rejoint le dossier médical avant d'être archivée dans le local d'archivage central. Les professionnels connaissent les modalités d'information du patient sur le droit d'accès au dossier. A la sortie du patient, une lettre de liaison est systématiquement faite reprenant toute l'histoire de la maladie. Elle est donnée au patient lors de sa sortie et une copie est annexée au DPA. Les délais réglementaires sont respectés concernant l'accès

du patient ou de son ayant droit à son dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation dont le suivi est assuré par le COPIL Dossier Patient. Les pilotes suivent le plan d'actions et un tableau de bord d'indicateurs pour identifier les orientations pour l'année à venir. L'efficacité du programme d'actions est évaluée lors de la revue de processus, articulé avec la Cellule Qualité opérationnelle. L'établissement assure le suivi des indicateurs nationaux (IQSS) et hôpital numérique, du nombre d'EI, du nombre de demandes de dossiers, du nombre de personnes formées. Il a mis en place un indicateur mensuel concernant les lettres de liaison en hospitalisation complète de plus de 48h, en chirurgie ambulatoire et dans les autres secteurs d'hospitalisation de jour. Il a mis en place 3 EPP sur la tenue du dossier patient, sur le partogramme et la traçabilité des actes de kinésithérapie. L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est assurée et transmise à la CDU.

A / AGIR

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

Au regard de ses risques, l'établissement a mis en œuvre des actions d'amélioration comme l'amélioration des lettres de liaison, la traçabilité de l'observation initiale du patient et le plan personnalisé de soins, le respect des délais légaux d'envoi de documents. Les actions prioritaires constituent le compte qualité et le PAQSS. Les résultats sont présentés et suivis par le COPIL Dossier Patient et par la CDU, et communiqués auprès des professionnels. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des usagers, dans le cadre de la CDU, et via le journal interne.

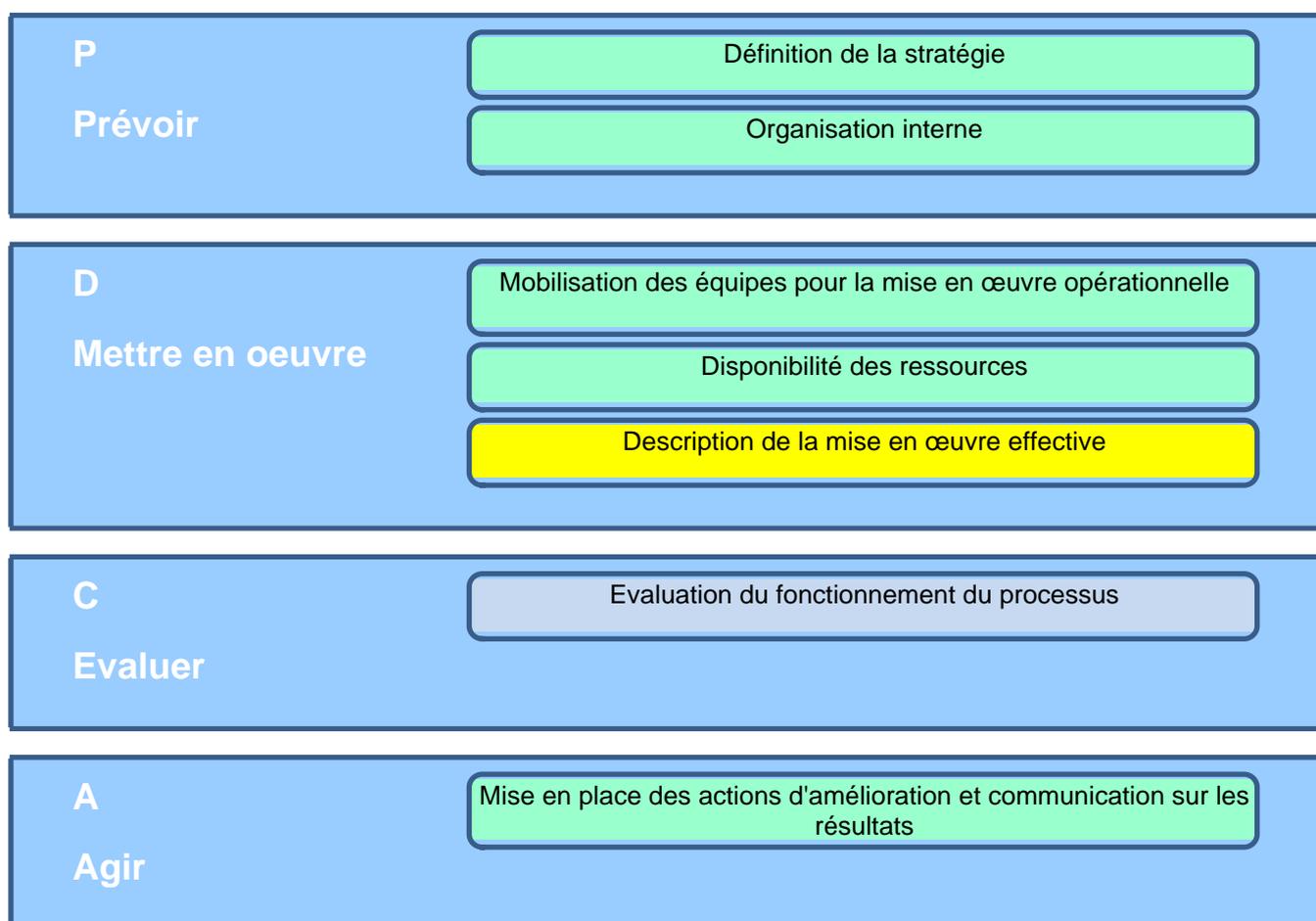
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'hôpital FOCH comporte une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). Elle assure les activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutiques au profit des services cliniques et médico-techniques et des activités de pharmacie clinique et de rétrocession. Une politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est définie. Elle intègre l'ensemble des aspects de la prise en charge, fait partie du projet médical et du projet de soins et prend en compte la prise en charge de la personne âgée. Des objectifs et axes stratégiques y sont déclinés. Cette politique du médicament s'inscrit dans le cadre de la politique qualité et gestion des risques institutionnelle. Elle a été élaborée et révisée en tenant compte de la réglementation, de l'arrêté RETEX du 06 avril 2011, des objectifs du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES), des indicateurs nationaux et des résultats des évaluations menées en interne (audits, EPP). Une cartographie des risques, se basant sur l'outil Archimed, a été actualisée depuis la visite de certification initiale V2014, en tenant compte des décisions, des événements indésirables médicamenteux et des résultats d'évaluation. Les risques concernant la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à toutes les étapes (prescription, dispensation, administration, stockage) du circuit du médicament ont été identifiés et priorisés selon leur criticité. Le Compte Qualité, établi en réunion multidisciplinaire, a défini des risques prioritaires et hiérarchisés. Ces risques donnent lieu à l'élaboration d'un programme d'actions d'amélioration avec pilotes et échéancier de mise en œuvre. Le programme d'actions, intégré au PAQSS institutionnel, a été validé par les instances et est mis en œuvre par les responsables désignés puis suivis par les pilotes de la thématique PECM.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné des pilotes stratégiques du processus de PECM : le médecin président de la COMEDIMS, le médecin président de la COMAI, le pharmacien cheffe de la PUI, un pharmacien du secteur des médicaments, une IDE qualité RSQQ et la direction des soins. Leurs missions sont déclinées dans une fiche de poste formalisée. Ils sont accompagnés au cours de cette démarche par la direction qualité, notamment pour mettre en place les objectifs et actions définies dans le Compte qualité. L'organisation de la PUI et des différents processus de la PECM est décrite dans un Manuel d'Assurance Qualité. On y retrouve l'organigramme hiérarchique définissant les responsabilités, les missions formalisées des professionnels dans des fiches de postes. L'organisation de la fabrication des anticancéreux est décrite et formalisée. L'URC se situe en service d'HJ oncologie, dans un local sécurisé avec des zones d'accès contrôlé et à environnement maîtrisé (air). 18.000 poches sont fabriquées par an, dans 2 isolateurs doubles postes qualifiés et 1 isolateur monoposte nouvelle génération. Une organisation a permis la mise en place d'une fabrication anticipée des chimiothérapies, en lien avec les cliniciens, les laboratoires et une plateforme téléphonique pour les patients et le suivi de leurs traitements. Les circuits propres/sales sont conformes. La libération pharmaceutique des poches se fait après validation par spectrométrie IR/UV de celles-ci. Le transport des poches vers le service est sécurisé, avec une traçabilité de la réception par l'IDE du secteur. La zone d'accès est contrôlée, avec un circuit de marche en avant pour les professionnels et les produits. La qualification de la salle est réalisée périodiquement, en collaboration avec l'EOH. Des pharmaciens référents sont identifiés pour les services de soins, ainsi que des préparateurs, avec leurs missions définies dans une fiche de poste. De même, des référents IDE pharmacies par service sont identifiés et formés. Des préparateurs référents sont identifiés par service pour gérer les armoires et les dotations. La présence pharmaceutique à la PUI est assurée en semaine, la nuit et le samedi matin et le dimanche. Des astreintes de sécurité des pharmaciens seniors sont organisées en dehors des horaires d'ouverture et il y a un interne de garde. Des actions de formation et de sensibilisation aux risques d'erreur médicamenteuse sont organisées et animées par les pharmaciens, la direction des soins et le service qualité. Le plan de formation institutionnel propose aux personnels médicaux et paramédicaux et nouveaux arrivants des actions de formation aux risques d'erreur médicamenteuse (plusieurs sessions par an, avec en particulier pour les internes, un focus sur la iatrogénie et la pharmacovigilance). L'information et la communication de la part de la PUI vers les services de soins sont opérationnels. Les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse destinées aux patients hospitalisés font l'objet d'une procédure formalisée. Les ressources documentaires sont intégrées à l'outil de gestion documentaire institutionnel et mises à jour régulièrement dans l'ensemble des secteurs. Les dotations globales de médicaments par service de soins sont organisées à partir du logiciel de gestion économique interne de la pharmacie, permettant une révision régulière des dotations. Les règles de stockage dans les armoires de pharmacie des services de soins sont définies avec étiquetage spécifique pour les médicaments à risques. Le transport des médicaments, stupéfiants et chimiothérapies est organisé et sécurisé. Les modalités particulières d'administration de certains médicaments sont définies: écrasement ou ouverture de gélules ou médicaments oraux, nutrition parentérale, dilution... Les interfaces sont organisées entre la PUI et les services de soins. Le déploiement du logiciel de prescription est effectif pour l'ensemble des lits (sauf en réanimation, en SSPI, aux urgences, bloc opératoire). Pour ces secteurs non informatisés, il existe des supports papier de prescription/administration institutionnels ou des logiciels métiers. L'analyse

pharmaceutique est engagée. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée pour les services informatisés selon une liste de médicaments pré-établis à surveiller en particulier ou une typologie de patient. Dans les services où l'informatisation du dossier patient et du logiciel de prescription est en place le pharmacien a accès à l'ensemble des données médicales du patient, ce qui permet une analyse pharmaceutique de niveau 2 selon la SFPC. Pour ces services informatisés, elle est réalisée à hauteur de 67% de l'ensemble des lits de l'établissement en cohérence avec les objectifs du CAQES. Pour les services ne bénéficiant pas de l'informatisation de la prescription (réanimation, SSPI), l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des réunions pluriprofessionnelles sont régulièrement organisées avec l'ensemble des acteurs concernés. Des CREX sont organisés pour l'analyse des événements indésirables liés aux médicaments et en particulier les erreurs médicamenteuses. La prévention et la sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et événements indésirables est organisée. Des audits réguliers, présentés aux équipes, permettent une évaluation en continu des pratiques professionnelles. Des points réguliers sur la sécurisation de la PECM sont faits en COMEDIMS, en réunion cadres de santé, qui assurent en staff d'équipe un retour aux professionnels des différents audits, patients traceurs et évaluations réalisées. Les référents médicaments participent deux à trois fois par an à une réunion d'information organisée par les pharmaciens et en assurent un retour en équipe. Des réunions CREX Pharmacie sont menées régulièrement par la PUI, en lien avec les professionnels de terrain, pour résoudre les dysfonctionnements liés au circuit du médicament. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées en interne et analysées. Les alertes de pharmacovigilance internes et externes sont prises en compte 24h/24.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'accès à la PUI est sécurisé. Seuls les personnels dûment autorisés peuvent y entrer. Les médicaments y sont stockés dans des conditions conformes garantissant leur bonne conservation. Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuses sont réalisées. La formation des nouveaux arrivants est organisée pour le personnel paramédical et médical, avec des formations spécifiques à la sécurisation de la PECM incluant la sensibilisation au risque d'erreur médicamenteuse. De nombreux outils d'aide à la prescription comme le livret thérapeutique, les bases de données médicamenteuses nationales, sont disponibles dans le système intranet. Des outils d'aide à l'administration sont également disponibles, spécialement pour les personnes âgées, en ce qui concerne les médicaments oraux. De nombreux documents papier sont mis à la disposition des personnels et des patients sous forme de flyers et d'affiches de rappel des bonnes pratiques. Des étiquettes pour l'identification des médicaments à risque sont proposées aux équipes soignantes. Les services de soins disposent de matériel adapté au stockage des médicaments et à l'administration. Chaque service de soins est doté d'une armoire gérée en dotation globale, sécurisée, fermée. Pour certains secteurs (réanimation, USIR), les équipes disposent d'armoires sécurisées par biométrie. Lors des visites terrain, il a été constaté que les salles de soins des services, où sont stockés les médicaments, sont sécurisées et fermées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescription des médicaments ne sont pas systématiquement respectées. En effet, au-delà des risques générés par l'existence de supports non-interfacés, les prescriptions manuscrites ne comprennent pas toujours l'ensemble des mentions réglementaires, à savoir : dénomination du médicament, dosage, forme galénique, posologie, voie d'administration et durée de prescription. Les experts-visiteurs ont pu constater, lors des évaluations de terrain en post-opératoire pour plusieurs spécialités chirurgicales, des prescriptions de type « Tramadol si besoin », « une demie ampoule de sufentanil ». Ces pratiques entraînent un risque d'interprétation pour les IDE lors de leur acte d'administration. L'établissement a identifié le risque « Non-conformité de la prescription médicamenteuse non informatisé (papier) » comme risque prioritaire.

La gestion du traitement personnel est assurée par l'ensemble des personnels rencontrés lors de la visite des experts visiteurs, avec séquestration du traitement pendant l'hospitalisation du patient, et remise du traitement au patient à la sortie. La continuité du traitement est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus. Les règles de transport des différents médicaments sont respectées. Les règles de gestion et stockage des stupéfiants sont définies. Le stockage des stupéfiants est sécurisé dans des coffres fermés à clef. Le stockage des bouteilles de gaz à usage médical est sécurisé. Dans les services de soins, les médicaments à conserver aux froids sont stockés dans des réfrigérateurs, dont la température est suivie quotidiennement et tracée. Les chambres froides à la PUI sont contrôlées en continu, avec report d'alarme au PC sécurité et appel du pharmacien d'astreinte si besoin. Le contrôle à fréquence régulière des chariots d'urgence est réalisé dans tous les services. La dotation des services est suivie régulièrement par la PUI. Elle est revue en tant que de besoin, en fonction de l'évolution des pratiques médicales, en concertation avec les pharmaciens, les médecins des services et l'encadrement. Les médicaments à risques sont identifiés, en particulier le KCL. Toutefois, les règles de gestion des médicaments à risque ne sont pas toujours appliquées. Durant la visite, en pneumologie, les ampoules de

chlorure de potassium hypertoniques injectables ne sont pas isolées des autres injectables, comme le prévoit la procédure de l'établissement. Elles étaient rangées au milieu des autres ampoules injectables (chlorure de sodium). Cette pratique peut entraîner un risque grave d'erreur lors de l'administration au patient, d'autant que, dans ce service, il y a des élèves IDE en formation. Cette erreur constatée uniquement dans un secteur au cours de la visite est une problématique Never Events de l'ANSM qui ne doit jamais arriver.

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel. Les motifs de non administration sont tracés dans le dossier du patient informatisé. Cependant, les pratiques d'administration des médicaments ne sont pas toujours sécurisées. Dans un seul service (pneumologie), les experts-visiteurs ont retrouvé dans un pilulier préparé par une infirmière, des comprimés blancs nus, entraînant un risque de détérioration du médicament, dont la conservation n'est plus garantie hors de son conditionnement (flacon) et un problème d'identification de celui-ci. Par ailleurs, des retranscriptions infirmières de prescriptions médicamenteuses ont été observées. En effet, en pneumologie et chirurgie thoracique, des IDE retranscrivent des médicaments sur un support papier personnel (feuille de suivi journalier) : multiples retranscriptions de médicaments à la main et abrégés comme des antibiotiques (Vanco IV, Ciflox) et des stupéfiants (Skenan LP40). Ce document sert de support pour l'administration ce qui peut engendrer un risque d'erreur médicamenteuse à cette étape.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi à l'aide d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs est mis en œuvre. Des indicateurs sont définis pour chaque étape de la PECM. Ils sont suivis annuellement, notamment via les rapports d'étape du CAQES. Un bilan annuel des erreurs médicamenteuses est présenté en instance. Les indicateurs IQSS sont recueillis. La PUI dispose d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs pour ses activités. La consommation des antibiotiques est suivie en lien avec l'écologie bactérienne des services de soins, en collaboration avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les pharmaciens participent aux CREX et RMM liés au médicament.

Des évaluations (EPP et audits) sont menées et suivies : réévaluation de l'ATB à 24/72 heures, la justification des antibiothérapies prescrites plus de 7 jours, la tenue des armoires, la gestion des traitements personnels, la conformité des piluliers en services de soins... Un bilan des actions d'amélioration issues de la PECM est présenté annuellement en instances. Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus, notamment ceux de la dernière visite de certification.

A / AGIR

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

Le suivi du plan d'action est réalisé régulièrement par le comité de la PECM. Des procédures concernant les protocoles de soins sont élaborées ou réactualisées suite aux différents audits menés. Des actions ponctuelles sont réalisées lors des événements nationaux (semaine sécurité des patients) depuis plusieurs années et en formation simulation (the room), mobilisant les équipes autour de cette thématique. Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration qui en découlent sont présentés régulièrement en comités institutionnels et aux équipes de terrain, en réunions spécifiques ou par le biais des référents médicaments des services de soins, qui font le relais auprès de leurs collègues. Le bilan d'étape du CAQES est présenté annuellement aux instances. De même, des affichages spécifiquement dédiés aux équipes et aux patients ont été mis en place en secteurs d'hospitalisation.

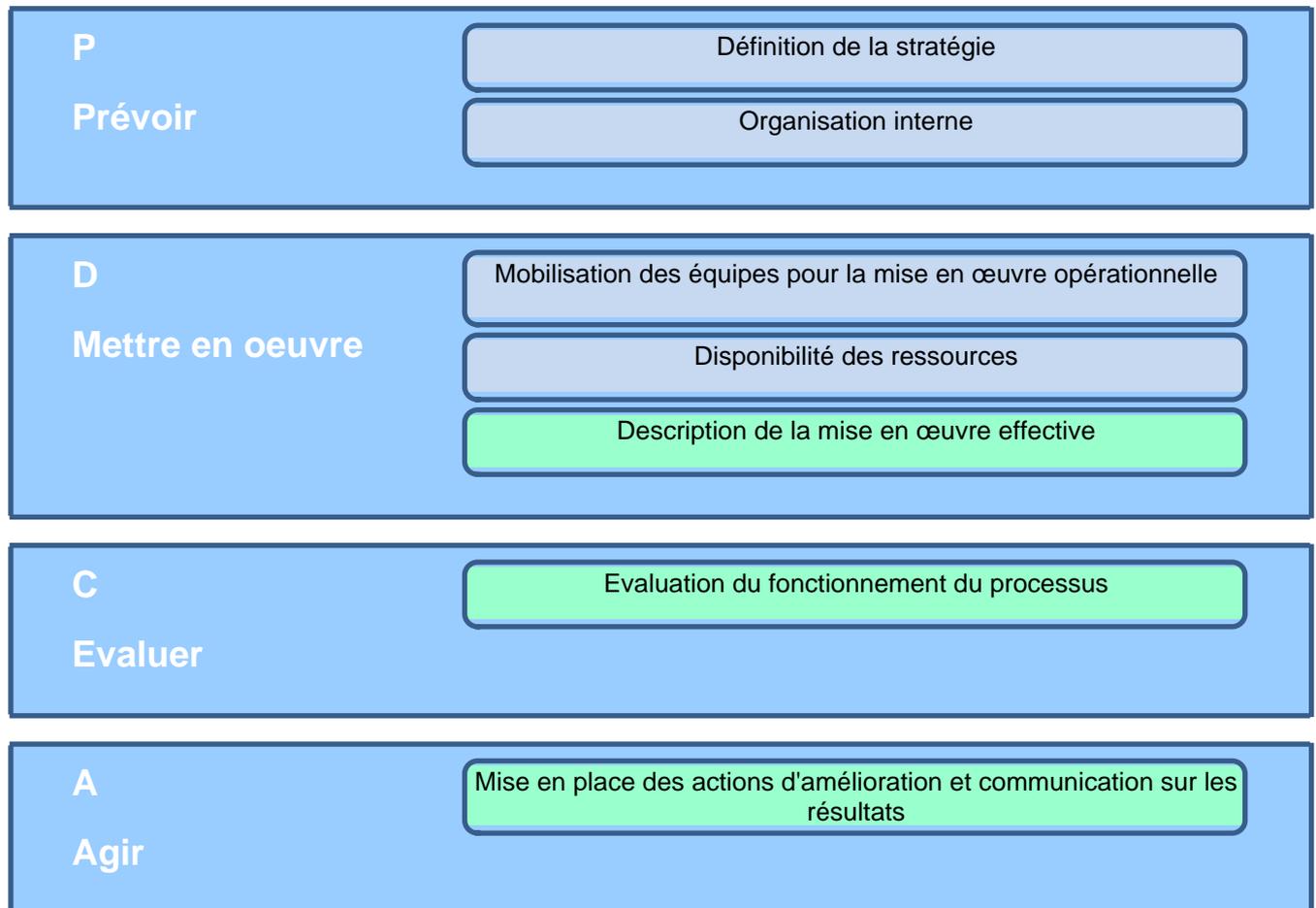
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences est ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ; pour une prise en charge d'adultes (supérieurs à 15 ans) sur le plan médical, psychiatrique chirurgical, et traumatologique en dehors de la chirurgie orthopédique pour laquelle l'établissement a une convention avec le CHU Ambroise Paré. Les urgences de gynécologie et d'obstétrique sont pris en charge au niveau des salles de naissances et du service de gynécologie. Toutes les urgences pédiatriques se présentant, sont adressées secondairement vers une structure adaptée, systématiquement après examen par un médecin.

Il existe une politique de prise en charge des urgences et soins non programmés de 2012 mise à jour en 2019, intégrée au projet stratégique d'établissement 2019-2022, tenant compte de la politique régionale et territoriale. Le projet du service des urgences fixe des axes d'amélioration spécifiques et mesurables. Le service d'accueil des urgences de l'Hôpital a identifié ses besoins et analysé ses risques pour toutes les étapes de la prise en charge aux urgences. L'analyse des risques intégrant une équipe pluri professionnelle du service des urgences a été réalisée en 2015, mise à jour en 2017 puis 2019, notamment dans le cadre du suivi des actions et des niveaux de maîtrise. Cette analyse méthodologique tient compte du processus dans son ensemble, des déclarations d'incidents et de leur analyse, des visites de Certification. Ainsi 9 risques ont été hiérarchisés par une méthode validée et définie. Les professionnels concernés ont participé à l'identification des risques et à leur hiérarchisation. Les risques ainsi identifiés ont été intégrés au compte qualité. Le programme d'amélioration qui en découle précise les modalités de suivi, les responsabilités et la priorisation. Les actions sont intégrées au PAQSS de l'établissement. Ce programme a été validé par les instances de direction et la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus de prise en charge des urgences. Une commission des admissions non programmées a été mise en place. Les rôles et missions sont précisés dans une lettre de mission adressée aux pilotes du processus. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les ressources humaines en effectif et compétence sont identifiées en fonction des besoins. Il existe un plan de formation médicale et paramédicale établi pour 2020 en cohérence avec les objectifs du service des urgences. Un dispositif d'accompagnement des nouveaux arrivants est effectif (période d'intégration et formation adaptée). La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients dans le cadre de la prise en charge des urgences est organisée et tient compte des effectifs à former. Les différents processus identifiés aux urgences ont été formalisés au sein de la charte de fonctionnement des urgences (description de la prise en charge des patients, de son entrée aux urgences, à sa sortie tenant compte du degré d'urgence et du type d'entrée ; prise en charge ambulatoire, circuit court, circuit long, procédure en cas d'afflux massif, plan blanc...). Le personnel du service des urgences participe à l'élaboration des procédures et à leur mise à jour, dans le cadre de la gestion documentaire du secteur. Des documents d'information pour les patients sont disponibles pour l'accueil aux urgences, avec notamment un livret d'accueil spécifique qui explique les différents circuits de prise en charge. Les besoins matériels sont identifiés, avec un dispositif effectif d'entretien et d'approvisionnement. L'établissement a défini le circuit des patients aux urgences en tenant compte de l'architecture du service et des différents types d'entrées possibles (debout, coucher, degré d'urgence, circuit court ou long...). Il a été ainsi défini plusieurs circuits patients afin d'optimiser la prise en charge. Les besoins en système d'information sont identifiés et le matériel disponible est en adéquation. Le système d'information repose sur un logiciel dossier patient spécifique aux urgences qui permet de déverser dans un logiciel d'archivage commun à tous les services les documents informatisés des urgences. L'établissement a formalisé des conventions, recours aux spécialistes et partenariats notamment orthopédique, permettant la mobilisation et la coordination de toutes les compétences autour du processus de prise en charge. Une organisation permet de connaître en temps réel l'état des lits, à l'aide d'un logiciel de gestion administrative des patients, accessible à l'ensemble du personnel des urgences. L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles pour les urgences. Il existe une biologie délocalisée de gazométrie au sein des urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du service des urgences est composé du cadre du service et d'un médecin urgentiste (Cheffe de service) qui sont également les pilotes du processus. Il communique sur la politique qualité et le programme d'actions auprès de l'équipe des urgences. Ils sont les garants de la conformité des bonnes

pratiques et du respect de la mise en place des actions d'amélioration. L'équipe connaît les objectifs d'amélioration et participe à l'élaboration des procédures, au système de déclaration des événements indésirables via l'outil informatique institutionnel, et à leur analyse, en commun avec les services concernés le cas échéant. Le suivi des actions et le résultat des analyses ainsi que l'évolution des projets du secteur et de l'établissement sont communiqués aux équipes via des réunions de service et des réunions qualités spécifiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels aux urgences sont disponibles dans le secteur. Deux infirmiers assurent la fonction d'accueil et d'orientation de la prise en charge des patients (un infirmier pour chaque mode d'entrée, debout et coucher). Les infirmiers à ces postes sont systématiquement formés à cette fonction. Les derniers arrivés seront formés dans le cadre du plan de formation 2020. La continuité de la prise en charge est assurée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il existe une organisation d'accueil et de formation des nouveaux arrivants médicaux, paramédicaux et étudiants. Les procédures sont disponibles informatiquement via l'outil de gestion documentaire de l'établissement. Les modalités d'accueil aux urgences sont adaptées en fonction de l'architecture du bâtiment. Les locaux permettent une marche en avant, le respect des circuits, les règles d'intimité et de confidentialité. Les locaux permettent de répondre à un afflux de victimes. L'accueil des patients est organisé en fonction du type d'urgence et de l'état du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux du secteur des urgences sont respectés. La mise en place des circuits des patients (tenant compte du type d'urgence et du profil du patient), du matériel, et du linge, est effective. Les conditions d'accueil sont conformes aux dispositions prévues par l'établissement permettant de répondre à une prise en charge adaptée et en respectant les droits. La gestion des événements indésirables est effective, les soignants rencontrés aux urgences connaissent le système de déclaration et les actions d'amélioration mise en place après analyse. L'établissement a développé des prises en charge de patients par des filières directes, notamment en cardiologie, neurologie. De plus, un projet de filière directe pour la gériatrie est en cours de réflexion. La disponibilité des lits est analysée en direct via le logiciel de gestion administrative des patients, qui est accessible par l'équipe des urgences. La commission des urgences et des soins non programmés est chargée de coordonner de manière transversale l'organisation de l'urgence (4 réunions par an) et de garantir l'offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins concernant les hospitalisations directes. Les soignants du secteur des urgences sont sensibles à la qualité de la surveillance et la sécurité des patients en attente dans les différents secteurs des urgences. C'est une situation qu'ils souhaitent améliorer et prioriser dans le cadre de leur analyse des risques. La traçabilité des actes soignants et médicaux dans le dossier informatisé du patient est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation de l'efficacité de la prise en charge des patients aux urgences, en collaboration avec l'équipe qualité. Cette évaluation a débuté en 2015 pour la première itération de la V2014. Une nouvelle évaluation en 2017 puis 2019 de la criticité des risques et du suivi des actions inscrites dans le PAQSS ont été réalisées. Des patients traceurs ont été réalisés, afin d'évaluer le processus des urgences dans son ensemble ; il existe des EPP dans le secteur des urgences, à différentes étapes d'avancée, durée d'attente aux urgences, pertinence des hospitalisations au départ du SAU, 4 RMM par an en lien avec les spécialités concernées, CREX à chaque fois que nécessaire... Il existe un suivi du temps d'attente et de passage tenant compte du degré d'urgence qui est recueilli une fois par semaine par l'encadrement du secteur. Il existe un suivi des délais d'attentes au regard des 5 niveaux d'urgences (CIMU 1 à 5) par une extraction d'indicateurs automatisés et communiqués toutes les semaines à l'encadrement. L'indicateur prend en compte les différentes étapes de prise en charge d'un patient (enregistrement administrative, pris en charge par l'infirmier d'accueil, prise en charge par le médecin urgentiste au moment où il ouvre informatiquement le dossier, puis jusqu'à la sortie du patient des urgences...). Les délais de prise en charge pour les niveaux les plus urgents (1 et 2) sont de plus de 30 minutes en 2018 et 2019. Mais les professionnels rencontrés expliquent ces résultats par l'organisation en place pour une prise en charge sans délai pour les urgences prioritaires. Pour ces urgences prioritaires, le patient est immédiatement installé, les médecins prennent en charge le patient puis s'enregistrent informatiquement entraînant mécaniquement une augmentation du délai. Le management des urgences reconnaît que cet indicateur ne lui permet pas un suivi fiable des délais de prise en charge pour les niveaux 1 et 2. La cheffe de service fait régulièrement un rappel aux médecins sur l'importance de s'enregistrer informatiquement dès la prise en charge du patient. Il existe une réflexion afin de faciliter l'enregistrement de la prise en charge du médecin, de plus un audit observationnel des prises en charge est en projet. Des tableaux de bord d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont en place et sont communiqués aux équipes et vers les instances concernées. Un bilan d'activité et un bilan des RMM sont réalisés et présentés en instances (commission des urgences et des soins non programmés et CME).

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

Les risques inscrits ont été réévalués par les équipes des urgences avec un réajustement des actions d'amélioration le cas échéant. Ainsi, l'établissement réexamine tous les 2 ans les risques significatifs non éliminés et ajuste ces actions qualité et gestion des risques avec actualisation du compte qualité, le PAQSS a été mis à jour en conséquence. La communication est faite auprès des professionnels du service (affichage, point mensuel), auprès des autres professionnels de l'établissement (lors de la journée qualité-risques) et auprès des instances (commission des urgences, commission EPP, COPIL qualité).

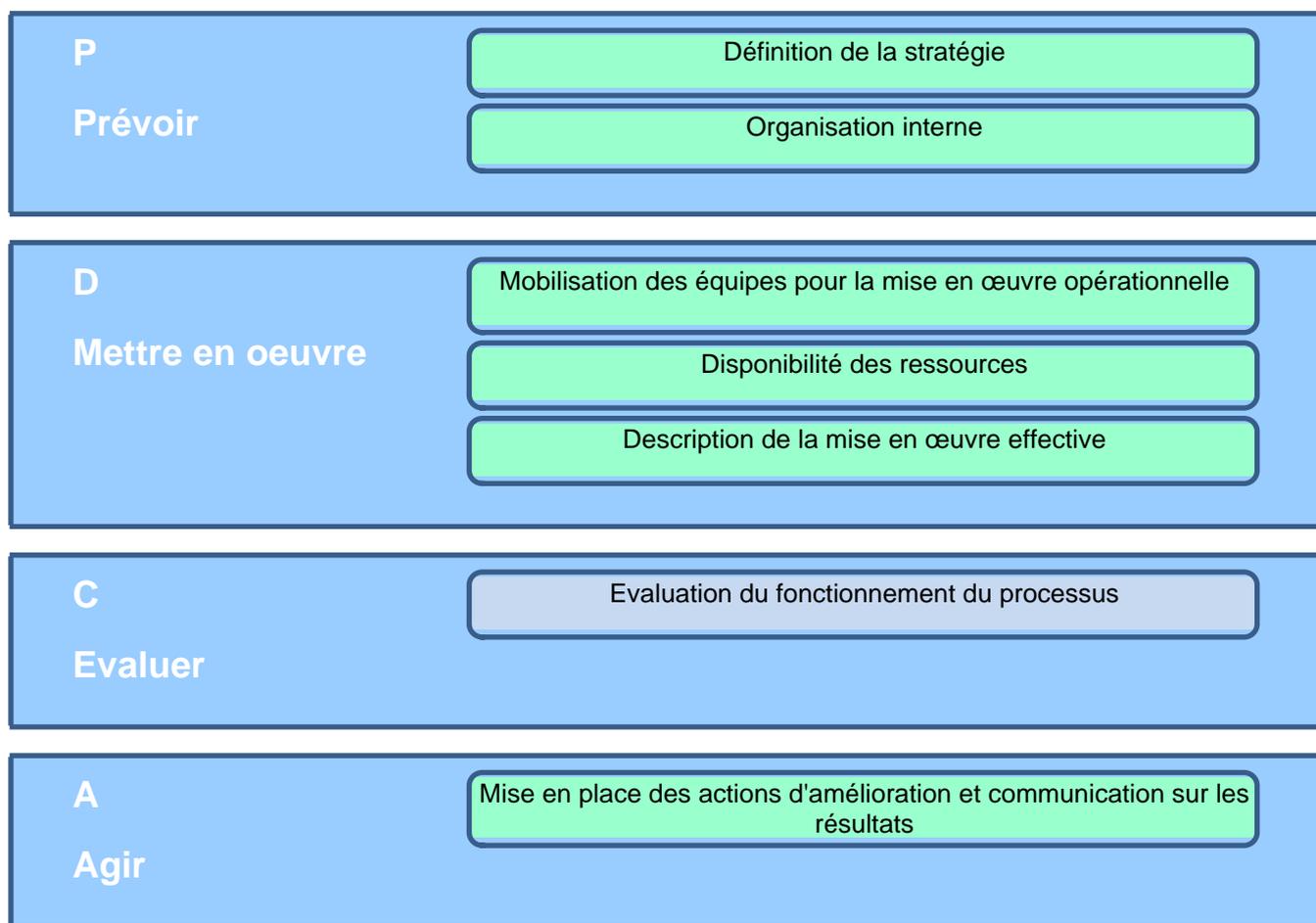
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité du bloc opératoire du l'hôpital Foch est répartie comme suit :

- 1 bloc central pluridisciplinaire au M-3 : 14 salles (10 000 interventions /an) avec à proximité une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) de 22 places : 12 000 passages / an dont 2500 patients passant une nuit en SSPI, et 200 passages / an ne relevant pas de la surveillance actes chirurgicaux ou acte interventionnel (USC ou réanimation).

- 1 bloc césarienne de 2 salles au sein du secteur salle de naissance : 768 actes / an avec 4 postes SSPI

Ces 2 blocs sont ouverts H24

- 1 bloc ophtalmo 1 salle : 1 200 actes /an (non vu, fermé pour travaux pendant la semaine de visite)

- 3 salles « radiobloc » (neurologie, coronarographie, radiologie interventionnelle) à proximité immédiate du bloc central : 200 actes /an

- 3 salles endoscopie digestive + SSPI 4 postes et 2 salles endoscopie urologie + SSPI 5 postes : 21 800 actes /an

- 1 salle AMP : 12 300 actes /an + 1 SSPI 1 poste

- 1 UCA de 16 postes à proximité du bloc central (liaison verticale)

Les spécialités suivantes exercent au sein des différents blocs : chirurgie urologique, neurochirurgie, gynécobstétrique, ORL, stomatologie, thoracique, vasculaire, ophtalmologie, endoscopies interventionnelles ORL et bronchiques, PMA, prélèvements d'organes et transplantation pulmonaires et rénales. L'établissement assure une prise en charge au bloc opératoire H 24, avec notamment une permanence des soins sur la neurochirurgie et l'urologie. 25 à 30 % des actes sont non programmés (< 48 h ou urgences immédiates). 38% de l'activité est assurée en ambulatoire. L'établissement ne réalise pas d'actes chirurgicaux en pédiatrie.

Une identification des risques pluri professionnelles, prenant en compte la réglementation, le suivi des certifications, l'activité ambulatoire, les IQSS sur la chirurgie ambulatoire, le dossier d'anesthésie, le signalement des événements indésirables, une cartographie du processus a été réalisée. 11 risques prioritaires sur l'UCA et 3 risques prioritaires sur le bloc central sont identifiés avec un plan d'action défini, des pilotes, un échancier et des modalités de suivi. L'établissement a présenté l'ensemble de la cartographie des risques dont les interfaces entre le bloc et la SSPI ou en lien avec l'hygiène. Néanmoins, les risques identifiés du bloc opératoire ne couvrent pas les risques de la SSPI en dehors de l'interface bloc et SSPI. Aucun risque n'a été identifié et priorisé sur la SSPI dans le compte qualité envoyé à la HAS et au cours de la visite.

Le plan d'action est articulé au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel assuré par le conseil de bloc instance dirigeante dont les missions et la composition sont définies. Il se réunit tous les 15 jours et par la commission des blocs opératoires dont les missions et composition sont également définies qui se réunit 3 à 4 fois par an. Il est également identifié un président de la commission de bloc, et un coordonnateur de l'UCA. Il existe des fiches de poste. L'établissement a formalisé le fonctionnement des blocs opératoires, UCA et SSPI dans des documents. La charte de fonctionnement du bloc central date de 2007 et a été mise à jour en 2019. Elle est validée en conseil de bloc et précise notamment la gouvernance, l'organisation générale, les flux, les locaux, les ressources humaines et la permanence des soins, les principes de fonctionnement et prise en charge des patients, les interfaces avec les autres services, les modalités de signalement des EI et les indicateurs. Par ailleurs, il existe une charte de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Elle décrit l'organisation générale de la structure les rôles et missions du médecin coordonnateur de l'UCA. Enfin, une charte de fonctionnement de la SSPI décrit son organisation, les ressources humaines la formation, les équipements et ses missions : classiques (surveillance post opératoire des patients du bloc central, du bloc radio ou des autres blocs en fin de journée), accueil des urgences vitales (détresse vitale d'une unité de soins, plan blanc), accueil de patients de réanimation en l'absence de place, accueil et préparation de transplantations pulmonaires et ses missions très spécifiques (accueil de patients pour échanges plasmatisques : greffés pulmonaires, rénaux, patients de médecine, neurologie. Conformément à la charte, la SSPI peut d'accueillir des patients relevant de l'USC, de la réanimation, des urgences vitales ou des plasmaphèreses. Les rencontres avec le management du bloc et les patients traceurs attestent qu'en semaine une dizaine de patients peuvent séjourner les nuits de semaine en SSPI. L'établissement fait le choix de garder ces patients en SSPI faute de place en USC ou en réanimation. La charte précise les modalités de prise en charge médicales. Les patients relevant de la réanimation sont admis sur l'UF de réanimation et pris en charge par le réanimateur de garde avec les IDE de la SSPI sur 4 postes dédiés « réanimation » en SSPI et accès au DPI de la réanimation. Les professionnels rencontrés ont précisé que des visites des proches étaient possibles et nécessitaient une organisation spécifique au cas par cas.

résultats cliniques

Il existe également une charte de la salle de naissance qui précise également les modalités de prise en

charge des parturientes avec les salles de césariennes et de SSPI du secteur avec une charte des médecins anesthésistes en maternité. L'établissement a prévu les ressources humaines pour le bloc central, le bloc césarienne, la salle de naissance, le bloc radiologique, la SSPI et l'UCA tant sur le plan du personnel médical, paramédical. Un plan de formation est également prévu en lien avec les spécificités du bloc opératoire. Les procédures, protocoles sont accessibles sur la base documentaire institutionnelle. Le dossier d'anesthésie est en partie informatisé sur le logiciel : consultation pré-anesthésique et visite pré-anesthésique sont informatisées et intégrées dans le DPI, le per-opératoire (monitoring, prescriptions) est informatisé et intégré dans le DPI. Pour la SSPI, le monitoring et la surveillance IDE sont informatisées et les prescriptions et administrations sont sur un support papier dédié et spécifique sous la responsabilité du MAR pour les 24 premières heures, afin que cela puisse être transmis aux IDE des unités de soins. L'informatisation de la programmation opératoire est prévue avec une planification des interventions pour les chirurgiens et une programmation des interventions sur un autre logiciel, ainsi que des réunions de validation hebdomadaires pluri professionnelles de validation du programme opératoire. L'interface avec la SSPI, ainsi qu'avec l'unité d'UCA et d'UAPO (unité d'accueil préopératoire) est organisée et décrite dans les chartes. L'interface avec la stérilisation est prévue. Des check-list HAS sécurité du patient sont disponibles en support informatisées. En lien avec le service d'hygiène, les prélèvements afin d'assurer la conformité des salles opératoires sont organisés annuellement. Un dépôt de sang est disponible au sein du laboratoire de l'hôpital Foch (CG, Plaquette, PFC) avec une procédure de mise en réserve en lien avec l'EFS de Versailles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des plans d'actions spécifiques sur le bloc opératoire et l'UCA. Les professionnels du bloc opératoire sont sensibilisés par l'encadrement spécifique (IBODE, IADE, staff d'anesthésie, réunions pluridisciplinaire, conseil de bloc....). Les professionnels sont mobilisés sur les risques prioritaires comme sur les bonnes pratiques de la check-list. L'encadrement et les chefs de service s'assurent de la conformité des pratiques. Les professionnels signalent les EI sur le logiciel institutionnel dédié. Des analyses des causes profondes sont réalisées de manière collective avec les professionnels en anesthésie et dans les services de chirurgie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité et à la sécurité anesthésique. La permanence des soins est également assurée en dehors des heures ouvrables. Sur la SSPI, il est prévu 7 IDE par jour, 4 IDE la nuit, 3 IDE le samedi matin et 2 IDE le reste du week-end. Les tableaux de garde (IADE, IBODE, MAR, chirurgiens, IDE SSPI...) sont disponibles de même que les plannings. Les professionnels sont formés et il existe des référents. La scopie est utilisée au bloc opératoire en urologie, en chirurgie vasculaire et en neurochirurgie. Les professionnels portent les équipements de radioprotection et la majorité des chirurgiens sont formés. Des IBODE ont leur formation à la radioprotection à jour. Toutefois, les IBODE du bloc central n'ont donc pas toutes leur formation à la radioprotection à jour alors même que, lorsqu'il est nécessaire d'utiliser un appareil émettant des rayonnements ionisants au bloc central, il n'était pas fait appel à un manipulateur en électro-radiologie (MER), c'est l'IBODE en charge de la salle qui installe la scopie et effectue un réglage « demi-dose ». Le chirurgien en charge du patient appuie sur la scopie. Il existe du temps dédié MER, mais les IBODE ne connaissent pas cette organisation. Ce risque est noté dans le rapport ASN (visite de juin 2018). Sur les 29 IBODES en poste, 17 IBODES sont à jour de leur renouvellement de formation radioprotection soit 58%. L'actualisation de la formation à la radioprotection des IBODE est prévue au plan de formation 2020-2021 pour les IBODE non encore formés. L'établissement envisage également, une fois la formation effectuée, l'encadrement de la contribution des IBODE concourant à des pratiques interventionnelles radioguidées en lien avec la décision n°2019-DC-0660 de l'ASN du 15 janvier 2019. Les documents actualisés sont disponibles sur la base documentaire (charte, document d'information patient, protocoles d'antibioprophylaxie...). Les locaux du bloc sont récents, ainsi que ceux de l'UCA (ouverts en 2019). Les salles opératoires sont équipées de manière uniforme, avec 2 robots dans des salles dédiées, et un scanner dans une salle dédiée à la neurochirurgie. Les locaux de la SSPI datent de 1974, sont également équipés en conformité avec du matériel de réanimation et des paravents fixes et amovibles. 1 salle isolée est dédiée pour l'accueil des patients transplantés et des plasmaphères. Des chariots d'urgences sont disponibles ainsi que des tiroirs dédiés (intubation difficile, intoxication aux anesthésiques locaux...). Un dispositif d'appel d'urgence centralisé est en place. La classification ISO des salles du bloc central, des salles de naissance, de radiobloc est en place et connue des professionnels. La gestion et la maintenance des équipements biomédicaux est prévue et organisée en lien avec le biomédical sur une GMAO.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre l'organisation décrite dans les différentes chartes. Le programme opératoire est validé le jeudi de la semaine n-1 par la cellule de coordination hebdomadaire. La régulation des urgences est assurée au quotidien par une IBODE dédiée conjointement avec un MAR dédié dans un bureau de régulation. Le programme opératoire est accessible aux professionnels du bloc

et des unités de soins une fois validé. Les circuits patients et professionnels sont distincts, en lien avec les risques identifiés. Il existe deux zones d'attente « circuit debout » et « circuit couché ». La consultation pré anesthésie (CPA) et la visite pré anesthésie (VPA) sont informatisées sur un logiciel dédié et accessible sur le DPI, de même que les consignes préopératoires. La check-list, la surveillance et les prescriptions per-opératoire sont informatisées, les prescriptions post-opératoires pour la SSPI et les 24 heures post opératoires sont sur un support papier dédié, comme cela a pu être constaté lors des patients traceurs. Compte tenu de l'augmentation d'activité ambulatoire, l'interface avec les différents secteurs est opérationnelle. L'interface est également effective avec le service des urgences, les unités de soins, la SSPI, la coordination hospitalière des prélèvements d'organes, la pharmacie, la stérilisation, le dépôt de sang, le service d'hygiène hospitalière, le biomédical... La qualification des salles est assurée par le service d'hygiène et les professionnels respectent le port des tenues et les règles d'hygiène. La traçabilité des actes, de même que celles des dispositifs médicaux, des vérifications d'identité, des ouvertures de salles, du bio nettoyage est effective. Les professionnels respectent les différents temps de la check-list. L'organisation décrite dans la charte de la chirurgie ambulatoire est respectée avec un circuit court, un circuit long. La programmation opératoire est validée conjointement. Les modalités d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire ainsi que les différents éléments permettant la continuité des soins sont mises en œuvre et tracées. Les appels à J-1 et J+1 sont également tracés avec la possibilité pour les patients de télécharger une application permettant s'ils le souhaitent répondre à ces questions via l'application. Ces données ont pu être confirmées lors des investigations patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont en place sur les différents blocs opératoires et sur l'UCA (audit check list, traçabilité de la VPA, suivi des ISO par spécialité, EPP sur l'installation des patients au bloc opératoire, RMM en anesthésie, en chirurgie, IQSS du dossier d'anesthésie et de la chirurgie ambulatoire...). L'établissement via le conseil de bloc et la commission du bloc suit également les indicateurs d'activité et de performance du bloc opératoire et de l'UCA. Un tableau de bord centralise ces données. En lien avec les résultats, des actions correctives sont mises en place.

A / AGIR

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

Les actions sont intégrées dans le plan d'action de l'établissement et la communication est assurée lors des réunions des professionnels, staff d'anesthésie, conseil et commission de bloc.

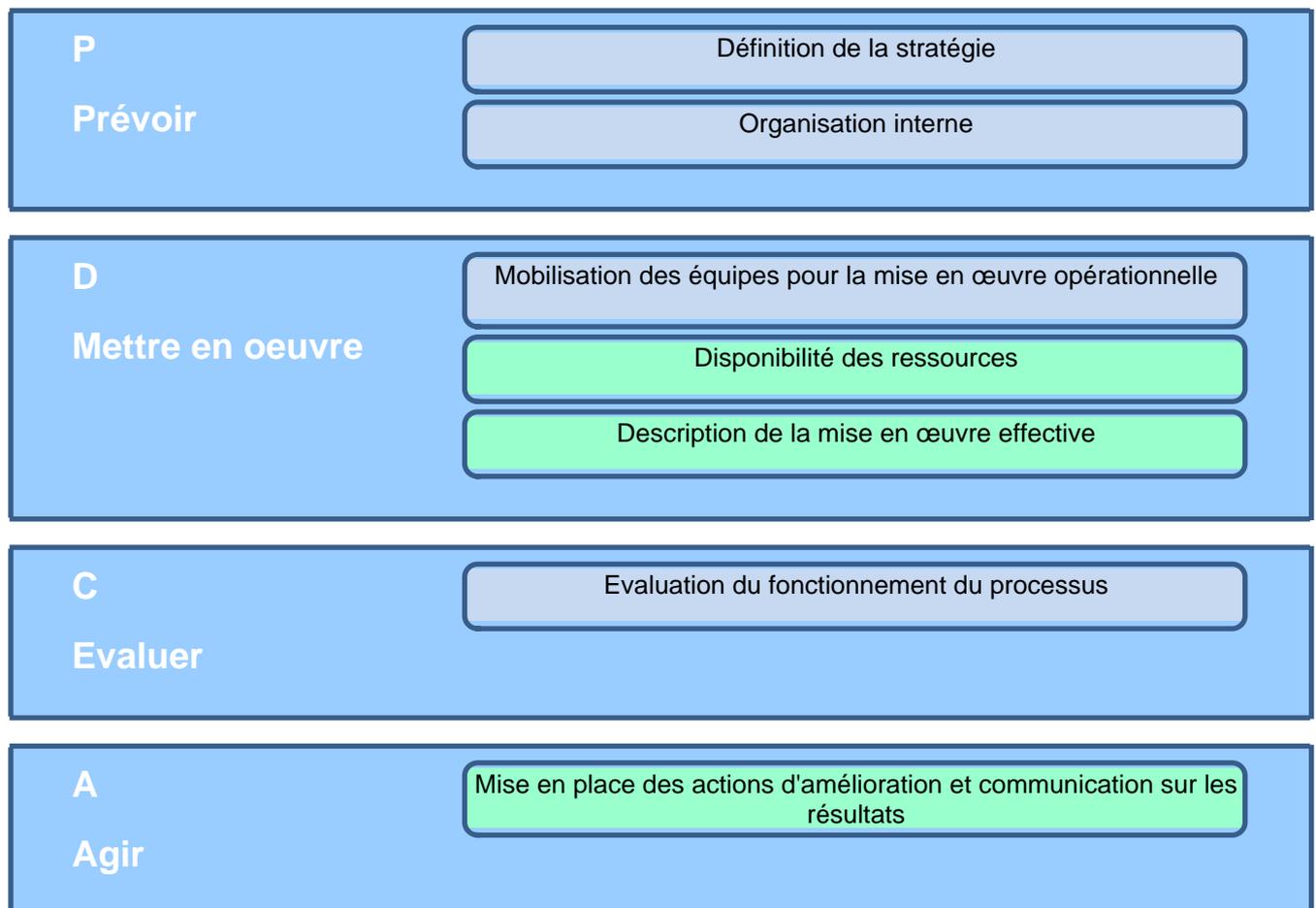
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service de médecine nucléaire a identifié ses besoins et analysé ses risques pour toutes les étapes de la prise en charge diagnostique. La description sous forme de processus de prise en charge du patient à toutes les étapes de la médecine nucléaire date de 2008 suivi d'une première analyse des risques effectuée en 2010, puis remise à jour 2014 pour la visite de Certification V2014. Elle a été revue en 2017 puis 2019 avec l'appui de l'équipe qualité. La politique et le système de management qualité du service ont été formalisés au regard de la réglementation, des autoévaluations, les inspections ASN, le recueil des événements indésirables et l'analyse d'ESR (événement significatif en radioprotection). Ainsi, plus de 80 risques ont été initialement identifiés puis hiérarchisés, permettant de prioriser régulièrement des risques. En 2019, 5 risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité. Le programme qualité de la médecine nucléaire est inscrit dans le PAQSS et le compte qualité. Il est défini dans la politique de prise en charge du patient en médecine nucléaire intégrée au projet stratégique d'établissement 2019-2022. La communication est établie en direction des instances qui ont validé le programme, et en direction des professionnels du service.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital Foch a établi une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus de prise en charge en médecine nucléaire. Les rôles et responsabilités des pilotes du processus sont identifiés, les missions sont décrites dans des fiches de postes (médecin nucléaire, radio pharmacien, personne compétente en radioprotection, personne spécialisée en radio physique médicale, encadrement, manipulateurs). L'organisation est décrite dans la charte de fonctionnement du service, et dans le plan d'organisation de la radioprotection et de la physique nucléaire. La charte décrit les ressources humaines et matériels répondant aux besoins de l'activité nécessaire en temps utile. Elle décrit également l'organisation des deux Tomographie par Emission de Positons (TEP) en GCS, et la sous-traitance avec le secteur privé pour le domaine de la physique médicale. Les plannings de l'ensemble des métiers de la médecine nucléaire sont établis à l'avance, connus et accessibles des professionnels ; un plan de formation est défini (formations constructeurs, formation des nouveaux arrivants par compagnonnage, formation continue...). Les matériels, locaux, équipements et système d'information sont organisés. Un plan d'organisation de la physique médicale est en place précisant l'inventaire, le plan de maintenance et de contrôle qualité des dispositifs du service de médecine nucléaire conformément à la réglementation. Le planning prévisionnel des contrôles est en place et la gestion des interfaces et des circuits est organisée afin de faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité en lien avec le service de médecine nucléaire.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les priorités qualité sécurité des soins du service de médecine nucléaire sont revues régulièrement au cours de la réunion annuelle qualité et des 3 réunions annuelles du service impliquant des représentants de toutes les spécialités du service. La cadre du service et les radio pharmaciennes assurent un retour aux professionnels sur les différentes démarches d'évaluation conduites (EPP, suivi des EI...) et sont les garants des bonnes pratiques en lien avec la cheffe de service et la direction de la qualité. Le suivi des EI spécifiques à la médecine nucléaire est organisé sous forme de bilan régulier (3 par an au cours des réunions de service) pour lesquelles l'encadrement du service réalise la mise en place d'actions correctives en cas d'écarts constatés. Une analyse méthodologique validée est réalisée uniquement pour les événements graves, par exemple les ESR (événements significatifs en Radioprotection) par le CREX institutionnel (il y a eu 1 analyse en 2018 et 1 analyse en 2019). La sensibilisation des équipes est effectuée par les staffs qualité une fois par an, et les 3 réunions de service annuelle, permettant de valider et suivre les actions d'amélioration définies en équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources répond aux exigences de la réglementation. Tous les professionnels répondent aux exigences de compétences liées à la discipline. Les compétences sont mises à disposition : effectifs suffisants, mise en œuvre de formations adaptées, notamment formation à la radioprotection des patients et des personnels. Les pratiques professionnelles répondent aux références de la discipline. Les documents et procédures actualisés décrivant les étapes de la prise en charge du patient et l'utilisation des équipements sont mis à disposition des professionnels et sur la gestion documentaire institutionnelle informatisée. La réactualisation est effectuée et tient compte de la veille réglementaire, des évolutions des équipements et des pratiques professionnelles. Les locaux sont conformes et adaptés. Ils

sont délimités par zonage (zone froide et zone chaude) avec un affichage visible adapté pour les professionnels et les patients, et présent dans tous les secteurs concernés du service. Le service est équipé de locaux de décantation des déchets à risque radioactifs et dispose du matériel nécessaire au suivi d'exposition aux rayons ionisants et à la radioprotection des professionnels (dosimètres, bagues, boucliers, seringues plombées, etc...). Les bons de demande d'examens sont en cours d'informatisation (utilisation du logiciel de demande d'imagerie en cours de test). Le service comprend comme matériels de scintigraphies (deux gamma caméras) exploités en interne et deux TEP en GCS.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Toutes les demandes d'examen sont centralisées au secrétariat d'accueil du service de médecine et validées par un médecin nucléaire qui s'assure de la justification et de la prescription. Elles sont ensuite triées par ordre de priorité. La régulation des activités par la cheffe de service et le cadre du secteur, se fait en lien avec le radio-pharmacien, le radio-physicien, le médecin nucléaire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.). Des documents informatifs concernant les recommandations à suivre pour le bon déroulement de l'examen sont transmis au patient avec le recueil de son consentement. Des consignes sont affichées concernant les précautions particulières à prendre en cas de suspicion de grossesse. Les patients sont accueillis dans le service où la vérification de leur identité est réalisée selon les bonnes pratiques d'identification tout au long de leur prise en charge. Le patient suit un circuit établi avec différentes zones identifiées et sécurisées selon les normes de radioprotection connues des professionnels. Le circuit des produits radio pharmaceutiques répond à la réglementation depuis la commande jusqu'à leur élimination (traçabilités, vérifications, décroissance radioactive...). La délivrance des radio-pharmaceutiques à administrer est réalisée en seringue nominative prête à l'emploi, sous contrôle du radio pharmacien présent lors des plages horaires d'activité du laboratoire chaud de radio pharmacie. Les règles d'administration sont respectées et la traçabilité de l'administration est réalisée en regard de la prescription informatisée. Les images sont validées par le médecin. Le compte rendu contient, conformément à la réglementation, le report des doses administrées ainsi que les informations dosimétriques patient, et est validé par le médecin nucléaire. Il est adressé au prescripteur et intégré dans le dossier du patient. Les procédures et circuits établis sont respectés. Les instances sont opérationnelles : le comité de radioprotection, les réunions de service, les actes, vérifications et les comptes rendus de réunion sont tracés. La traçabilité concernant la gestion des déchets radioactifs est réalisée et conforme à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service de médecine nucléaire assure des évaluations périodiques avec un recueil et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs (données d'activité, délai de rendez-vous, taux de rendez-vous non honorés, taux de mauvaise préparation du patient) sous forme de tableau de bord. Il réalise en continue des EPP (autour de l'organisation du service) dont certains sont valorisés en programme DPC (améliorer la préparation des médicaments radio pharmaceutiques). Un bilan annuel des déclarations des EI suivi par la médecine nucléaire est réalisé en lien avec la qualité, dont l'ESR (événement significatif de radioprotection) analysé en CREX institutionnel en 2019. Suite aux différentes actions d'évaluation conduites par le service de médecine nucléaire, à l'analyse de l'ESR en CREX institutionnel, à la priorisation des risques et aux EPP ; des actions d'amélioration sont mises en place.

A / AGIR

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

Les actions d'évaluation sont déclinées en mode projet (action, objectifs, date de début et de fin, pilote désigné, suivi d'avancement). Ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. La communication auprès des professionnels est assurée via les réunions de service. Un bilan du PAQSS du compte qualité est réalisé régulièrement. Les résultats et les actions sont communiqués aux professionnels du service (au cours des réunions de service) et aux instances (COVIRIS, COPIL qualité, CME...).

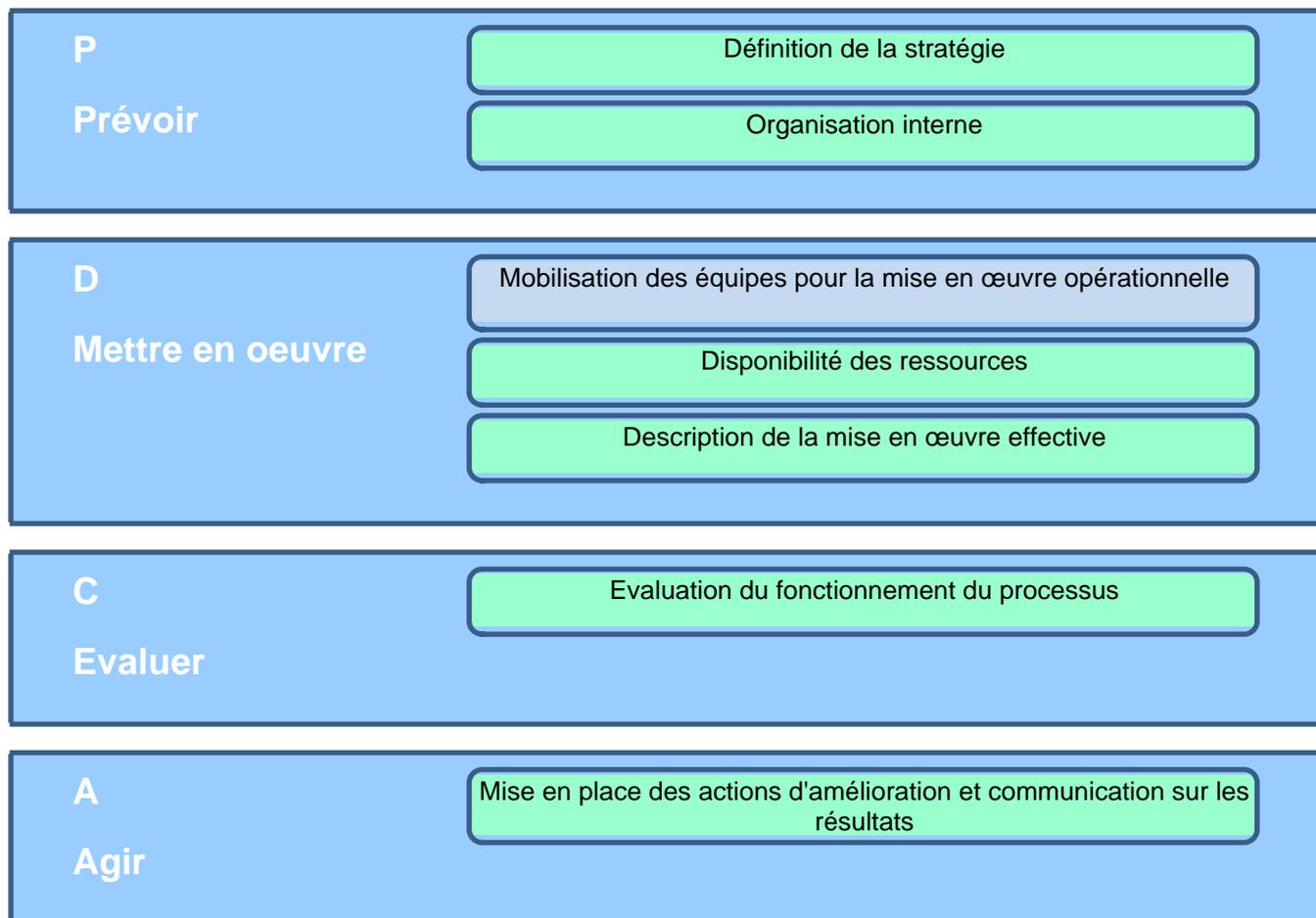
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Foch a mis en place en 2014 un plateau technique d'imagerie interventionnelle (« Radiobloc ») regroupant les activités de neuroradiologie, de cardiologie et radiologie interventionnelles avec une quatrième salle dédiée à la pose d'accès veineux centraux gérée par l'équipe de radiologie. La Politique Qualité et sécurité des soins en Imagerie interventionnelle est définie et formalisée en lien avec la Politique Qualité institutionnelle et avec le projet stratégique d'établissement 2019-2022. L'analyse et la hiérarchisation des risques concerne les activités d'imagerie interventionnelle au « radiobloc ». Cette analyse des risques du « radiobloc » a été réalisée en 2015, mise à jour en 2017 puis 2019, notamment dans le cadre du suivi des actions, revue des niveaux de maîtrise, intégration de nouveaux risques. Cette analyse méthodologique tient compte des processus interventionnels de radiologie, cardiologie et neuro-radiologie au sein du plateau technique, des déclarations d'incidents et de leur analyse, de la visite de Certification HAS et des recommandations de l'ASN. Ainsi, 7 risques ont été hiérarchisés par une méthode validée et définie en lien avec l'équipe qualité. Les risques identifiés ont été intégrés à la cartographie des risques avec un programme d'actions prioritaires suivi sous forme projet. Ce programme a été présenté aux professionnels du « radiobloc » et aux instances institutionnels (COPIL qualité, CME). Toutefois, le secteur d'imagerie interventionnelle n'a pas identifié l'ensemble de ses processus à risques. L'établissement n'a pas identifié l'ensemble des secteurs d'activité d'imagerie interventionnelle et analyser l'ensemble des processus associant toutes les spécialités concernées par cette activité ; en effet l'analyse et la hiérarchisation des risques concerne les activités d'imagerie interventionnelle au « radiobloc ». Les secteurs d'activités au bloc central sous scopie fixe ou mobile (chirurgie vasculaire, neurochirurgie, urologie), les processus sous anesthésie générale au « radiobloc », et le passage en SSPI (SSPI commune avec le Bloc central) ne sont pas identifiés. Ainsi, l'analyse et la hiérarchisation des risques ne concernent pas les secteurs hors « radiobloc » et n'ont pas impliquées les spécialités concernées du bloc central ni l'anesthésie.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes sont identifiés avec une fiche de poste. Il s'agit du chef de service d'imagerie interventionnelle, du chef de service de cardiologie interventionnelle, du chef de service de neuroradiologie, et le cadre supérieur d'imagerie. Le support méthodologique et l'accompagnement sont assurés par un membre de l'équipe Qualité. Les responsabilités et les missions pour l'imagerie interventionnelle sont définies. La programmation et la planification des actes sont organisées avec une réunion hebdomadaire pour la mise en place du programme opératoire de la semaine suivante. Le suivi du programme opératoire au quotidien est structuré. Ce sont les manipulateurs, le cadre du « radiobloc » et les médecins présents par spécialité qui en assurent la responsabilité. La permanence des soins médicale et para médicale est définie sous forme d'astreinte. Les missions de chaque responsable sont identifiées. Les professionnels ont les qualifications adéquates pour assurer les activités et les fiches de poste adaptées au cadre de compétence de chaque professionnel sont disponibles. Un plan de formation annuel, institutionnel est mis en place ; ce plan comprend notamment les formations continues en radioprotection suivies de façon régulière par les PCR. La gestion des événements indésirables est organisée et centralisée par la direction qualité, les EI significatifs sont analysés en RMM de cardiologie ou neurochirurgie ou par le CREX institutionnel notamment pour les EI de radiologie. L'accueil des nouveaux arrivants est formalisé par compagnonnage, et par tutorat pour les MER et aides-soignants du plateau technique. Les locaux du « radiobloc » sont organisés pour permettre le respect des bonnes pratiques. Les équipements sont en nombre suffisants pour atteindre les objectifs fixés notamment avec une volonté d'avoir des équipements identiques pour chaque salle afin de permettre la mutualisation du personnel et la possibilité pour les 3 spécialités de changer de salle en cas d'urgence ou de fermeture pour maintenance. Les différents équipements pour la radioprotection des travailleurs sont prévus. Les modalités de gestion des équipements et les contrôles de la dosimétrie active sont assurés. La maintenance préventive et curative des différents appareils est organisée, les programmes sont planifiés, et le suivi est prévu. Le Système d'Information est organisé, il est intégré pour partie au système d'information hospitalier. La neuroradiologie utilise un outil informatisé, la cardiologie réalise un compte-rendu avec les consignes qui est imprimé et est accessible dans le dossier informatisé d'archivage, la radiologie utilise un document papier manuscrit qui est agrafé sur l'enveloppe du dossier patient et l'anesthésie utilise un autre document papier manuscrit qui est dans le dossier d'anesthésie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la

démarche institutionnelle. Sur le terrain, ce sont le cadre et les médecins d'imagerie interventionnelle qui sont responsables de l'application des bonnes pratiques. La sensibilisation régulière des professionnels à la démarche qualité /sécurité est assurée par la rédaction du processus générale, de la charte de fonctionnement, des procédures, l'élaboration de la cartographie des risques, par la participation médicale aux RMM dans les secteurs concernés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les professionnels sont mobilisés sur les objectifs et les actions de façon régulière au moment du staff qualité annuel et lors des réunions de service avec les professionnels paramédicaux. Ils sont ainsi informés sur les résultats des évaluations périodiques (audits, RMM, suivi d'indicateurs...) et du suivi des actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au sein du « radiobloc », toutes les ressources humaines nécessaires sont mobilisées (tableau de gardes et d'astreinte disponibles). Le nombre et les compétences des professionnels rencontrés sont en adéquation avec l'activité réalisée. Les professionnels ont été formés à la double radioprotection, au système informatique...Les ressources humaines nécessaires à l'activité et la permanence des soins sont disponibles ; et sont précisées dans la charte de fonctionnement. Les documents de la gestion documentaire sont mis à disposition et accessibles aux professionnels et des documents spécifiques sont disponibles pour les patients. Les ressources matérielles sont contrôlées selon la réglementation. Le matériel pour assurer la protection des professionnels et des patients est disponible (équipement individuel de protection, dosimétrie active et passive, contrôles effectués). Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation des activités. Les équipements et le matériel est mis à disposition: les professionnels portent les dosimètres passifs et opérationnels ; et les protections plombées réglementaires. Le suivi de la dosimétrie est réalisé. Le risque de surexposition d'un patient aux rayonnements ionisants est suivi; les niveaux d'alerte relatif à la dose reçue par le patient sont relevés et suivis pour chaque acte. Les outils informatiques disponibles sont opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre effective de la prise en charge du patient dans le « radiobloc » se déroule selon l'organisation prévue. Les réunions de régulations et l'intégration des urgences sont effectives. Les éléments de sécurisation de la prise en charge pour la prise en charge du patient sont retrouvés mais l'existence de plusieurs supports ne permet pas toujours d'avoir accès aux informations en temps utiles. Les vérifications sont réalisées par les aides-soignants à l'accueil et les manipulateurs lors de la prise en charge avec les fiches d'ouverture de la salle effectuée (contrôle qualité et réglage des appareils), les contrôles d'identitovigilance, du dossier patient, des allergies et de la fonction rénale. La traçabilité nécessaire à la sécurisation et au suivi des prises en charge sont retrouvés (traçabilité des actes réalisés, des appareils utilisés, des doses de rayonnements ionisants retrouvés dans le compte-rendu médical). La check-list sécurité informatisée est retrouvée dans le dossier; la traçabilité du bionettoyage est réalisée. La traçabilité des DMI, du traitement de l'eau, de l'air, des surfaces sont retrouvés

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques ont lieu sous forme d'EPP (RMM en neurochirurgie et cardiologie, prise en charge des VAC et de l'IDM, pertinence des prescription d'IRM pour les patients de neuroradiologie interventionnelle). Les médecins de radiologie interventionnelle et de neuroradiologie participent régulièrement aux RCP. Les évaluations et les actions d'amélioration qui en découlent sont suivi régulièrement en réunion qualité annuelle et en réunions de service sous forme de tableau de bord avec indicateurs. Un bilan annuel est réalisé. Toutes les évaluations réalisées sont structurées et organisées sous le pilotage de l'équipe du « radiobloc » en lien avec l'équipe qualité. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre à partir des évaluations réalisées.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du compte qualité sont suivies et ont permis de sécuriser le circuit patient (exemple: amélioration de la prise en charge pour un IDM et accessibilité au « radiobloc » en urgence). Toutes ces actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. La communication de ces actions d'amélioration auprès de professionnels se fait lors de la réunion qualité annuelle et des réunions de service, et sont communiquées aux instances (COPIL qualité, comité de radioprotection, CME...).

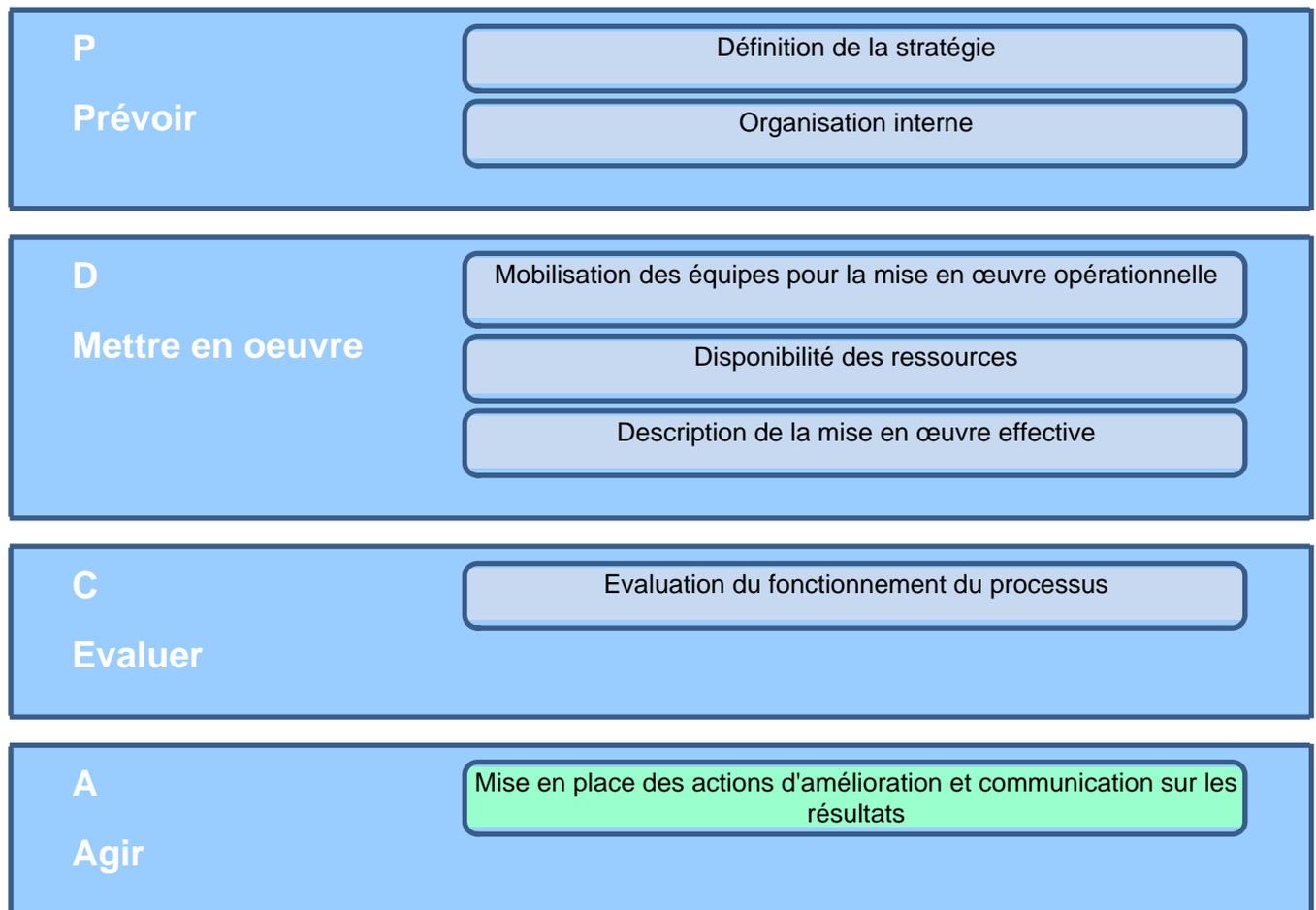
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital Foch réalise des endoscopies de différents types (digestive, urologique, bronchique, ORL, cardiologie), qui se font en ambulatoire, en consultations ou au bloc opératoire selon le type et centralisées sur des secteurs formellement identifiés.

Une politique institutionnelle à l'échelle de l'ensemble de l'établissement, décrivant l'ensemble de l'activité d'endoscopie, a été formalisée. Une cartographie des risques a été élaborée par les pilotes de la thématique, en lien avec les professionnels de terrain sur l'ensemble des secteurs d'endoscopie, en concertation avec la direction qualité et englobant différents entrants : audits internes, certification V2014, résultats d'indicateurs, veille réglementaire. Des risques ont été identifiés et hiérarchisés en fonction de leur criticité. Les risques prioritaires ont été intégrés au Compte qualité de l'établissement et font l'objet de plans d'actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

Une commission des endoscopies a été créée, pour piloter l'activité d'endoscopie, intégrant des membres médicaux et paramédicaux de chaque secteur où est réalisée l'endoscopie : maladies respiratoires, ORL, urologie, digestif et cardiologie. Elle est sous la responsabilité des pilotes de la thématique endoscopie. Le fonctionnement du comité de pilotage est formalisé, au travers d'une charte d'endoscopie, décrivant un management opérationnel commun au niveau de l'établissement. Les interfaces endoscopie/ biomédical, stérilisation, laboratoires sont formalisées. Les actions d'amélioration sont programmées et suivies par le conseil d'endoscopie. Un partenariat étroit est engagé entre ce conseil et l'EOH pour tout ce qui concerne les problématiques d'hygiène en endoscopie. L'EOH accompagne les professionnels dans la gestion du risque infectieux sur l'ensemble de l'activité endoscopie. La surveillance microbiologique des endoscopes et de l'eau du LDE est effectuée selon un calendrier établi, en lien avec l'EOH et les pilotes, en cas de résultat non conforme entre autres. Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés avec des IDE/AS dédiés à cette activité. L'organisation pour l'endoscopie faite en dehors des heures d'ouverture (la nuit et les week-end) est prévue, connue et opérationnelle. Les besoins en formation sont identifiés. Un plan de formation institutionnel existe pour les agents d'endoscopie avec des formations spécifiques qui leur sont proposées de manière régulière. Le parc des endoscopes est suivi par l'intermédiaire de documents propres à l'activité, partagés avec le biomédical. La traçabilité des actes est effective. Les besoins en ressources documentaires (information patient, procédures d'hygiène), support sont identifiés. Les procédures sont élaborées. Les documents sont ordonnés dans la GED institutionnelle et disponibles pour les professionnels. Ces protocoles sont gérés par les pilotes de la thématique, en lien avec l'EOH pour tout ce qui concerne les risques infectieux, le matériel et la surveillance microbiologique des instruments. Tous les manuels des fabricants d'utilisation et de désinfection des endoscopes sont présents en format papier au niveau des plateaux techniques d'endoscopie et sont disponibles en temps utile pour les professionnels du secteur. Des documents sont harmonisés pour l'ensemble de l'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes impulsent la dynamique d'assurance qualité auprès des professionnels par des échanges réguliers d'informations. Les équipes réalisant des endoscopies connaissent les objectifs institutionnels et mettent en œuvre les actions définies suite à la réalisation de la cartographie des risques et des priorités établies. Elles participent à l'élaboration de la documentation spécifique à cette activité. L'EOH s'assure du respect des bonnes pratiques en lien avec les différentes spécialités afin de tenir compte des recommandations nationales. Plusieurs audits ont été effectués en lien avec le secteur de la qualité et de l'hygiène. Les résultats de ces évaluations ont permis aux pilotes à réajuster leurs pratiques, par sensibilisation des professionnels, lors d'échanges oraux ou lors de réunions (réunions cadres). Le suivi des EI est assuré, avec implication des professionnels qui connaissent le dispositif de déclaration des dysfonctionnements. De même, des CREX et RMM sont organisés en lien avec la chirurgie ou le bloc opératoire, en fonction des problématiques. Des actions sont définies et intégrées au plan d'actions pour cette thématique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les secteurs d'endoscopie disposent des locaux et des équipements adaptés à leurs activités au regard des risques identifiés. Les endoscopies sont réalisées par des professionnels dont les compétences sont adaptées, leur effectif permet d'assurer les prises en charge d'endoscopies programmées, d'endoscopies d'urgence, d'endoscopies sous anesthésie générale. Les ressources en compétences infirmières et aide soignantes sont identifiées. La régulation des activités est effectuée par les cadres des secteurs, en

collaboration avec les équipes soignantes. Le cadre s'assure que les compétences nécessaires sont présentes à l'ouverture de l'activité. Pour les endoscopies réalisées au bloc opératoire, la régulation se fait par le programmeur du bloc. Les principales zones des secteurs d'endoscopie sont définies. Les locaux sont adaptés à l'activité. L'établissement a créé un plateau centralisé de décontamination des endoscopes pour la pneumologie et l'ORL. A court terme, l'ensemble de l'activité technique de décontamination sera centralisé, en y intégrant l'urologie et la gastro-entérologie. Le local est propre, vaste, éclairé et ventilé avec des hottes et des éviers à récupération des vapeurs d'acide. Les accès y sont sécurisés par badge. Il comprend 2 paillasses semi automatisées. Les agents disposent de 2 LDE double cuves et 4 ESET qualifiées à 7 jours. En prévision de l'intégration des autres activités, 2 autres LDE et 3 autres ESET seront installées. Les circuits propres / sales sont respectées, avec des endoscopes sales emballées dans bacs spécifiques et identifiés comme tels. Le personnel a à sa disposition des EPI pour pouvoir travailler en sécurité et est régulièrement formé à leur utilisation. Pour les autres secteurs non encore centralisés, il y a dans chacun un local de décontamination dédié, avec le matériel adéquat, le personnel formé et des circuits conformes. Les protocoles de traitement/désinfection sont connus et appliqués, en fonction du type d'endoscope et du type de désinfection. Ils sont mis à jour par l'EOH en lien avec les agents du secteur, qui sont formés à leur mise en œuvre. L'actualisation des connaissances des IDE et AS de l'endoscopie est organisée. Un plan de formation interne, notamment par rapport aux problématiques de l'hygiène, existe. Le parc de matériel est entretenu en lien avec le service biomédical. Les carnets de vie des endoscopes sont tenus à jour et permettent de remonter au patient qui a subi l'acte. Les documents et mode opératoires relatifs à l'endoscopie sont mis à disposition des professionnels et ils sont disponibles et mis à jour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les différents secteurs d'endoscopie ont organisé leur parcours patient. La coordination entre les professionnels est assurée via le dossier patient. La cellule de programmation du bloc valide les programmes d'endoscopie au bloc. Au niveau des secteurs de consultation gastroentérologie et pneumologie la prise en charge des patients externes ou hospitalisés nécessitant une endoscopie sans anesthésie est organisée. Le consentement du patient est recherché et tracé, intégré au dossier patient, via des supports spécifiques institutionnels. Des outils d'information du patient sur les risques liés à l'endoscopie, notamment digestive, lui sont proposés. Le matériel d'endoscopie est vérifié et tracé. Les références du matériel utilisé sont tracées dans le dossier patient et restent disponibles dans le secteur d'endoscopie (carnets de vie des endoscopes). Les différentes maintenances sont assurées et tracées. Les vérifications identitaires et leurs traçabilités sont effectuées. La traçabilité de l'utilisation, du nettoyage et de la désinfection des endoscopes est assurée dans tous les secteurs. Les interfaces entre le secteur d'endoscopie, l'EOH, et le biomédical sont opérationnelles. Les contrôles microbiologiques sont effectués avec un suivi bactériologique régulier et au retour d'un appareil en réparation. Le contrôle bactériologique des cuves et filtres est effectué. La check-list « Endoscopie » est mise en œuvre et évaluée. La notion de risque de maladie de Creutzfeldt-Jakob est tracée. Elle est réalisée sur un formulaire papier harmonisé pour les patients en externe et intégré au dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont définis et suivis par les pilotes de la thématique et le conseil d'endoscopie, comme par exemple le nombre de professionnels formés, le taux de conformité des prélèvements microbiologiques des endoscopes, le nombre d'actes réalisés par spécialités, la traçabilité des endoscopes, le nombre d'EI, le nombre de patients reportés. Les pilotes du processus suivent les déclarations d'événements indésirables des secteurs en lien avec le service qualité et lors des réunions du conseil. Des CREX sont mis en place et des RMM sont proposées dans le cadre d'événements indésirables graves. Des audits et évaluations régulières sont menées en collaboration avec l'EOH (audit du GREPHH...). Par exemple, suite aux différents audits menés (GREPHH) il y a eu la mise à jour de certaines procédures (traitement manuel, fonctionnement du LDE), la formation des agents en charge de la désinfection du matériel, la révision de certaines étapes du circuit du transport vers les lieux de traitement... De plus, les résultats des évaluations et les risques identifiés dans la cartographie permettent de définir des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité est effective sur toute l'activité d'endoscopie. Un plan

d'actions d'amélioration a été mis en place. La commission des endoscopes assure le suivi et le calendrier de mise en œuvre de ces actions. Les résultats des actions sont communiqués aux professionnels de l'endoscopie, en commission et aux instances en charge de la qualité.

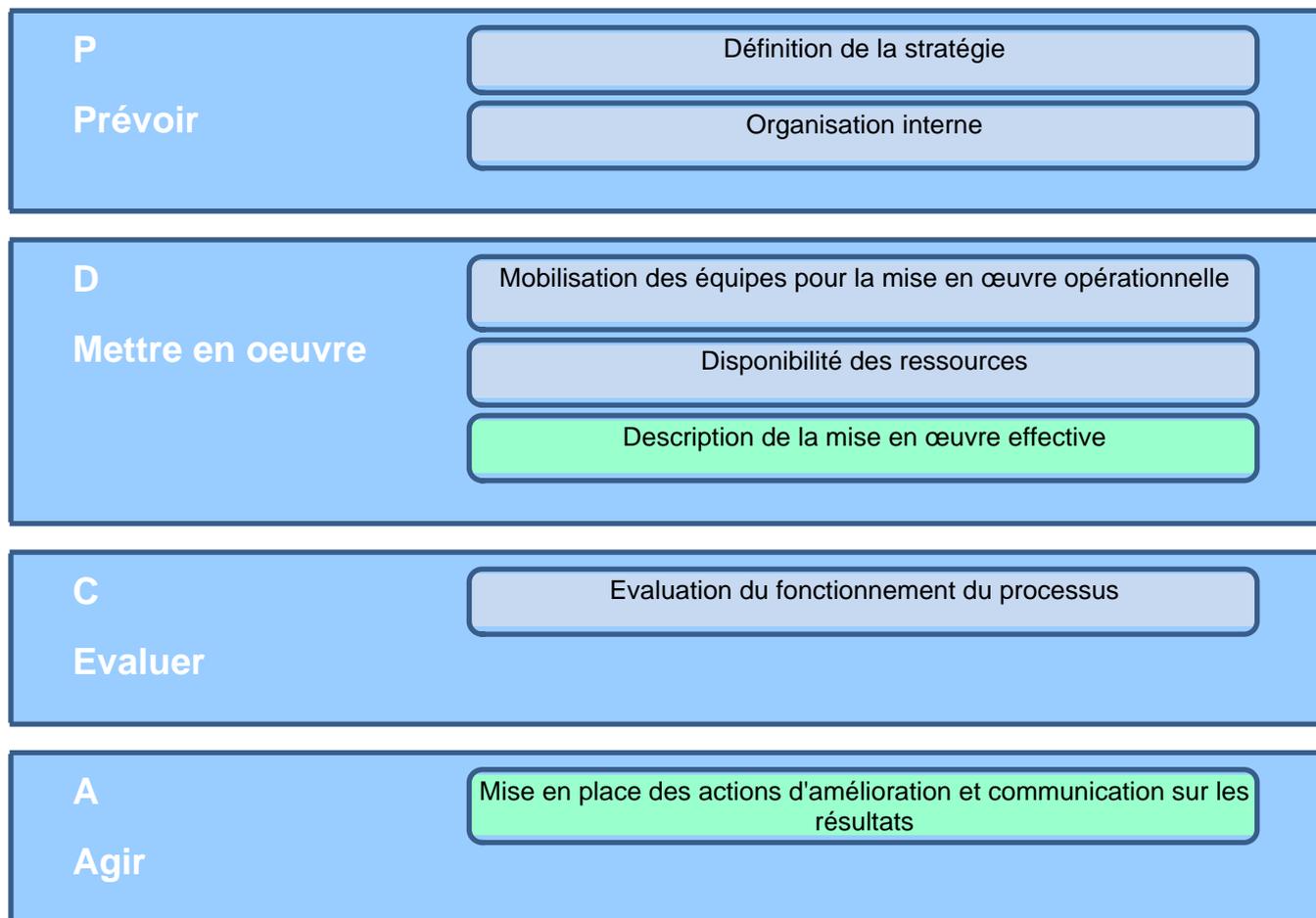
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité de l'hôpital Foch a réalisé 3386 accouchements en 2018. Il s'agit d'une maternité de niveau IIB (service de néonatalogie-soins intensifs) qui s'inscrit dans le réseau périnatalité 92 avec des maternités de recours niveau III. Elle adhère également à la cellule de transfert Ile-de-France (in utero ou nouveau-né). Elle est centre de référence pour la prise en charge d'hémorragies de la délivrance. Les locaux comprennent une salle d'attente dédiée, une zone d'accueil des urgences gynéco-obstétricales (14 200 passages /an en 2018) de 3 postes, de 9 salles pour la surveillance du travail, l'accouchement et la surveillance de post-partum immédiat. Il existe également 1 salle dédiée aux soins et à la réanimation du nouveau-né, 1 bloc obstétrical de 2 salles dédiées aux césariennes (programmées et en urgence) avec une SSPI de 4 postes. La salle de naissance est située au niveau M-2 de l'établissement, avec attenant un service de suites de couches physiologique et de grossesse pathologique de 28 lits. Il existe également un service de gynécologie et de suite de couches pathologiques au M-0 de 31 lits. Le service de néonatalogie de 18 lits est attenants (6 lits de soins intensifs, 6 lits de néonatalogie, 6 lits kangourous).

Une stratégie et des objectifs sont définis dans un document « prise en charge d'une parturiente et de son nouveau-né en salle de naissance ». Le secteur a réalisé une identification des risques prenant en compte les événements indésirables, la réglementation, les plaintes et réclamations, les évaluations nationales et internes... Les risques ont été priorisés selon la méthodologie HAS, de manière pluri professionnelle (obstétriciens, sages femmes, pédiatres, MAR, encadrement). 6 risques prioritaires ont ainsi été identifiés. Un plan d'action est en place avec pilotes, échéanciers et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du secteur est décrite dans la charte de fonctionnement de la salle de naissance qui date de 2015, et mise à jour régulièrement. Cette charte précise notamment le pilotage du secteur, les locaux et équipements nécessaires, les ressources humaines avec fiches de postes, la permanence des soins, les circuits de prise en charge des patientes et des nouveaux nés, la gestion de l'activité, la prise en charge des urgences et un volet spécifique sur la prise en charge du nouveau-né. Cette charte précise également les interfaces avec le service de néonatalogie, l'hygiène, la pharmacie, le dépôt de sang, la stérilisation, le signalement des événements indésirables, et les modalités de suivi des indicateurs. Cette charte est complétée par une charte des médecins anesthésistes en maternité qui précise l'interface salle de naissance–bloc–SSPI. Les ressources humaines sont adaptées à l'activité. Une garde sur place est dédiée pour l'obstétricien, l'anesthésiste, le pédiatre, avec un interne en obstétrique, en anesthésie et un IADE. Sont d'astreinte un obstétricien et un radiologue pour l'embolisation. Des périodes d'intégration des nouveaux arrivants sont prévues, ainsi que des formations institutionnelles et des formations spécifiques. Les locaux sont adaptés à l'activité. L'équipement nécessaire à la surveillance et la prise en charge maternofoetale est prévu : monitoring adulte, contrôle du Rythme Cardiaque Foetale (RCF), échographes, appareil de biologie délocalisée, matériel de réanimation adulte et du nouveau-né, chariot HDD. Il existe un plan de maintenance préventive et curatives en lien avec le biomédical. Les procédures relatives à la salle de naissance sont intégrées dans la gestion documentaire institutionnelle. Il existe un système d'archivage spécifique des dossiers les rendant accessibles. Le dossier du suivi de grossesse est informatisé, le partogramme est en support papier, et le post partum est informatisé, de même que le dossier du nouveau-né. La check-list est informatisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus sont en charge de l'information des professionnels sur les risques et actions d'amélioration. Ils s'assurent du respect des bonnes pratiques. La communication est assurée via de nombreuses réunions pluridisciplinaires (relèves, staff hebdomadaire du lundi, staff césarienne, « spot anesthésie », staff pédiatrique, staff psycho-social, staff maladies maternelles et grossesse, réunions de pôle...). Les professionnels signalent les événements indésirables et des RMM pluridisciplinaires sont en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins sur la salle de naissance est assurée, ainsi que sur les 2 secteurs d'hospitalisation et la néonatalogie. Des tableaux de garde et d'astreinte sont disponibles. En lien avec les risques identifiés les professionnels sont formés avec un développement des formations par simulation au sein de l'établissement. Les locaux récents sont adaptés à la prise en charge des parturientes, des nouveaux nés avec une salle d'attente pour les urgences gynéco-obstétricales, une salle d'accueil et d'orientation, 3 salles d'examen et 9 salles de surveillance et d'accouchement dont une salle nature

équipée d'une baignoire. 1 salle dédiée permet la prise en charge et la réanimation du nouveau-né (3 postes) avec incubateurs, tables chauffantes, matériel de surveillance et de réanimation, échographe, biologie délocalisée.... 2 salles de césarienne et 1 SSPI de 4 postes sont dans l'enceinte de la salle de naissance. Les salles sont équipées de manière uniforme. Des chariots d'urgences sont disponibles ainsi qu'un système d'appel centralisé en cas de césarienne code rouge. Des armoires médicamenteuses sont en place dans les zones réservées, ainsi que des enceintes réfrigérées pour les médicaments thermo sensibles. Les professionnels ont accès aux documents spécifiques sur la base documentaire, ils ont participé à la rédaction. Un dépôt de sang est disponible au laboratoire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le suivi de grossesse est assuré sur support papier et accessible sur le dossier informatisé de l'établissement. Le dossier papier regroupe l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge de la patiente. Il est accessible dans des armoires sécurisées au sein de la salle de naissance. Il comprend entre autre le projet de naissance s'il a été formalisé. Un passeport regroupant l'ensemble des informations nécessaires est remis à la parturiente dès la première consultation. Une consultation anesthésie est réalisée systématiquement au 8ième mois de grossesse. L'accueil de la parturiente est réalisé via un parcours spécifique avec des ascenseurs dédiés. L'accueil, l'enregistrement, la prise des constantes et le motif d'admission est réalisée par l'IDE en charge de l'accueil avant la prise en charge spécifique par la sage-femme ou l'interne selon les modalités décrites dans la charte. L'orientation en salle d'accouchement est ensuite réalisée. Les différents actes, examens sont tracés sur le dossier de la parturiente. L'analgésie péridurale (pose, surveillance..) est tracée par l'anesthésiste ou l'interne. La surveillance est tracée sur le partogramme intégré dans le dossier de la patiente. Un compte rendu d'accouchement est intégré dans le DPI institutionnel, de même qu'un document de sortie qui est remis à la parturiente ainsi que des ordonnances si nécessaires. En cas de césarienne, une check-list est en place, il existe un système d'appel centralisé en cas de césarienne code rouge. La surveillance en SSPI est assurée conjointement par une IADE et une sage-femme. Les prescriptions post accouchements sont réalisées dans le logiciel institutionnel avec des transmissions. La présence d'un accompagnant est possible H24, y compris en cas de césarienne. La mise en peau à peau précoce (maman ou papa) est systématique. Les professionnels respectent les conditions d'hygiène (tenue, port du masque, antibiothérapie lors de la rupture de la poche des eaux...) permettant la prévention du risque infectieux maternofoetal. L'interface avec la néonatalogie, le secteur d'hospitalisation, le secteur anesthésie, la pharmacie, le biomédical, l'hygiène est mise en œuvre. La traçabilité est organisée et opérationnelle dans le dossier obstétrical papier, informatisé, ainsi que pour le nouveau-né, ainsi que les vérifications (identitovigilance maman - bébé, ouvertures de salle, bio nettoyage...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes évaluent le fonctionnement du secteur grâce à des indicateurs d'activité : nombre d'accouchements, de césariennes, d'épisiotomies, analgésie péridurale, taux de transfert vers l'extérieur et vers l'hôpital Foch. Des indicateurs qualitatifs sont également suivis : nombre de signalement d'événements indésirables, nombre de RMM, plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction, taux de formation des professionnels... Le recueil des indicateurs nationaux (IQSS sur l'hémorragie du post partum, conformité de la lettre de liaison en obstétrique, enquête e-satis) est assuré et suivi. L'ensemble des données sont regroupées dans un tableau de bord.

La communication est assurée au sein du pôle lors de réunions, au sein de l'établissement (instances) et auprès des usagers. Les résultats d'évaluation permettent d'identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place en lien avec les risques identifiés, parmi lesquelles on peut citer des formations sur mannequin ou en simulation sur la réanimation du nouveau-né, la réanimation maternelle, la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, ou la formalisation de la prise en charge des césariennes codes rouge avec mise en place d'un appel centralisé, ou des réflexions sur les techniques opératoires en cas d'ISO.

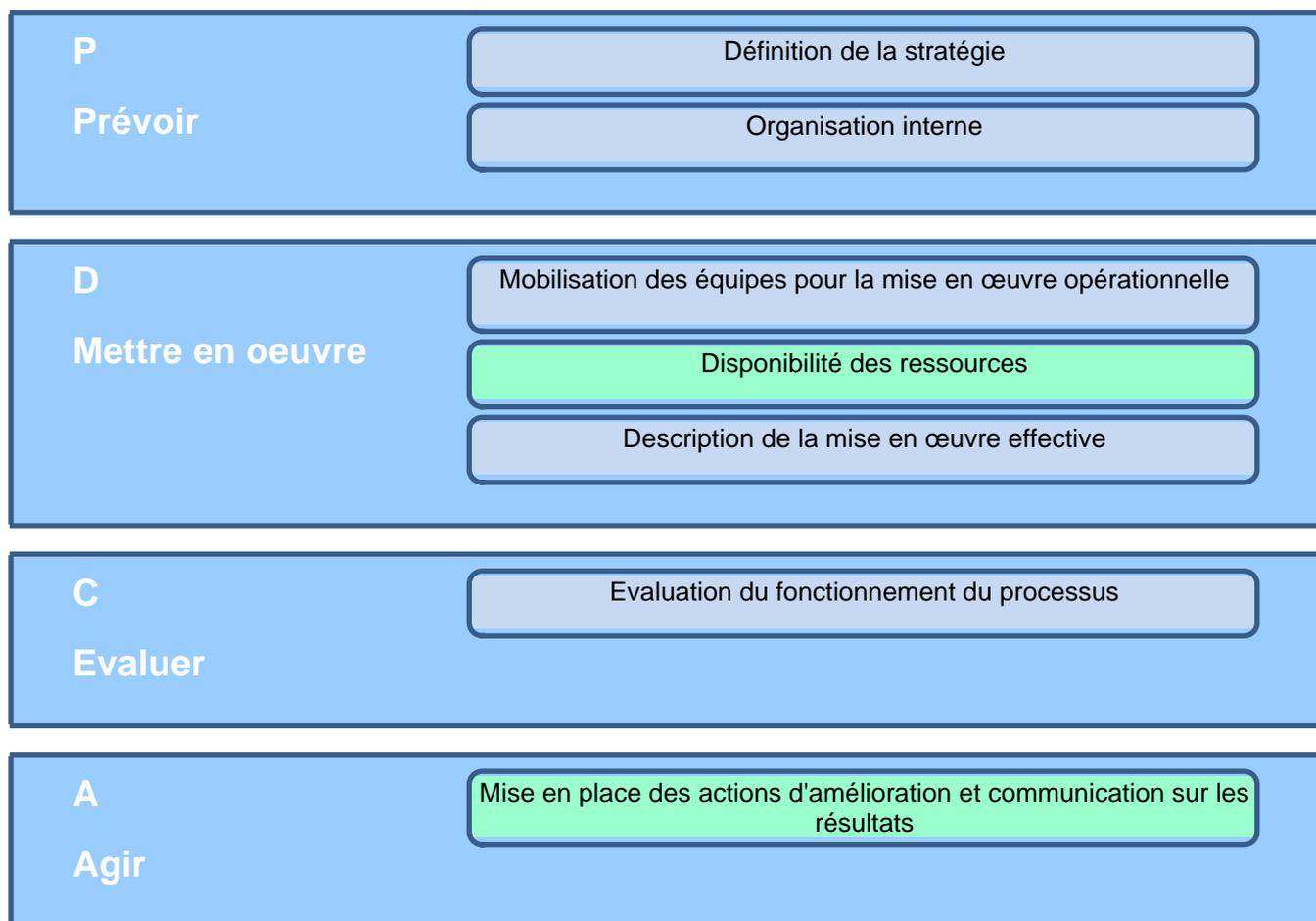
DON D'ORGANES ET DE TISSUS À VISÉE THÉRAPEUTIQUE

1. Caractérisation générale

L'investigation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement assure la promotion du don d'organe à visée thérapeutique tant au plan de l'information du public que de la sensibilisation des professionnels et pour les établissements pratiquant des prélèvements que les bonnes pratiques correspondantes sont mises en œuvre.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital Foch possède une coordination des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) depuis qui est intégrée dans le réseau ouest francilien de prélèvements d'organes et de tissus (ROF) qui regroupe 6 établissements préleveurs et leur réseau opérationnel de proximité, depuis 2015 (convention). La CHPOT adhère également au programme Cristal Action proposé par l'agence de biomédecine (ABM), avec un COPIL Cristal Action qui se réunit annuellement. L'hôpital Foch possède une autorisation de prélèvement de tissus et d'organes, sur les patients en état de mort encéphalique (EME), ainsi que dans le cadre de la catégorie III de Maastricht (personnes pour lesquelles une décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques est prise en raison du pronostic des pathologies ayant amené la prise en charge en réanimation), ainsi qu'une autorisation de prélèvements de tissus à cœur arrêté. La CHPOT est intégrée dans le pôle soins critiques (anesthésie- réanimation- CHPOT).

Une stratégie et des objectifs sont définis dans le projet stratégique de l'hôpital. L'identification des risques, réalisée de manière pluri professionnelle, a pris en compte le rapport de la certification de l'agence de biomédecine (2015), la cartographie des risques, la réglementation, le suivi des actions « Cristal Action », et les déclarations d'événements indésirables. Les risques prioritaires sont identifiés. Un plan d'action a été mis en place en lien avec les risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

Il existe une organisation pour piloter le processus : médecin coordinateur, 3 IDE coordinateur, un CSS. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe un organigramme de la CHPOT. L'organisation du service est décrite dans la charte de fonctionnement de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus, qui date de septembre 2019. Cette charte précise notamment l'organisation générale (ressources humaines, locaux, équipements...), les principes de fonctionnement, les principes généraux de la prise en charge d'un patient donneur potentiel d'organes et/ou de tissus, les interfaces avec les services cliniques, le bloc opératoire, la logistique...), les indicateurs de suivi. Il existe par ailleurs un règlement intérieur de réseau ouest francilien de prélèvement d'organes et de tissus, qui définit le fonctionnement du réseau et notamment l'assemblée générale et le comité de pilotage, avec ses missions (projet, rapport, objectifs...), les relations avec l'agence de la biomédecine. Ce document précise également les modalités de recrutement, d'accueil, d'accompagnement, de formation d'un nouveau coordinateur ou d'un nouveau médecin référent, ainsi que l'organisation des astreintes des IDE de coordination du ROF. La prise en charge des prélèvements d'organes est intégrée en tant qu'urgence chirurgicale non différable au sein du bloc opératoire, et décrite dans la charte du bloc opératoire. La biovigilance est formalisée dans des procédures actualisées sur les professionnels notamment identification du correspondant local de biovigilance et d'un suppléant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels de la CHPOT ont été associés à l'identification des risques et plans d'actions spécifiques à leur secteur. Il existe par ailleurs des réunions hebdomadaires avec l'équipe IDE C et médicale de la CHPOT et des réunions mensuelles avec le CSS du secteur. Par ailleurs, elle participe aux réunions du ROF, et est impliquée dans l'information et la formation des acteurs du réseau et participe à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des objectifs. L'établissement a déployé une stratégie de communication auprès des professionnels, des futurs professionnels de santé et auprès du grand public visant à la sensibilisation au prélèvement d'organe et de tissus. Sa mise en œuvre est effective en interne sur le site intranet, livret spécifique Maastricht 3, formation institutionnelle 2 fois par an, ainsi que des formations spécifiques sur les services cibles (réanimation, bloc opératoire, neurologie, oncologie). La sensibilisation est également mise en œuvre en externe : information dans les lycées, collèges, IFSI, pompiers, forum des associations, « foulée Suresnoise »... Des évaluations des pratiques sont réalisées, en interne et au sein du ROF. Les professionnels de la CHPOT signalent les événements indésirables sur le système interne à l'hôpital Foch, mais également sur le portail du ROF. Des RMM sont organisées avec le service de réanimation polyvalente sur la prise en charge des PMO, et un bilan annuel des EI et actions est présenté au sein du ROF.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec les forfaits attribués dans le cadre de la T2A, selon les préconisations de l'Agence de la biomédecine. Le profil des professionnels recrutés répondant aux critères définis dans les règles de bonnes pratiques. Une période de tutorat est définie ainsi qu'un mentorat au sein du ROF. La permanence est assurée de 8h à 17h30 en heure ouvrable. Une astreinte

mutualisée au sein du ROF est en place aux 2 IDEC d'astreinte. Une astreinte spécifique est en place sur l'hôpital Foch avec les 3 IDEC dans l'éventualité d'un prélèvement type Maastricht 3 ; l'hôpital Foch étant le seul établissement ayant initié cette démarche au sein du ROF. Le médecin est à mi-temps en réanimation et à mi-temps sur la CHOPT. Dans les services concernés, une psychologue est également disponible. Les professionnels ont été formés par l'ABM. Des formations en simulation sont proposées par l'hôpital Foch en partenariat avec l'ABM. Toutefois, les professionnels de la CHOPT (IDE, médecin) n'ont pas été formés à la qualité-gestion des risques. Ce défaut de formation des professionnels de la CHPOT a été identifié comme risque dans le rapport de l'agence de biomédecine de septembre 2015. Depuis 2 IDEC ont été formées, mais ces IDE ne sont plus en poste et aucun des 3 IDE en poste actuellement n'a été formé. Ce risque est identifié et des formations sont prévues au plan de formation 2020. Les ressources documentaires sont accessibles sur la GED, elles ont été rédigées par les professionnels. Outre la charte de fonctionnement, on retrouve le processus de prise en charge des patients Maastricht 3, les procédures de prise en charge de donneurs potentiels en neurologie et aux urgences (Cristal Action), les protocoles des machines de suppléance... Le dossier papier est uniformisé. Les professionnels sont habilités à l'interrogatoire du registre national des refus et ont accès au logiciel Cristal Donneur. Des documents d'informations sont également disponibles. Les IDE de la CHPOT disposent d'un bureau situé au -2 (secteur jaune). Ils disposent également d'une salle d'accueil attenante à leur bureau, destinée à pouvoir réaliser des entretiens avec les proches. Le médecin coordinateur dispose d'un bureau situé en réanimation. En chambre mortuaire, une salle est spécifiquement dédiée et équipée pour le prélèvement de tissus à cœur arrêté.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La CHPOT est alertée dès la présence d'un donneur potentiel via les liens avec le service de réanimation polyvalente et les services impliqués dans Cristal Action. Pour les prélèvements de tissus chez les patients décédés, des « kits décès » sont en place afin que les services puissent informer les IDEC. Les agents de la chambre mortuaire informent également la CHPOT. Les IDEC ont également accès au logiciel de la chambre mortuaire recensant les décès. La CHPOT s'assure que le diagnostic clinique, dont le test d'hypercapnie et paraclinique de mort encéphalique, est réalisé par 2 médecins via une fiche spécifique. Les examens complémentaires pour le diagnostic de mort encéphalique sont accessibles H24 et interprétés rapidement. Les bonnes pratiques concernant l'entretien avec les proches sont respectées avec association du médecin en charge du donneur et 1 IDE C, qui s'assure de la recherche de l'expression éventuelle d'une opposition du défunt et également lors d'une démarche d'annonce anticipée. En cas d'opposition, des documents sont remis au proche et archivés dans le dossier donneur. La traçabilité de l'entretien avec les proches est assurée. Les examens permettant la qualification du donneur sont réalisés. La CHPOT s'assure de leur réception et de l'obtention des résultats. L'organisation du prélèvement est sous la responsabilité des IDE C en lien avec la régulation de l'ABM et le médecin en charge du donneur. Le dossier Cristal donneur est renseigné en temps réel. Le transfert du donneur au bloc est organisé avec l'anesthésiste réanimateur du bloc opératoire et en lien avec les équipes chirurgicales en charge du prélèvement (qui peuvent être des équipes de l'hôpital Foch pour les reins ou les poumons). Des spécificités lien au donneur Maastricht 3 sont respectées. La CHPOT s'assure également de l'exhaustivité du contenu de chaque dossier accompagnant les greffons, de la présence d'un CRO, compte-rendu anesthésie... L'accompagnement des proches est assuré via une présence ou une écoute téléphonique dans les démarches administratives. Le dossier papier est finalisé dès que possible, avec une double vérification par les IDE C, les modalités d'archivage spécifiques sont mises en place sur les délais de conservation et les modalités de communication. Le dossier Cristal donneur est renseigné en temps réel et clôturé en lien avec l'ABM. L'interface avec les services cibles Cristal Action, le bloc opératoire, l'ABM, le service mortuaire est opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont réalisées en internes : EPP PMO et Tissus, identification et prise en charge des donneurs potentiels dans les services cibles (Cristal Action). La CHOPT dispose d'un tableau de bord recensant les indicateurs suivis quantitatifs et qualitatifs : indicateurs Cristal Action, nombre d'annonces anticipées, EME recensés, prélevés, taux de présence de la coordination lors des entretiens, Maastricht 3 recensés, prélevés, taux de refus, nombre d'organes prélevés (EME, M3, chambre mortuaire), nombre de formation, de sensibilisation... Les résultats d'évaluation donnent lieu à des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place en lien avec les risques : comme la protocolisation des procédures de vérification de la canulation lors d'une procédure Maastricht 3, l'optimisation de la

réanimation les EME en réanimation, la reprise des débriefings, la formation GDR des professionnels.... Un bilan annuel d'activité de la CHOPT est disponible et présenté aux instances, ainsi que le bilan du programme Cristal Action.