



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DE
VERSAILLES -
HÔPITAL ANDRÉ MIGNOT**

177 rue de Versailles
78150 LE CHESNAY

JUIN 2016

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	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	57

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES-HOPITAL RICHAUD	
Adresse	1 rue richaud 78011 Versailles
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		RESEAU DE PROMOTION POUR LA SANTE MENTALE DANS LES YVELINES SUD	177 rue de versailles 78150 LE CHESNAY
Entité juridique	780110078	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES	1 rue richaud 78011 Versailles
Etablissement de santé	780000345	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES-HOPITAL RICHAUD	1 rue richaud 78011 Versailles
Etablissement de santé	780018289	CH DE VERSAILLES-CMP ADOLESCENTS	50 rue berthier 78000 Versailles
Etablissement de santé	780001749	CH DE VERSAILLES-CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS EN ADDICTOLOGIE	3 PLACE DE LA MAIRIE 78190 Trappes
Etablissement de santé	780800256	CENTRE HOSPITALIER DE VERSAILLES-HOPITAL ANDRE MIGNOT	177 rue de versailles 78157 Le Chesnay
Etablissement de santé	780800413	CH DE VERSAILLES-CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE 78 G 10	50 rue berthier 78000 Versailles
Etablissement de santé	780018339	CH DE VERSAILLES-CATTP	50 rue berthier 78000 VERSAILLES

Etablissement de santé	780022703	MAISON DESPAGNE- HOPITAL DE JOUR	50 rue berthier 78000 VERSAILLES
Etablissement de santé	780018248	CH DE VERSAILLES-CMP ENFANTS	50 rue berthier 78000 Versailles

Activités				
-----------	--	--	--	--

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	115	/	15
MCO	Gyneco-Obstétrique	34	/	/
MCO	Médecine	323	23	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	45	8	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	/	/	/
SSR	SSR	37	8	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
------------------------------------	--

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Droits des patients
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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
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	Neurologie	AVC		Complexe	MCO
2	Adulte	Hémato - Oncologie	/	Programmé	Simple	MCO
3	Enfant	Chirurgie ORL	/	Urgence pédiatrique	Simple	MCO
4	Adulte	Chirurgie Orthopédique	/	Programmé	Simple	MCO
5	Mère / Enfant	Néonatalogie	/	Urgence	/	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Personne âgée	"SSR gériatrique Site de l'Hopital Richaud"	/	Programmée	Complexe	SSR
7	Adulte	"Unité Pussin (Hospitalisation en secteur fermé)	/	Hospitalisation sous contraintes	Complexe	Santé mentale
8	Adulte	"Unité Chaslin (Hospitalisation en secteur ouvert	/	Urgences	Complexe	Santé mentale
9	Enfant / adolescent	CMP	/	Programmée	Simple	Santé mentale

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

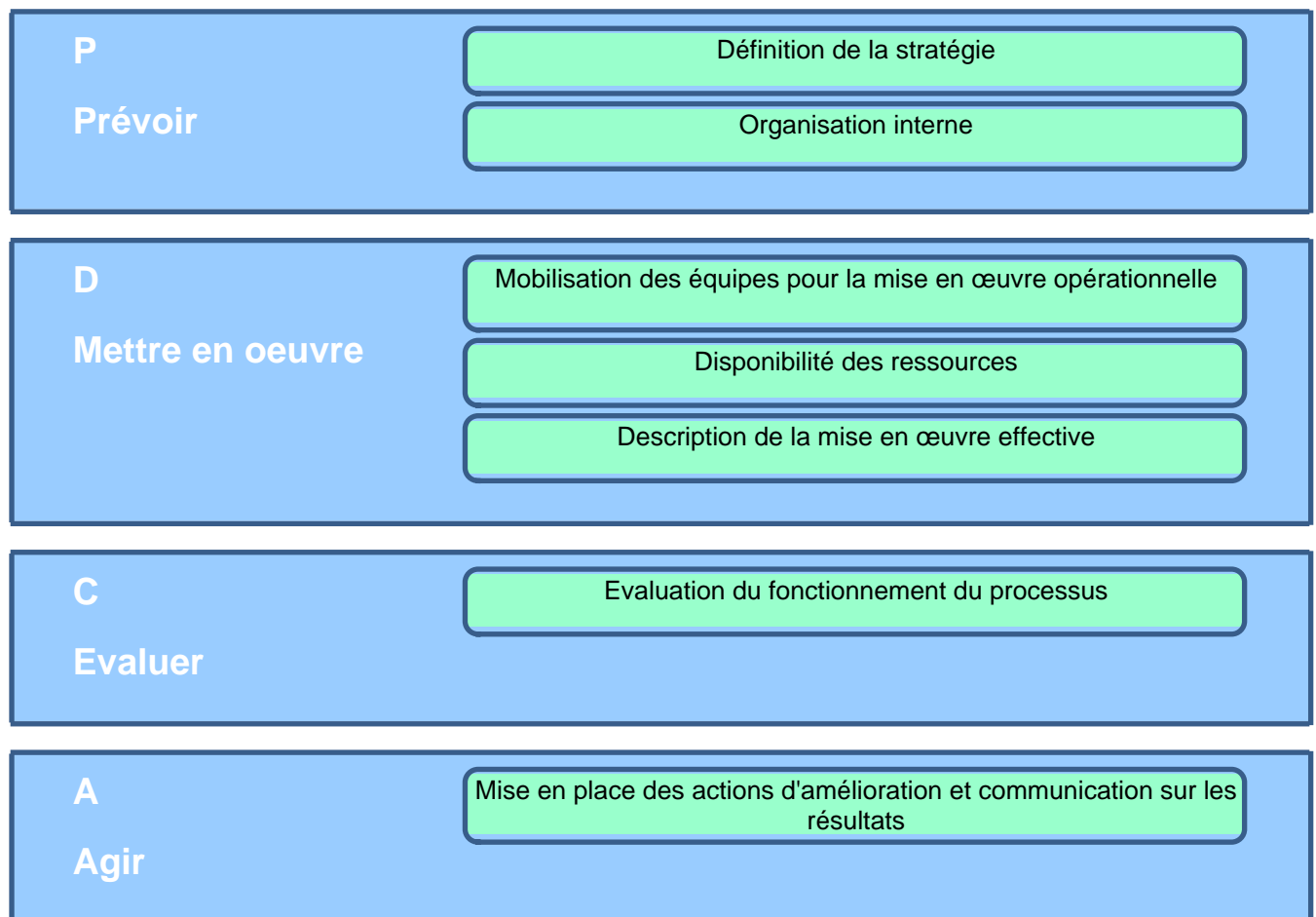
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet qualité gestion des risques est formalisé et constitue un volet du projet d'établissement 2011 - 2015. Il a été validé par le conseil de surveillance, le Directoire et la CME après avoir été présenté à l'ensemble des instances consultatives concernées. Il comprend des objectifs et a été élaboré sur la base d'une identification des besoins, des risques et du contexte de l'établissement. La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée. Elle est organisée avec la participation des professionnels concernés, à partir de visites de risques de la gestionnaire de risques, dans les services de soins. Ces visites ont été réalisées en priorité dans les secteurs à risque et ont donné lieu à l'élaboration de cartographies spécifiques. La démarche permet la hiérarchisation des risques et la détermination d'actions d'amélioration. Cependant l'évaluation des risques n'a pas porté sur toutes les activités de soins. Des cartographies des risques n'ont été élaborées que dans certains secteurs à risques. En effet, l'établissement a fait le choix d'élaborer des cartographies des risques en priorité dans les secteurs à risque. Une cartographie des risques a été réalisée sur les secteurs de médecine nucléaire, salle de naissance, coronarographie, endoscopie digestive et bronchique, bloc opératoire et sur le médicament. Des cartographies des risques sont prévues sur les autres secteurs d'endoscopie et en radiologie interventionnelle.

Le projet qualité prend en compte les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise, notamment par la mise à jour régulière des plans : blanc, bleu, NRBC, grippe, EBOLA. Une procédure hôpital sous tension est en place en cas d'afflux de patients.

L'évaluation des pratiques professionnelles constitue un des 10 axes prioritaires du projet qualité 2011-2015. L'établissement a établi depuis plusieurs années en réunion de CME, une organisation pour permettre le développement de l'EPP, notamment le principe de réaliser au moins une EPP par service. La stratégie de l'EPP est écrite dans le projet qualité.

Le projet qualité est décliné dans un programme et des plans d'actions d'amélioration formalisés par thématiques (parcours patient, dossier patient etc...) prenant en compte l'ensemble des éléments attendus. Ces plans d'action comprennent des actions menées en continu et des actions priorisées dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation définie par l'établissement pour piloter le processus comprend au niveau stratégique : le Directoire, la Commission Qualité-Risques Associés aux soins (CQRAS) composée du quatuor de coordination (directeur qualité et gestion des risques, médecin coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, cadre supérieur de santé, pharmacien responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse), gestionnaire de risques, cadre de santé, ingénieur qualité, correspondants des vigilances, référents qualité des pôles (médecin et cadre supérieur), représentants des usagers et représentant du personnel. Un comité de pilotage "Certification" pluri- professionnel intégrant : le directeur de l'établissement, directeur des soins, président de CME, quatuor de coordination, ingénieur qualité, gestionnaire de risques, représentants des usagers, représentant du personnel, cadres et médecins représentants de chaque pôle, a été constitué afin de préparer et de suivre la démarche de certification. Le pilotage opérationnel est assuré par la direction qualité. Celle-ci s'appuie sur des binômes référents qualité identifiés au sein de chaque pôle clinique et constitués d'un médecin et d'un cadre supérieur de santé. Ils sont chargés de relayer les informations auprès de l'encadrement de proximité et de coordonner la mise en œuvre des actions définies. Par ailleurs des groupes d'amélioration pluri professionnels sont mis en place depuis plusieurs années sur plusieurs thématiques comme : « L'organisation de la prise en charge du patient » ou « le dossier du patient ». Ils sont chargés de définir et de suivre la mise en œuvre du plan d'action d'amélioration. L'organisation est formalisée par un règlement intérieur.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels impliqués dans le pilotage.

Le dispositif de gestion documentaire est formalisé dans une procédure. Il est constitué de documents transversaux gérés par le service qualité et de documents propres aux services élaborés selon le modèle qualité mais gérés par le service émetteur. Les documents existent sous format papier et/ ou informatique. La centralisation des procédures par la direction qualité et gestion des risques est effective pour les documents dits « transversaux », c'est-à-dire concernant au moins 2 services du CHV. La mise en ligne sur le site intranet est assurée par la Direction qualité et gestion des risques sur une page spécifique nommée « procédures institutionnelles » sur laquelle les documents sont classés par thématique et/ou par pôle et par service. Cette page intranet est accessible à l'ensemble du personnel

par différents chemins afin de faciliter la recherche des documents.

L'organisation pour permettre le développement de l'EPP a été définie en CME et consiste à réaliser au moins une EPP par service. Une commission DPC est en place afin de suivre la constitution et la mise en œuvre des programmes DPC internes à partir des EPP. Des référents médicaux sont également désignés pour accompagner méthodologiquement les équipes.

La démarche de gestion des risques a priori est organisée avec la participation des professionnels concernés, à partir de visites de risques de la gestionnaire de risques, dans les services de soins. Ces visites ont été réalisées en priorité dans les secteurs à risque et ont donné lieu à l'élaboration de cartographies spécifiques. La démarche permet la hiérarchisation des risques et la détermination d'actions d'amélioration. Le document unique est en place. Il a été réactualisé la dernière fois en 2011. La gestion des risques associés aux soins est assurée par l'équipe opérationnelle de gestion des risques en collaboration étroite avec la direction qualité et le service de prévention des risques infectieux "SPRI".

Le dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables est structuré. Il permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et il associe les acteurs concernés. La procédure de gestion et de suivi des Événements Indésirables est en place et actualisée. Une charte de non sanction est en cours de validation. Le dispositif est articulé avec le système de gestion des plaintes et des réclamations. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. A chaque réunion de CME, un temps est dédié à une présentation par la direction qualité, des travaux en cours ou de résultats d'audits. De plus, l'organisation prévoit l'intervention d'un membre de la Direction Qualité ou de la CQRAS aux réunions des autres commissions impliquées dans la qualité : CLIN, CLAN, CLUD.. Des réunions institutionnelles d'information sont planifiées trimestriellement entre la direction qualité et les référents qualité de pôle ou encore avec les cadres soignants des services cliniques (environ tous les deux mois). Ceux-ci étant chargé de relayer ensuite aux équipes soignantes lors de « flash info » hebdomadaires. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est décrite dans l'organigramme de la qualité-gestion des risques intégré au projet qualité. Cette coordination intègre les dispositifs de vigilances et de veille sanitaire, notamment au sein de la CQRAS à laquelle participent les correspondants des vigilances. Les plans d'urgence dont le plan blanc sont disponibles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions élaborés par les groupes thématiques et les résultats des différents audits ou recueils d'indicateurs réalisés, sont communiqués par pôle et par service. Des axes prioritaires d'amélioration sont intégrés dans les objectifs qualité des contrats de pôle clinique. Les binômes référents qualité par pôle sensibilisent et accompagnent la mise en œuvre des actions d'amélioration définies.

L'identification des risques réalisée dans les secteurs à risque : bloc opératoire, coronarographie, endoscopies digestive et bronchique, salle de naissance, médecine nucléaire a abouti à l'élaboration de plans d'actions spécifiques. Cependant ces plans d'action, ne comportent pas d'échéancier hormis pour la salle de naissance, ce qui ne permet pas la hiérarchisation du suivi. Certains services ont obtenu leur propre certification : certification ISO 9001 pour le service biomédical et le service de formation continue.

Tous les mois environ, la direction qualité et gestion des risques intervient lors des réunions pour présenter des points d'avancement de la démarche. Un espace dédié regroupant des informations qualité est à disposition des professionnels sur " l'Intranet". Une réunion hebdomadaire est également organisée par la Direction des Soins avec l'encadrement supérieur et une réunion semestrielle des chefs de service et des professionnels lors des conférences de pôle, permet le suivi des objectifs qualité. Les professionnels de santé sont informés de la stratégie de l'établissement en matière d'EPP par le projet d'établissement, le site intranet, les informations lors des instances (CME, Commission qualité et risques associés aux soins, commission EPP-DPC, conférence de pôles, réunion cadres, ...), par des conférences d'actualité, des informations dans les services, des mémos et des Quiz développés par la direction qualité et gestion des risques, par les référents qualité de pôle, par les chefs de service et les cadres.

Les professionnels des services sont sensibilisés lors des réunions "flash info" animé par le cadre de santé de l'unité et au cours de laquelle des résultats d'indicateurs ou des documents qualité sont présentés et commentés. Les cadres de proximité s'assurent concrètement de la conformité de certaines pratiques en liens avec les IPAQSS : douleur, prise en charge nutritionnelle, et délais d'envois des CRH : revues de dossiers régulières. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont identifiées et disponibles au sein des secteurs : les référents qualité et EPP sont en place au sein des pôles. Ils ont été formés à la démarche EPP et plus récemment à la méthode « patient traceur ». Ils assurent l'accompagnement méthodologique au sein des services. Les membres de l'équipe opérationnelle de gestion des risques notamment la gestionnaire des risques et le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, sont formés à aux méthodes d'identification des risques a priori, à la hiérarchisation et à l'analyses des causes profondes des événements indésirables graves. Un « guide des comités de retour d'expérience » a été élaboré par La direction qualité/risques et la coordination des risques associés aux soins et diffusé, pour accompagner le déploiement des CREX au sein du Centre Hospitalier. Le dispositif d'intégration des nouveaux professionnels permet de les informer et les sensibiliser au signalement des événements indésirables. Des actions de sensibilisation au signalement d'erreur médicamenteuse sont également menées par la pharmacie. Une journée sur le thème « la chambre des erreurs » organisée dans le cadre de la semaine sécurité des patients s'inscrit également dans les actions de sensibilisation.

Le dispositif de gestion documentaire est connu, toutefois le système de mise à jour des documents qualité n'est pas opérationnel. La procédure de gestion des documents n'intègre pas les délais de révision des documents qualité Les documents qualité ne sont pas régulièrement révisés. Les experts ont constaté la mise à disposition sur le site Intranet de procédures et protocoles datant de 2003 ou encore 2005. Par ailleurs, la plupart des services dispose d'un système documentaire propre, non formalisé non centralisé par la Direction qualité et comportant des dates également anciennes (2003)

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Dans les services visités, les professionnels rencontrés connaissent les axes d'amélioration inscrits dans les contrats de pôles cliniques, les risques inhérents à la prise en charge des patients du service et les plans d'actions d'amélioration associés.

Le système de signalement des événements indésirables et des vigilances est connu et utilisé. Les personnels déclarants sont informés par le cadre de santé des suites données aux événements signalés. La sensibilisation au risque d'erreur et à la déclaration d'événements indésirables est effective. 61 professionnels soignants ont participé à la journée « la chambre des erreurs » organisée en 2014. Depuis 2013, 90 professionnels ont bénéficié d'une formation en interne à la méthode d'analyse des causes ALARM. La Direction qualité a accompagné la réalisation d'une quinzaine de CREX par an.

Les démarches d'amélioration ou d'analyse des plaintes et des réclamations sont menées en associant les représentants des usagers. La satisfaction des usagers est régulièrement mesurée. Les résultats de l'indicateur de satisfaction intégré au contrat de pôle sont communiqués à la CRU. Les représentants des usagers sont fortement associés et impliqués dans la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins. Ceci dans le cadre de la CRU, par leur participation aux diverses sous-commissions de la CME : CLUD, CLIN, COMEDIMS, comité Éthique et dans la CQRAS, mais aussi dans le cadre des groupes d'amélioration.

Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en œuvre des démarches d'EPP. Les RMM et RCP sont déployées dans les services de : cancérologie, diabétologie, médecine interne et maladies infectieuses ou encore maternité. Plusieurs médecins des secteurs identifiés à risque tels : la chirurgie orthopédique et traumatologie, viscérale et digestive, gynécologie et obstétrique et urologique sont engagées dans la démarche d'accréditation.

La plupart des professionnels rencontrés participent à l'élaboration des documents qualité de leur service. Beaucoup sont réalisés en lien avec les groupes de travail ou comités correspondants (ex : CLIN, CLUD, ...). Les documents spécifiques au service et les plus utilisés, sont conservés dans un classeur géré par le cadre les documents transversaux sont recherchés sur Intranet. Parfois, l'ensemble des documents sont édités et regroupés dans le classeur pour en faciliter l'accès mais vérification de la validité des documents n'est pas toujours réalisée.

Le plan blanc est opérationnel et la procédure hôpital sous tension a été mise en œuvre au cours de l'épidémie de grippe de l'hiver dernier.

La démarche d'évaluation des risques à priori est appropriée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des indicateurs propres à l'activité de la direction qualité tels : le nombre d'audits réalisés, nombre d'EPP

réalisées, nombres d'analyses des causes profondes menées en CREX, le nombre de personnels formés à la méthode ALARM, nombre de DPC validés. L'évaluation du système de management s'appuie également sur le suivi des indicateurs intégrés dans les objectifs qualité des contrats de pôles cliniques comme : les délais d'envoi des courriers de sortie ; l'évaluation de la douleur ; l'identification des troubles nutritionnels ; ou l'évaluation du risque d'escarre. Le tableau de bord d'indicateurs par pôle clinique permet de suivre le niveau d'amélioration de chacun.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est intégrée dans les objectifs qualité des contrats de pôles cliniques. Deux indicateurs sont suivis trimestriellement par pôle : le taux de retour des questionnaires de sortie et le taux de satisfaction global des patients.

La commission qualité et risques associés aux soins dresse un rapport d'activité annuel.

La CRUQPC élabore également son bilan annuel d'activité. Elle suit le nombre de plaintes et réclamations et le délai de réponse, mais aussi les témoignages de satisfaction, le nombre de demandes d'accès au dossier patient ainsi que les délais, le nombre de médiations, les questionnaires de sorties et les enquêtes de satisfaction. Elle émet des recommandations qui sont intégrées au PAQ.

Le plan d'action est actualisé en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU, la périodicité de révision de la politique qualité et de la sécurité des soins est formellement définie. Le projet qualité et gestion des risques est révisé tous les 5 ans, à chaque élaboration du nouveau projet d'établissement. Par ailleurs l'établissement n'a pas procédé à l'évaluation du dispositif de gestion documentaire. Le Centre hospitalier de Versailles a identifié la gestion documentaire comme axe d'amélioration et a acquis un module de gestion électronique des documents (logiciel Intraqual) dont la mise en place est planifiée en 2016. Un audit de la gestion documentaire est programmé avant l'installation de ce module.

A / AGIR

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

En fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, les plans d'actions d'amélioration sont réajustés. Le projet qualité fait l'objet d'une actualisation tous les 5 ans dans la cadre du renouvellement du projet d'établissement. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel : notamment celles définies à l'issue de l'auto diagnostic, on peut citer comme exemple : la formation des professionnels à une méthode d'analyse des causes profondes (ALARM), l'élaboration du guide des Comités de Retour d'Expérience, la formation « patient traceur » suivies par les professionnels, les actions mises en œuvre par les groupes thématiques ou celles identifiées à partir des cartographies des secteurs à risque. Le document unique. Il a été réactualisé dans sa globalité en 2011, mais il est actualisé tous les ans en fonction des priorités définies en accord avec le CHSCT : en cas de changement d'organisation, changement de locaux, acquisition de nouveaux matériels, ...

La communication des résultats est réalisée, auprès des instances concernées : CME, CSIRMT, CRUQPC..., auprès des chefs de pôles, de l'encadrement soignants et des professionnels de terrain par le biais de réunions dédiées et d'un espace partagé sur Intranet.

Des supports de communication et de diffusion sont établis.

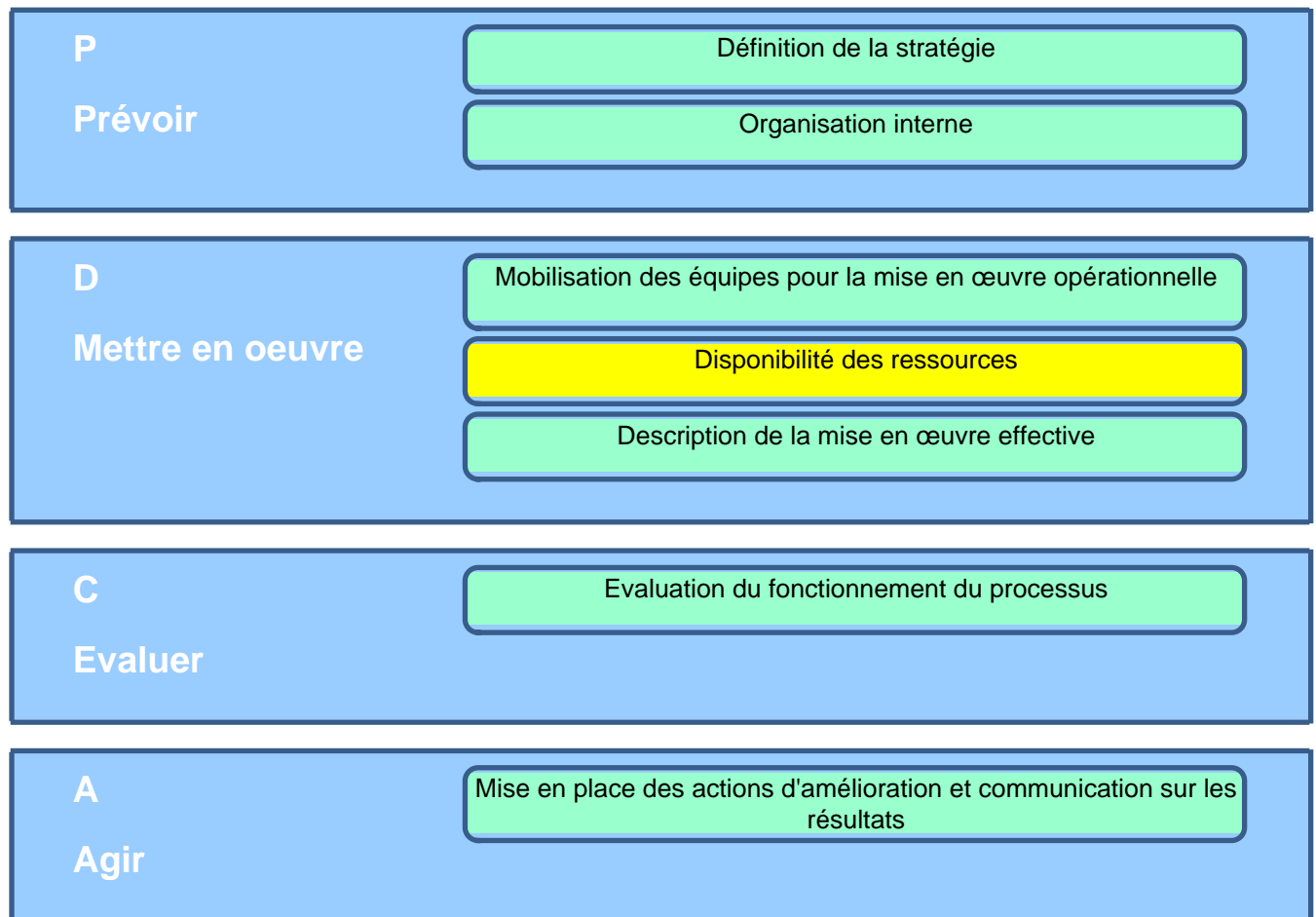
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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'établissement a mis en place une politique des risques infectieux à partir d'une analyse des risques de l'établissement fondée sur le suivi de près de 80 indicateurs, de ses besoins (secteurs à haut risque comme le bloc, le service d'hémo oncologie, chirurgie orthopédique aseptique) mais aussi de son contexte (risque aspergillaire lié aux nombreux chantiers entrepris depuis de nombreuses années). La politique ainsi que les bilans annuels et les plans d'actions annuels hiérarchisés sont validés par la CME, le CLIN, la commission des anti-infectieux. Cette politique est totalement intégrée dans la stratégie globale de l'établissement car elle est animée par le responsable du service de prévention des risques infectieux (SPRI) qui assure également la fonction de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est mise en place sous la responsabilité du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Elle dissocie le volet préventif mené par le Service de Prévention du Risque infectieux (SPRI) incluant l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et le volet thérapeutique porté par le service des maladies infectieuses et la commission des anti infectieux. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (SPRI, unités de soins, services biomédical et technique notamment pour le risque aspergillaire). Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines adaptées en effectifs et en compétence. L'activité de bio nettoyage des locaux est organisée et prend en compte notamment l'externalisation du bio nettoyage des locaux (agent affecté spécifiquement au suivi du prestataire de service). Les procédures et les protocoles de surveillance sont établis. Ils font l'objet d'élaborations participatives et de révisions périodiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement détermine chaque année un plan d'action sur la base de ses risques et besoins. Les objectifs annuels fixés après validation par la CME font l'objet d'une diffusion et d'une communication interne (intranet, réunions d'encadrement). Le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les professionnels sont sensibilisés et formés sur les risques identifiés dans leurs secteurs et les processus mis en place. L'établissement conçoit et diffuse auprès du personnel des supports permettant une meilleure appropriation des processus de maîtrise du risque infectieux (mémos en direction des internes, des brancardiers, caractéristiques des différents types d'isolement, etc....). Les responsables de secteur reçoivent périodiquement le résultat des indicateurs les concernant. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées si nécessaire notamment en cas de baisse des résultats ou indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité tant pour le domaine préventif (personnel du SPRI, référents hygiène) que pour le domaine thérapeutique (disponibilité de 3 médecins infectiologues et 2 référents antibiothérapie). Un plan de formation annuel concernant l'hygiène hospitalière et le risque infectieux est déployé dans les services. 15 dates par an sont prévues dont 4 pour les ASH dans le domaine de l'hygiène hospitalière. Les nouveaux embauchés constituent une cible prioritaire pour l'établissement. Des formations ciblées sont également organisées pour certains secteurs ou professionnels (sages-femmes, réanimation, urgences, équipes de nuit).

Les secteurs d'activité ont accès aux informations, protocoles leur permettant de mettre en œuvre les dispositifs prévus pour la prévention du risque infectieux. Les procédures font l'objet de révisions périodiques dans le cadre de la politique documentaire de l'établissement. Cependant, l'établissement n'a pas mis à disposition des locaux adaptés et fonctionnels en regard de la prévention du risque infectieux. En effet, il a été constaté, à chacun des étages du site principal de l'hôpital, qu'il n'existait pas de locaux adaptés au stockage intermédiaire des DASRI. A l'étage du bloc, un local clos est à disposition mais il ne répond pas aux exigences réglementaires (absence de serrure, porte détériorée, bloquée en position ouverte, murs non lessivables, pas d'extraction d'air, pas de bonde au sol...). A tous les autres étages, il est mis à disposition des services un plateau ouvert sur les couloirs de circulation des personnes et sur les ascenseurs réservés aux flux logistiques. Ces espaces sont inadaptés au stockage des containers DASRI car, outre le fait qu'ils soient totalement accessibles pour les professionnels et les patients, ils ne

permettent pas un nettoyage correct des sols et murs ni une aération spécifique de cette zone. Un devis de mise en conformité du local à déchets avait été demandé en mai 2015 afin de réaliser le local du 2ème étage (bloc, réa) en priorité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du processus. Le plan d'action annuel est mis en œuvre dans les unités notamment les trois actions prioritaires de l'année 2015 : réévaluation des antibiothérapies, prescription de carbapénèmase et vancomycine, couverture vaccinale du personnel. L'établissement assure la promotion du bon usage des antibiotiques : EPP, audits de dossier, avis de 3 infectiologues, RCP. Les dispositifs de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques sont opérationnels. Les professionnels assurent la traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure. Le logiciel de gestion des prescriptions alerte le médecin de la nécessité d'une réévaluation. Les avis formulés en matière d'antibiothérapie sont tracés dans le système d'information (1400 avis par an).

L'établissement a mis en place un système d'alerte en cas de patient porteur de BHRE pour le cas d'une ré hospitalisation ou d'un passage aux urgences (pop up sur écran, envoi automatique de mails et messages sur smartphone).

Les interfaces entre services et entre professionnels sont opérationnelles: RCP en chirurgie orthopédique et pour les malades porteurs de VIH, staffs pluri disciplinaires en réanimation et hématologie, réunions mensuelles avec le service technique...

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base de près de 80 indicateurs, des rapports d'activité annuels. Le bilan est présenté chaque année en CME. L'établissement participe à des activités d'échange avec le CCLIN. Il participe à des activités de benchmark avec le CCLIN mais aussi avec le réseau CONSORES sur l'antibiothérapie. L'établissement participe au recueil des indicateurs de la LIN.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sur la prévention du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques sont mises en œuvre et intégrées au programme d'actions institutionnel. Les bilans sont communiqués aux instances concernées (CLIN, Commission des anti infectieux, CME).

Les indicateurs de la LIN sont affichés dans l'établissement.

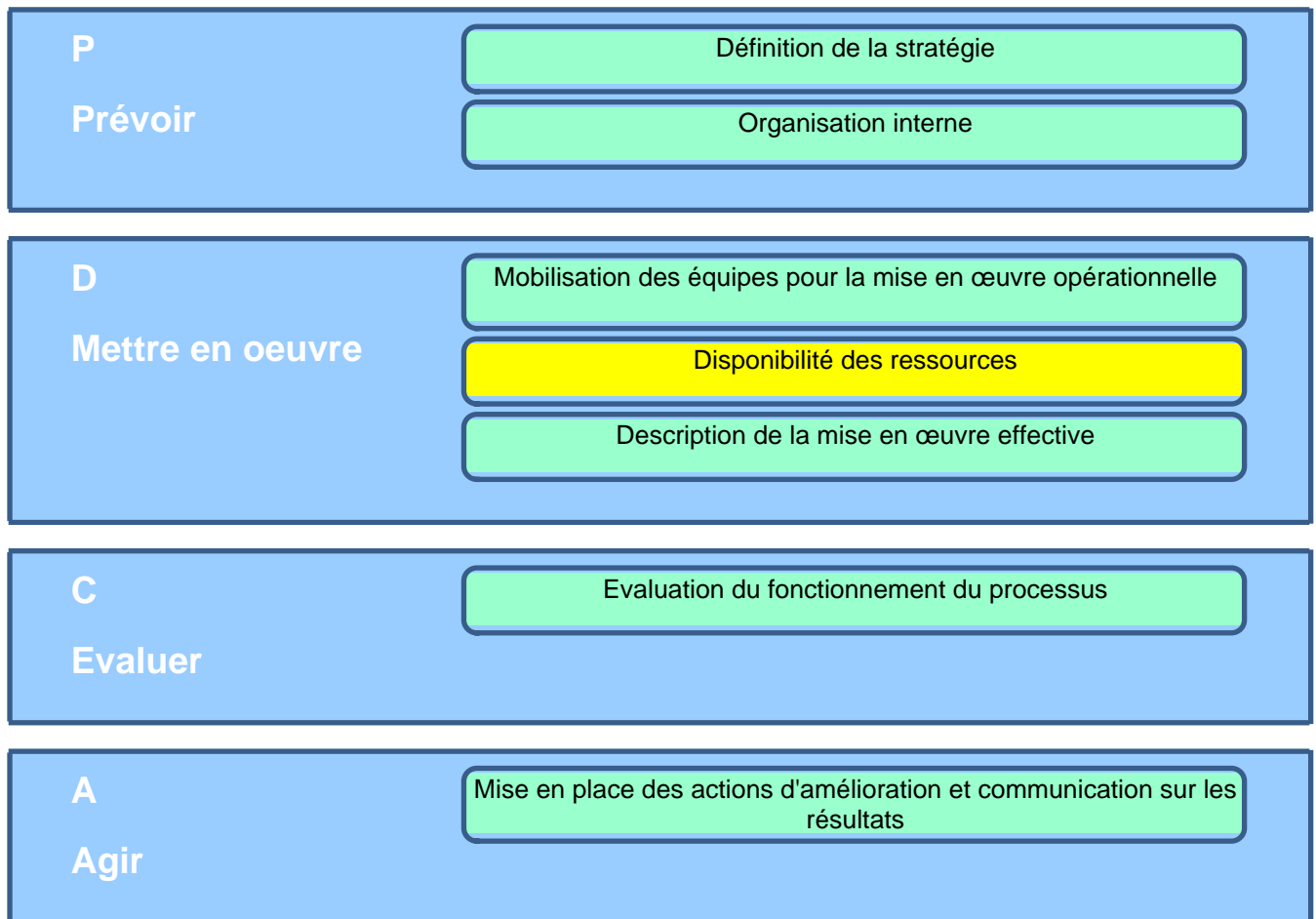
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe au sein du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) une politique et des objectifs propres aux droits des patients. Ils ont été élaborés au regard d'une identification des besoins menée sur la base de l'analyse des plaintes et réclamations, des événements indésirables, des questionnaires et enquêtes de satisfaction, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique relative aux droits des patients, partie prenante du projet d'établissement, a été validée par les instances de l'établissement (conseil d'administration, CME, CTE) pour la période 2011-2015. La CRU a été associée à son élaboration. Elle est intégrée au projet qualité et gestion des risques de l'établissement (2 axes sur les dix du projet : améliorer l'accueil et la prise en charge globale des patients, respecter les droits des patients).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus des droits des patients. Ce pilotage implique les structures chargées de conduire le projet qualité dans son ensemble (Comité de pilotage Qualité Gestion des Risques, Commission Qualité Risques Associés aux Soins incluant les représentants des usagers) mais aussi la CRU, un groupe de travail permanent sur les droits des patients ainsi que des sous-groupes constitués autour de certains sujets comme le livret d'accueil. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels impliqués. Chaque pôle est doté d'un référent médical et d'un référent paramédical membres du groupe central.

Au regard des besoins et risques identifiés, le CHV a prévu les ressources humaines (mobilisation de la direction qualité gestion des risques, des participants à la CRU) et matérielles (locaux à destination des représentants des usagers) nécessaires. Le système de gestion documentaire de l'établissement est utilisé pour conduire le processus. Des formations et sensibilisations aux droits des patients sont organisés dans l'établissement (personne de confiance, hospitalisations sous contrainte, bientraitance....). Cependant, les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas formalisées. Une procédure est en cours d'élaboration.

La concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité sur les droits du patient est organisée par la direction qualité qui permet les liens entre les différents acteurs du droit des patients : représentants des usagers, chefs de service, cadres et correspondants qualités de pôle. Elle participe ou anime les instances ou groupes de travail institutionnels ou de pôle ayant trait aux droits du patient : CRU, groupe éthique, groupe droits des patients... Les représentants des usagers, par leur présence dans plus de 8 instances et groupes de travail permanents, portent également la parole des usagers.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans chaque secteur d'activité la démarche institutionnelle est déclinée en objectifs et plans d'action. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les problématiques de bientraitance, dignité, intimité, confidentialité et libertés individuelles à l'aide de mémos et/ou de quizz. Les chefs de service, cadres et référents qualité de pôle reçoivent chaque trimestre les statistiques relatives à leur secteur (questionnaires de sortie, fiches d'évènements indésirables relatifs au droit des patients) permettant en cela d'engager des mesures correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations sont mises en œuvre sur les thèmes de la bientraitance et des libertés individuelles au niveau de l'établissement et au niveau des secteurs. Des formations sont également organisées par secteurs en fonction de leurs spécificités et besoins :

- gériatrie : refus de soins (DPC), charte de bientraitance,
- psychiatrie : l'hospitalisation sous contrainte
- secteurs MCO : bientraitance, charte de bientraitance.

Des actions de sensibilisation et d'information des professionnels sur les dispositifs d'annonces de dommages liés aux soins sont mises en œuvre. Une action DPC ouverte aux professionnels extérieurs est en cours. L'établissement met à disposition des unités de soins des documents, mémos, fiches répondant à la nécessité de mieux informer le patient sur son état de santé et les soins qui lui sont prodigués.

La direction élabore également des supports de communication sur les droits des patients (fiche

personne de confiance, diaporama personne de confiance, quiz, affiches.....). Le Centre Hospitalier met à disposition des représentants des usagers des moyens permettant d'assurer ses missions:

- ouverture de certaines instances (commission éthique, CLUD) et groupes de travail (droit des patients, parcours patients)
- permanence, téléphone.

Par leurs configurations architecturales, les professionnels disposent de locaux permettant un accueil personnalisé de l'entourage des patients (salons, bureaux médicaux). Néanmoins, les conditions d'hébergement, notamment l'exiguïté de certains locaux, ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. En effet, l'unité fermée de psychiatrie "PUSSIN" ne dispose que d'une seule douche pour les dix patients du service. Cette douche de très faible dimension se situe dans un sas de passage pour accéder au bureau médical et à un local de stockage de matériel. L'exiguïté de ce local nécessite la mise en place d'un paravent pour permettre aux patients de poser leurs affaires avant de pénétrer dans la douche avant de se dévêtir. Au bloc opératoire, les patients attendent d'accéder à la salle d'intervention dans un couloir commun. En secteur de chirurgie ambulatoire, les patients, pouvant aller jusqu'à 4, attendent sur fauteuil, dans une même pièce, équipée d'un seul paravent. La situation a été rectifiée. La mise en place de paravents était effective avant la fin de la visite. De plus, en raison d'un problème de travaux à la construction du nouveau bâtiment des urgences, la température de l'eau à l'U72 est insuffisante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. L'hospitalisation sans consentement fait l'objet d'un dispositif structuré incluant procédures, informations et formations des professionnels. Il est systématiquement recherché l'adhésion des patients, obtenu dans la majorité des cas. L'établissement prend en compte le respect de la confidentialité des informations relatives au patient tant sur le plan du dossier informatisé (paramétrage des écrans de veille) que des modalités de transport des dossiers (nom non apparent, pochettes de transport pour le brancardage...). Une procédure fixant les modalités de recueil du consentement éclairé du patient est diffusée et appliquée dans l'établissement. Elle pose le principe d'une information orale et laisse à l'appréciation du médecin l'opportunité de faire signer au patient un document attestant du consentement pour les gestes présentant un risque important de morbidité - mortalité .

Les professionnels des unités de soins utilisent des documents, mémos, fiches répondant à la nécessité de mieux informer le patient sur son état de santé et les soins qui lui sont prodigués. Les dispositifs d'annonces de dommages liés aux soins sont mis en œuvre.

La participation du patient ou de son entourage dans la construction des projets personnalisés de soins est effective notamment en secteur psychiatrique, SSR, court séjour gériatrique. Les modalités de prise en charge de la douleur établie par l'établissement associent étroitement les patients. Les services diffusent également aux malades, de nombreux supports réalisés en interne ou par les associations d'usagers permettant une meilleure compréhension des soins réalisés ou prévus. Les patients sont informés sur leurs droits et sur les missions de la CRU dans le livret d'accueil tenu à leur disposition dans chaque chambre. L'établissement procède aux affichages obligatoires (charte du patient hospitalisé et indicateurs obligatoires à destination des usagers). Toutefois le recueil du consentement éclairé n'est pas systématiquement tracé pour tous les actes invasifs notamment en radiologie interventionnelle et lors des transfusions. De plus, si les règles de prescriptions médicales pour les contentions sont respectées dans les services visités, dans le service de psychiatrie U 72 il a été constaté des prescriptions de contentions sous la forme d'un simple rapaphe du médecin dans le dossier patient sans qu'il soit précisé la nature exacte de la contention ni sa durée. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles n'est donc pas assurée systématiquement.

Un mail d'information de la pharmacienne responsable du logiciel PHARMA à tous les médecins prescripteurs du service a été envoyé pendant la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des questionnaires de sortie, des fiches d'évènements indésirables, des plaintes et réclamations ainsi que d'audits. Les membres de la CRU se réunissent 2 fois par mois pour analyser ces éléments. Une évaluation globale est faite par la CRU chaque année. L'établissement participe au recueil de satisfaction e satis.

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et sont articulées avec le programme institutionnel (prescriptions informatisées des contentions, annonces des dommages....) Les résultats sont communiqués à la CRU, le compte rendu est diffusé dans l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

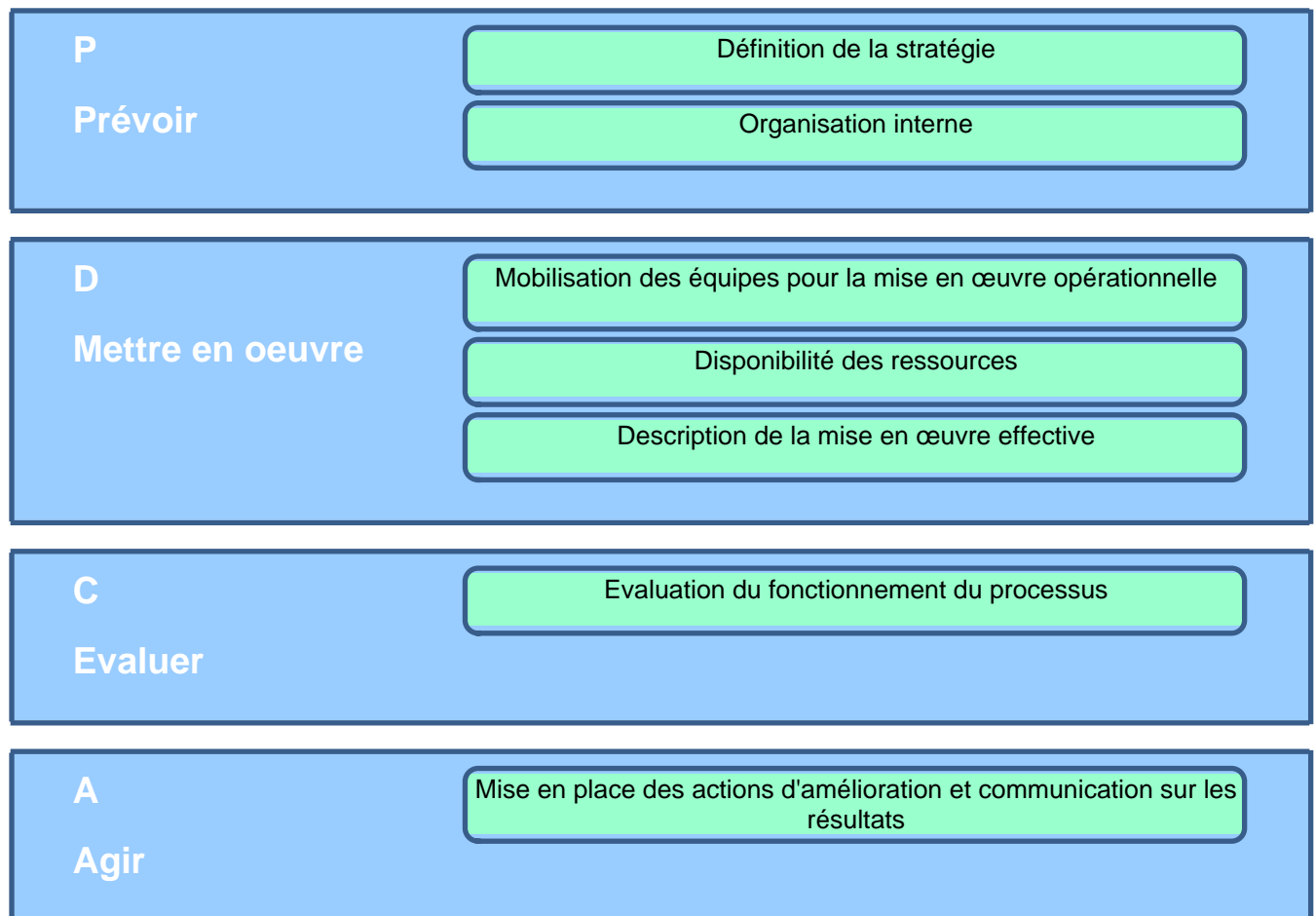
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini dans son projet d'établissement 2011-2015 et plus particulièrement dans le projet médical, une stratégie qui prend en compte les besoins de la population définis dans le projet régional de santé et l'analyse des risques. De plus le Centre Hospitalier est engagé dans le groupement de coopération sanitaire pour la psychiatrie et le MCO Sud Yvelines, dans l'objectif d'une meilleure articulation entre établissements du territoire. Le projet d'établissement a été validé par le conseil de surveillance, le Directoire et la CME après avoir été présenté à l'ensemble des instances consultatives concernées. Un programme d'actions priorisé est défini et alimente le compte qualité. Certaines de ces actions assorties d'indicateurs, sont intégrées dans le tableau de bord de suivi des contrats de pôles cliniques : identification des troubles nutritionnels, évaluation du risque d'escarre, délai et contenu des courriers de sortie, évaluation de la douleur ou encore taux d'évènements indésirables déclarés liés aux soins. Les résultats des indicateurs sont pris en compte pour actualiser le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le niveau de maîtrise des risques identifiés.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus est assuré par les acteurs chargés du management de la qualité et de la gestion des risques, à savoir : la Direction, le Président de CME et la Direction Qualité. Le pilotage opérationnel est confié à un groupe d'amélioration mis en place depuis plusieurs années sur la thématique « organisation de la prise en charge du patient ». Ce groupe piloté par un médecin et un cadre supérieur de santé et composé de médecins, de cadres para médicaux de chaque pôle, de soignants, et de représentants des usagers est chargé de la définition et de la mise en œuvre des actions d'amélioration issues des évaluations et notamment celles issues du compte qualité. Les rôles et les responsabilités sont formalisés par des fiches de poste et par un règlement intérieur établi pour les groupes d'amélioration par thématique.

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources en compétences (effectifs suffisants et formés) aux besoins de prise en charge en prenant en compte leur spécificité. un système de gardes et astreintes est défini par la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Les modalités de cette permanence font l'objet de tableaux de garde qui sont disponibles dans les services concernés, au standard et communiqués aux administrateurs de garde. Les acteurs de la permanence des soins sont munis de téléphone dédiés. Le dossier patient comporte : des fiches dédiées à l'évaluation initiale médical et infirmière et au suivi. L'accueil par les urgences d'une part et l'intervention d'internes en médecine spécialité psychiatrie, à chaque admission, permettent la prise en compte des besoins en soins somatiques et l'intégration d'un volet somatique dans le projet de prise en charge du patient. Les modalités de prise en charge somatique font partie des éléments décrits dans un mémento à destination des internes et validé par la CME.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est structuré. Le logiciel dossier patient des Urgences (psychiatriques) comporte parmi les champs obligatoires de saisie, un item évaluation du risque suicidaire. Par ailleurs le pôle de psychiatrie est doté d'une unité d'hospitalisation de 72h où le suivi du risque suicidaire est organisé et permet la prise en charge et/ou l'orientation du patient présentant un risque. Suite à une EPP menée depuis 2008 sur cette thématique au sein du pôle de psychiatrie, les modalités de prise en charge sont formalisées et une fiche d'évaluation et de suivi du risque suicidaire a été élaborée et intégrée au dossier patient papier. La formation au risque suicidaire constitue un axe du plan de formation continue.

Concernant la prise en charge de la personne âgée, l'établissement dispose d'un pôle de gériatrie avec une Unité Mobile Gériatrique composée d'un médecin gériatre et d'une infirmière formée à cette prise en charge spécifique. L'identification des patients âgés fragiles à partir des urgences est organisée grâce à une grille spécifique de dépistage réalisée chez les personnes de plus de 75 ans qui passent au SAU pour une chute. Lorsqu'ils sont considérés à risque, une consultation ou une journée d'évaluation en HDJ gériatrique à l'hôpital Richaud leur est proposée. L'organisation du service social est structurée. Il comprend une équipe de 11 assistantes médico éducatives placées sous la responsabilité d'un cadre socio-éducatif et réparties sur l'ensemble des pôles cliniques et permet d'assurer la prise en charge des personnes démunies ou en situation de précarité, comme par exemple l'organisation de consultations au sein d'une Permanence d'accès aux soins des plus démunis.

L'accueil et la prise en charge psychiatrique des patients détenus sont réalisés dans la filière urgences psychiatriques et à l'unité Pussin pour les femmes détenues à la Maison d'Arrêt des Femmes et sont formalisés par une procédure interne. Le dispositif de prise en charge des patients détenus dans les deux UCSA départementales comprend des temps d'intervention d'un médecin psychiatre et d'un psychologue

et l'organisation de consultations spécialisées : imagerie et soins dentaires ainsi que par télé-médecine : dermatologie, orthopédie, kinésithérapie. Un comité de coordination composé de membre de la direction, de médecins et des directeurs des Centres de Détention est en place pour améliorer les interfaces entre les différents acteurs.

Le dispositif de prise en charge des Urgences Vitales est défini. Un comité de la prise en charge des urgences vitales est constitué. Composé du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, d'un médecin réanimateur, d'un médecin du SAMU et d'un cardiologue, il est chargé de définir et de suivre l'opérationnalité du dispositif en place à savoir : l'attribution par service des chariots et défibrillateurs, l'actualisation du protocole en place et la constitution d'un programme de formation. Le dispositif prévoit l'appel sur un numéro dédié au service de réanimation, qui intervient immédiatement.

Concernant l'éducation thérapeutique l'établissement propose 11 programmes autorisés par l'ARS parmi lesquels : l'insuffisance cardiaque; le diabète ; l'asthme ; la Prise en charge des patients bipolaires ou encore la prise en charge des patients schizophrènes. La formation à l'éducation thérapeutique constitue un axe du plan de formation continue de l'établissement.

Des staffs hebdomadaires intra-services et des staffs inter-services sont planifiés à périodicité définie, comme par exemple : entre les services diabétologie et chirurgie, SSR et neurologie, réanimation et le laboratoire ou encore Urgences et radiologie.. Cette organisation permet la concertation pluriprofessionnelle autour de la prise en charge du patient et de son projet. Des réunions managériales institutionnelles entre la direction, la direction qualité, la direction des soins et les différents secteurs d'activité sont également organisées environ tous les deux mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les actions définies au sein du groupe thématique « organisation de la prise en charge » sont relayées par chaque binôme référent qualité de pôle puis par l'encadrement soignant. Les actions plus prioritaires sont intégrées dans les contrats de pôles cliniques. Ces plans précisent les responsables de l'action et le calendrier défini et font l'objet d'une actualisation annuelle entre l'encadrement soignant et la direction qualité. Les objectifs d'amélioration transversaux ainsi que les résultats, sont communiqués à l'encadrement soignant lors des réunions institutionnelles périodiquement planifiées entre les cadres supérieurs de pôle, les cadres de santé et la direction qualité ou lors des réunions des instances de concertation des pôles cliniques. Le cadre supérieur du pôle et le cadre de santé de l'unité s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Il s'appuie pour cela sur les résultats des indicateurs définis ou sur les événements indésirables signalés. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoins, comme par exemple : la mise en place d'une messagerie sécurisée entre l'établissement et les médecins généralistes afin d'améliorer les délais de transmission du courrier de fin d'hospitalisation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le programme de formation continue proposé aux équipes soignantes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement soignant en lien avec les médecins et la Direction des Soins. Les professionnels du Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences de l'établissement assurent la formation et/ou la réactualisation de la formation des personnels aux gestes d'urgence. Des ateliers d'entraînement aux gestes d'urgences sont proposés dans certains services (urgences, cardiologie...) aux infirmiers et aides-soignants. Les numéros d'urgence sont mis à disposition des services. Dans chaque service un chariot d'urgence est positionné sur une et jusqu'à trois unités de soins maximum, en tenant compte des possibilités d'accès rapide par les professionnels, en cas de besoin. Cependant, certains services identifiés à risque comme les salles d'endoscopies : digestives, bronchiques, urologiques, gynécologiques et ORL, ne disposent pas d'un chariot d'urgence et obéissent à une procédure différente des autres services. L'appel d'urgence est dirigé au service des urgences. Chaque chariot d'urgence ne dispose pas d'un défibrillateur. Le dispositif est en cours de réorganisation avec la dotation de 8 nouveaux défibrillateurs commandés et en attente de livraison.

L'existence d'un service d'urgence psychiatrique permet la mobilisation dans les meilleurs délais d'un médecin psychiatre pour réaliser l'évaluation du risque suicidaire du patient et définir l'orientation la plus adaptée. Des actions de formation continue sur cette thématique sont conduites annuellement.

Le rattachement de deux gériatres au service d'orthopédie favorise la réalisation d'un diagnostic rapide et systématique des troubles cognitifs des personnes âgées et l'orientation sur une consultation en SSR, le cas échéant. Le déplacement dans les services de diabétologues, pneumologue, neurologues permet le recours à des avis spécialisés. Une équipe de 9 diététiciennes répartie sur l'ensemble de l'établissement

permet des interventions au sein des services en fonction de besoins spécifiques : évaluation et prise en charge des patients, conseils et sensibilisation des professionnels. Une d'entre elles est rattachée au service neurologie et plus spécifiquement chargée en collaboration avec la cadre du service formée et une orthophoniste, au dépistage les troubles de la déglutition. Les actions sont coordonnées avec le CLAN qui élabore et met à disposition des professionnels des protocoles spécifiques tels : prévention de la dénutrition ou encore prévention des troubles de la nutrition.

La gestion documentaire est mise à disposition des équipes : procédures, protocoles, sous forme papier et sous forme informatisée. Chaque service dispose de documents élaborés en interne et de documents transversaux mis à disposition sur le réseau Intranet de l'établissement. La communication des documents créés ou actualisés est réalisée via la messagerie et relayée par le cadre supérieur référent qualité de pôle, le cadre supérieur et le cadre de l'unité de soins. Un plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement, selon une planification informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. La permanence des soins est assurée sur l'ensemble des activités 24h/24h et intègre la possibilité de recours aux spécialités et aux réseaux existants dont les numéros sont affichés dans les salles de soins.

La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins y compris les besoins somatiques en psychiatrie. Les résultats des examens de laboratoire et des examens complémentaires sont accessibles rapidement dans la partie informatisée du dossier patient qui en conserve l'antériorité. L'évaluation est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge et tracée dans le dossier sur les fiches dédiées. Cependant les experts ont constaté lors des investigations « patient traceur » dans les services de neurologie, SSR, pédiatrie que le livret d'accueil n'est pas remis systématiquement à tout patient accueilli.

Les projets de soins personnalisés des patients requérant une approche pluridisciplinaire tel l'oncologie, sont établis de façon concertée et révisés lors des RCP en prenant en compte la réflexion bénéfique/risque. La démarche est également menée dans le secteur de psychiatrie et de gériatrie lors des staffs hebdomadaires ou des réunions de synthèse. La participation des professionnels à ces réunions est tracée.

Les patients présentant un risque suicidaire sont identifiés au moment de l'évaluation initiale médicale et para médicale dans la plupart des services. Lorsque le risque est repéré il fait l'objet d'un ré évaluation quotidienne pendant plusieurs jours puis systématiquement avant la sortie du patient, notamment dans les unités de psychiatrie. La formation collective « Repérage et prévention du risque suicidaire a concerné 31 agents (psychologues, infirmiers, aides soignants, assistants sociaux) des services des urgences et de la psychiatrie, depuis 2012.

La mesure du poids et de l'IMC à l'admission du patient et au cours de l'hospitalisation est effectivement généralisée et saisie dans la partie informatisée du dossier. Depuis 2013, 129 professionnels (infirmiers et aides-soignants) ont bénéficié d'une formation sur les troubles de la déglutition.

Le personnel connaît le dispositif de prise en charge des urgences vitales. La vérification du chariot d'urgence est assurée et tracée selon la périodicité définie dans le protocole. Les formations sont assurées. Le programme DPC interne intitulé "Répondre à une situation d'urgence" est mis en œuvre depuis le début de l'année. Quarante infirmiers et aides-soignants en ont bénéficié. De plus 15 sessions de formation sur le thème "Détresse vitale", sont réalisées annuellement par le C.E.S.U. Le suivi des formations est effectué conjointement par le cadre de l'unité et le service de formation continue.

L'offre d'éducation thérapeutique est en place : les programmes autorisés par l'ARS sont mis en œuvre dans l'établissement. Une coordination avec les professionnels extra-hospitaliers et les réseaux est organisée. D'autres actions d'éducation sont menées en dehors des programmes et sont tracées dans le dossier.

La coordination entre les équipes médicales et les autres intervenants dans la prise en charge : psychologues, diététiciennes, personnels socio-éducatif et de ré éducation..., est effective par l'enregistrement de leurs observations respectives dans le dossier patient et la participation aux réunions pluridisciplinaires.

La sortie est organisée lors des staffs d'équipe en associant le patient et son entourage et les professionnels d'aval. Cependant, les informations nécessaires à la continuité des soins en aval de l'hospitalisation ne sont pas systématiquement communiquées dans le délai réglementaire comme le confirme le score de l'indicateur IPAQSS sur cet item.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement dans le cadre de l'évaluation de la démarche qualité/gestion des risques par les pilotes identifiés et lors des conseils de pôle biannuels, permettant le bilan de réalisation des objectifs qualité fixés.

Des audits sont réalisés périodiquement dans chaque secteur en lien avec la tenue du dossier patient : l'identification des troubles nutritionnels, l'évaluation de la douleur, l'évaluation du risque d'escarre ou les délais et le contenu des courriers de sortie, afin de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le traitement et le suivi des événements indésirables, la réalisation de RMM et de Réunions de concertation, le suivi des plaintes ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles sur des thématiques telles que : la Prévention du suicide, Cathéters périphériques aux urgences, ou prévention des escarres... contribuent à l'évaluation du processus. Les résultats sont communiqués aux professionnels par l'encadrement.

L'évaluation se fait sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs suivis par pôle clinique. La variation des indicateurs est analysée.

Les résultats sont communiqués par la Direction, le président de CME et ou la Direction qualité à l'encadrement soignant chargé de relayer aux professionnels de terrain.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité/ gestion des risques institutionnel. Parmi ces actions : la constitution d'un programme DPC sur la prise en charge des urgences vitales, l'élaboration de fiches spécifiques à la traçabilité du risque suicidaire, d'un mémento pour guider les pratiques des internes, la mise en place de la messagerie sécurisée pour l'envoi en temps réel des comptes rendus d'hospitalisation. La communication des résultats est réalisée auprès des instances y compris la CRU, lors des réunions institutionnelles d'encadrement et par le biais du site Intranet où chaque service bénéficie d'un espace d'informations partagé.

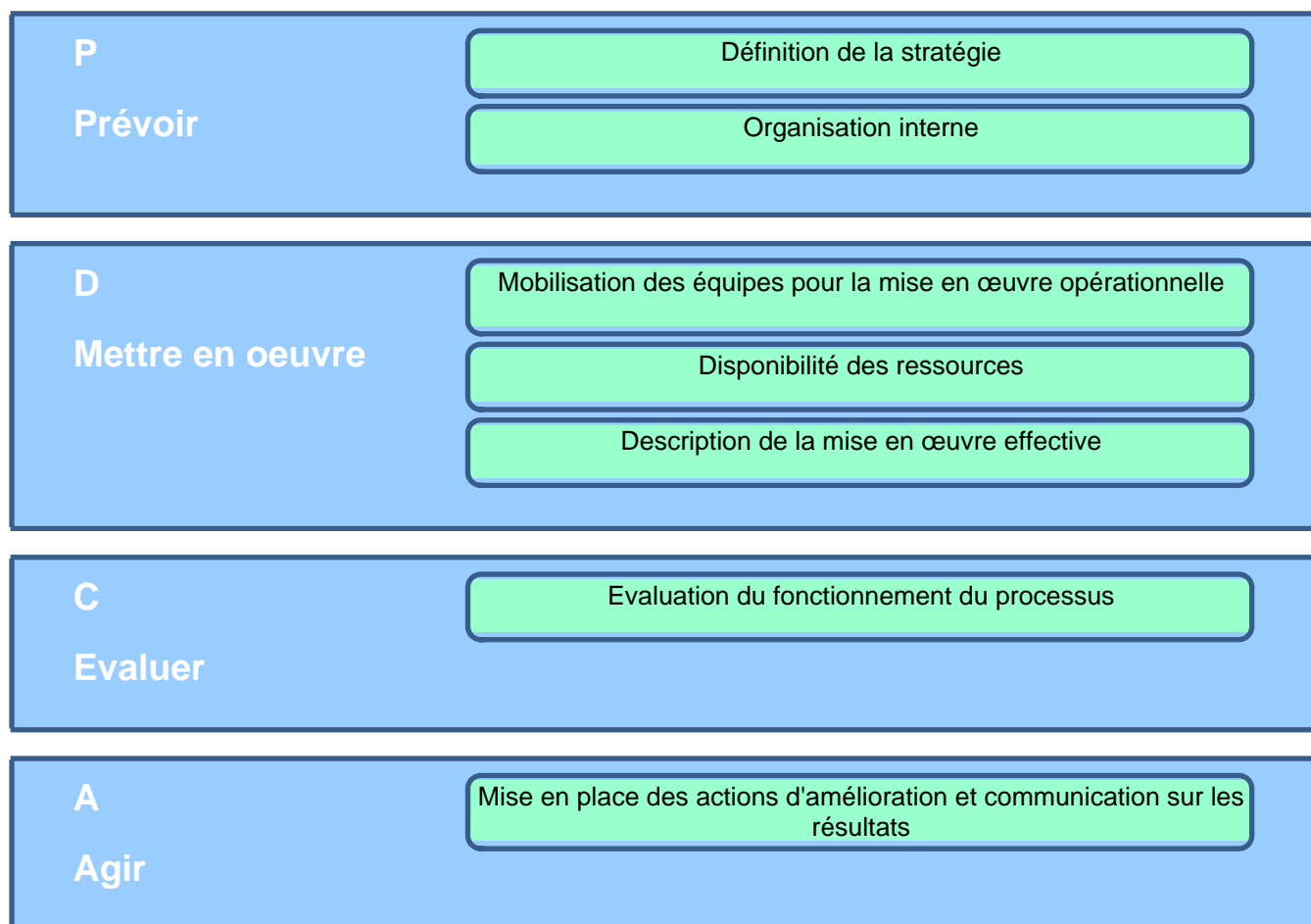
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins notamment celui d'assurer la continuité de la prise en charge du patient par l'ensemble des professionnels. Cette stratégie s'appuie également sur la base d'une analyse des risques propres à l'établissement. Elle est élaborée par un groupe permanent pluri professionnel, validée par la CME et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Elle repose sur l'existence depuis 1998 d'un dossier papier unique du patient et l'extension progressive d'un dossier patient informatisé.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la Direction de la qualité qui s'appuie sur un groupe de travail permanent. Sa composition est pluri professionnelle et comprend une représentation de la totalité des fonctions partie prenantes dans la conduite du processus. Les rôles et fonctions des professionnels concernés sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste.

Au regard des besoins et des risques identifiés par l'établissement, celui-ci a prévu les effectifs, compétences et moyens matériels nécessaires (locaux d'archivage pour les dossiers récents, archivage externalisé pour les autres, moyens de transfert des dossiers, moyens informatiques...).

La totalité des procédures utiles sont rédigées, validées et diffusées dans les unités. 3 procédures fixent les règles principales applicables au dossier unique partagé créé depuis 1998 : tenue du dossier, modalités d'archivage et modalités de communication aux usagers.

La procédure sur la tenue du Dossier Unique du Patient fixe sa composition (10 sous pochettes distinctes dont le dossier spécifique maternité) et les responsabilités des agents du service des archives, des secrétaires médicales, du personnel soignant dans la création de ces dossiers.

La coexistence d'un dossier papier et de données informatisées est organisée. Une liste récapitulative tenue à jour, permet d'indiquer où se trouvent les différents éléments du dossier : dans le dossier papier ou sur différents logiciels "métiers" producteurs d'informations (médicament, gestion administrative, urgences, laboratoire, PACS, programmation bloc, anapath, trajectoire...). Toutefois les compte rendus et synthèses sont systématiquement intégrés dans le dossier unique patient. Les interfaces entre professionnels et secteurs d'activité sont assurés au sein du groupe dossier du patient qui regroupe les catégories professionnelles concernées (médicales, soignantes et administratives). Les responsables des services concernés (qualité, coordination des secrétariats médicaux, archives, informatique, DIM...) s'assurent aussi de la qualité des interfaces. Les différents outils informatiques constitutifs du dossier informatisé sont interfacés et permettent les échanges d'information nécessaires à la prise en charge du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle visant à la création du dossier unique patient a débuté en 1998. Elle est déclinée dans chaque secteur d'activité auprès des personnels médicaux, soignants et administratifs notamment dans le cas de leur informatisation. Des actions de formations et sensibilisation sont organisées dans les différents secteurs notamment pour les secrétaires médicales. Les indicateurs issus des audits sur la tenue du dossier sont communiqués aux responsables de service permettant ainsi des actions correctives. Le schéma directeur informatique fixe les modalités de déploiement des applications "métiers". Ces déploiements sont accompagnés de formations à l'utilisation de ces nouveaux supports. Des plans d'action ont ainsi été définis et mis en œuvre dans certains secteurs en lien avec l'informatisation des données patients (urgences, SSR, cardiologie, ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences nécessaires à la mise en œuvre du processus sont disponibles dans les secteurs d'activité.

L'accès aux procédures est effectif sur le logiciel de gestion documentaire. Quant à l'accès au dossier papier par les unités de soins il est assuré par le service des archives dans des délais suffisants, ces derniers sont évalués. Le dossier informatisé permet l'accès en temps réel aux informations relatives au patient notamment pour les examens de laboratoire et les clichés d'imagerie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier unique, par sa conception très précise, répond aux obligations réglementaires relatives au contenu des dossiers. Il comporte les informations recueillies en consultations externes (pochette spéciale), lors de l'accueil aux urgences et au cours du séjour hospitalier (fiche de séjour, dossier de soins paramédicaux, examens paracliniques et exploration, dossier transfusionnel, don d'organe). Les informations formalisées en fin de séjour sont conformes (lettre de sortie, compte rendu d'hospitalisation, ordonnance de sortie...).

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge sont donc tracés dans le dossier du patient. Les modalités de tenue du dossier patient sont connues par les professionnels. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge est assurée en temps utile pour le dossier unique et en temps réel pour les informations numérisées.

L'accès du patient à son dossier est effectif. Le service qualité suit et trace les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier. Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue en matière d'accès du patient à son dossier. Les patients sont tenus informés, dans le livret d'accueil, des modalités de cette transmission. Des fiches remises au patient facilitent la formulation de la demande. Cette dernière et les délais de réponse sont tracés et font l'objet d'un bilan remis à la CRU. Cependant, les délais réglementaires de communication ne sont pas toujours respectés pour les dossiers de moins de 5 ans.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier du patient sur la base d'outils, d'indicateurs de tenue du dossier, de tableaux de bord sur les demandes d'accès des patients à leurs dossiers, bilan pour la CRU sur les droits des patients. Les événements indésirables sur le dossier font l'objet d'un suivi. L'établissement participe au recueil des indicateurs IPAQSS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées dans le programme d'action institutionnel. Il en est ainsi pour les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation pour lequel le service de médecine interne teste un courrier de sortie allégé permettant la communication au malade et à son médecin traitant d'avoir les éléments essentiels nécessaires à la continuité de la prise en charge avant la transmission du compte rendu d'hospitalisation complet. Cette procédure est appelée à être généralisée à l'ensemble de l'établissement si son évaluation est positive. La notion de tri du dossier par les IDE a été évaluée sur la base d'un audit. Des mesures correctives sur la qualité de ce tri ont été identifiées et des formations et sensibilisations ont été déployées dans les différents secteurs de l'établissement.

Les actions d'amélioration font l'objet d'informations à la CRU.

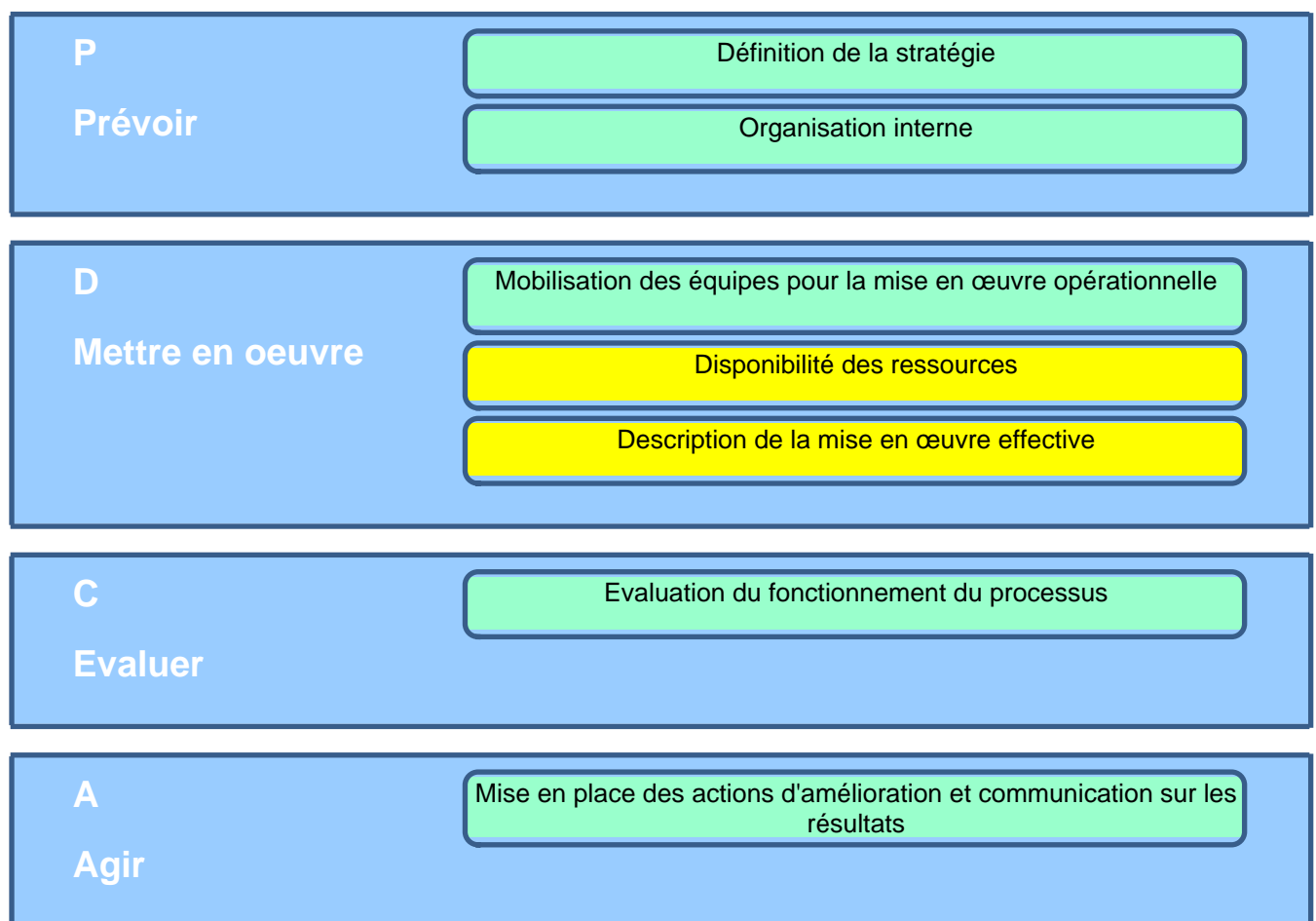
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de prise en charge médicamenteuse est définie au sein du Centre Hospitalier de Versailles (CHV). Les objectifs propres au circuit du médicament sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Les risques identifiés, à partir d'un outil d'audit reconnu par l'ARS, sont intégrés dans les éléments de gouvernance.

La prise en charge médicamenteuse du sujet âgé est un axe spécifique de cette politique. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le contrat du bon usage du médicament a été établi avec l'ARS d'île de France.

ORGANISATION INTERNE

Un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est identifié. Ses missions sont définies. Il assure notamment le pilotage du processus de la prise en charge médicamenteuse dans son ensemble. Les rôles et responsabilités de tous les acteurs sont identifiés et formalisés dans des fiches de mission. Des référents qualité sont nommés dans les pôles. Un référent pharmacie est rattaché à chaque service. Il existe un référent préparateur par service et un référent pharmacien par pôle.

Le manuel qualité, mis à jour et validé en avril 2014, décrit le circuit dans toutes ses étapes. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Les pharmaciens et les internes en pharmacie participent aux activités des services selon des champs de compétences définies (ex : chimiothérapie, antibiothérapie, conciliation sur les prescriptions chez le sujet âgé). Des formations de sensibilisation aux risques d'erreur médicamenteuse sont prévues pour les professionnels. Les locaux de la PUI sont organisés en intégrant une unité de reconstitution médicamenteuse et une salle de reconditionnement de médicaments en dose unitaire. Les unités de soins sont diversement équipées (armoires sécurisées avec digicode ou traditionnelle, chariots à médicaments,...).

La documentation est rédigée. Plusieurs outils sont en accès sur les ordinateurs et intégré dans le logiciel de pharmacie. Les règles et supports de prescription ont été validés par les prescripteurs.

La gestion des interfaces est organisée formellement avec des contrats pharmacie par service. L'informatisation est complète sur l'ensemble de l'établissement. La réanimation a un logiciel spécifique connecté à l'ensemble des équipements de surveillance du patient et à l'armoire à pharmacie. Une procédure dégradée est prévue en cas de panne informatique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le système de management de la qualité et les référents qualité de pôle ou de secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Des actions de communication et des formations sont développées. La COMEDIMS diffuse ses comptes rendu et décisions à tous les cliniciens et référents pharmacie. Le système de management de la qualité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (ex : gestion de l'armoire à pharmacie des unités, gestion des dotations, suivi des stupéfiants). Cependant, l'appropriation par les professionnels des outils permettant la sécurisation de la gestion des médicaments périmés n'est pas évaluée et réajustée. La procédure institutionnelle de gestion des médicaments périmés existante n'a pas fait l'objet d'une diffusion auprès de l'ensemble des professionnels. En l'absence de connaissance de cette procédure, les pratiques des professionnels reposent ainsi sur des usages propres à chaque service. Une mesure corrective a été réalisée au décours de la visite. Au besoin, en fonction des situations rencontrées des actions correctives sont identifiées et sont intégrées dans le programme qualité en lien avec le médicament.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les différents services disposent des compétences suffisantes et formées à la prise en charge médicamenteuse. La permanence pharmaceutique est assurée 24/24h et connue des services. La documentation incluant tous les protocoles, procédures et supports nécessaires, est accessible sur tous les postes de travail. Le logiciel de prescriptions est accessible également. Des outils ont été créés, notamment pour faciliter la traçabilité du double contrôle lors de l'administration du médicament dans certaines situations (pompe à morphine, chimiothérapie).

La PUI dispose de 3 automates permettant une préparation automatisée et sécurisée de la commande des unités. La chaîne du froid est respectée et tracée. Les services prioritaires (réanimation, pédiatrie néonatalogie, urgences, USIC et USINV) ainsi que les services rénovés (diabète) disposent d'armoire à médicaments sécurisée avec digicode à détection tactile. L'armoire s'ouvre directement sur le produit demandé et la préparation de la commande est retournée automatiquement à la PUI. Cependant, l'ensemble des services de l'établissement ne dispose pas de locaux permettant le respect des bonnes pratiques. Dans un service en hôpital de jour, les conditions de préparation des produits médicamenteux permettant une préparation satisfaisante et sécuritaire ne sont pas réunies : la salle de soins est réduite, bruyante et multi-fonctions (accueil des patients, préparation des médicaments, bureau de l'infirmière et dossiers patients, stockage des DASRI des soins de patients, plan de nettoyage). La surface de travail est réduite alors que l'on comptabilise environ 25 passages par jour (traitement chimiothérapie, transfusion sanguine, perfusions multiples,...). L'unité ne dispose pas de lieu de stockage intermédiaire des déchets d'où l'introduction de ceux ci aux retours des soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un enregistrement du traitement personnel est effectué à l'admission, revu au long du séjour et prescrit à la sortie ; ce qui permet la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie. Les médicaments personnels sont restitués à la sortie avec un tri si nécessaire.

Les prescriptions sont faites via un logiciel informatique unique pour l'ensemble des services. Une transmission papier est également donnée lors du passage des urgences vers une unité ou à la sortie de réanimation puisqu'ils disposent de dossiers différents.

Les bonnes pratiques sont suivies au niveau de la PUI ainsi que lors du transport des médicaments. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 100%. Les bonnes pratiques sont suivies lors de la préparation et la dispensation des médicaments à risque (ex : chimiothérapie). La livraison des commandes est tracée et signée à la réception. Les unités sont livrées pour les chimiothérapies. Des casiers sécurisés à l'entrée de la PUI permettent de récupérer rapidement les bons de demande de pharmacie préparés. Cependant, le stockage des médicaments dans les services ne permet pas la sécurisation du circuit du médicament. Les règles de conservation des médicaments buvables ouverts en pédiatrie ne sont ainsi pas connues. Le service de pédiatrie ne dispose pas de tableau de durée de conservation d'un médicament buvable ouvert. La date d'ouverture est notée sur la boîte du médicament concerné entamé mais l'infirmière ne peut pas savoir la date limite d'utilisation. Il existe un tableau sur le site intranet de la pharmacie depuis septembre 2013 indiquant les durées de conservation. Une communication a été faite au service pour rappeler l'existence de ce document et une affiche a été apposée dans la pharmacie du service de pédiatrie. Dans plusieurs services, il a été également constaté des chariots de dispensation des infirmières préparés pour plusieurs tours de dispensation. Par exemple, une infirmière entasse sur son chariot les médicaments et perfusions du tour de 14h et de celui de 16h afin d'optimiser son organisation et être prête pour le tour suivant (le temps de terminer le tour de 14h, il est 16h et il faut recommencer). De ce fait, des poches de perfusions injectables percutées peuvent rester plusieurs heures sur les chariots et dans le couloir.

Les modalités permettant la sécurisation de l'administration des médicaments dans les unités de soins ne sont également pas toujours respectées. Dans plusieurs unités, il a été constaté sur les paillasse des salles de soins, des médicaments injectables sortis de l'armoire pour anticiper la préparation de l'administration. Ces médicaments couvrent toute la durée du temps de travail. Les produits stationnent ainsi jusqu'au moment de leur utilisation. De plus, dans certaines unités, il existe une retranscription du médicament à partir de la prescription informatique : l'infirmière recopie le nom du médicament et sa posologie depuis la prescription initiale sur une note papier et se sert de cette note pour préparer les doses de médicaments injectables. Au moment de l'administration au lit du patient, une vérification de concordance est faite à partir de la prescription informatique. L'administration est tracée au moment de sa réalisation.

Le patient est informé sur le bon usage du médicament. Plusieurs supports sont à disposition (anticoagulant, diabète..). Un dépliant à destination des patients en hôpital de jour explique les motifs d'attente et la durée estimée des thérapeutiques.

Les interfaces entre les secteurs et la pharmacie sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a organisé l'évaluation de son circuit dans chaque pôle en 2012 et prévoit une nouvelle campagne début 2016 suite aux actions mises en place. Le responsable du système de management de la qualité médicamenteuse centralise les indicateurs issus du contrat de bon usage. Les services disposent

de différents tableaux sur leurs consommations. Une étude "conciliation médicamenteuse" est en cours afin de mettre en lien le nombre et la classe médicamenteuse avec le diagnostic et l'état de santé du patient. Les évènements indésirables sont recueillis et analysés avec les professionnels concernés. Des CREX sont en place, des actions correctives en découlent et sont intégrées dans le plan d'action global. Suite aux audits, chaque secteur a connaissance de ses résultats.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les différentes unités bénéficient progressivement de nouveaux matériels (armoire sécurisée, chariot à médicament). Les formations intègrent des scénarios de jeu de rôle. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée au niveau de la PUI et auprès des professionnels. Des affichages en lien avec le médicament sont diffusés.

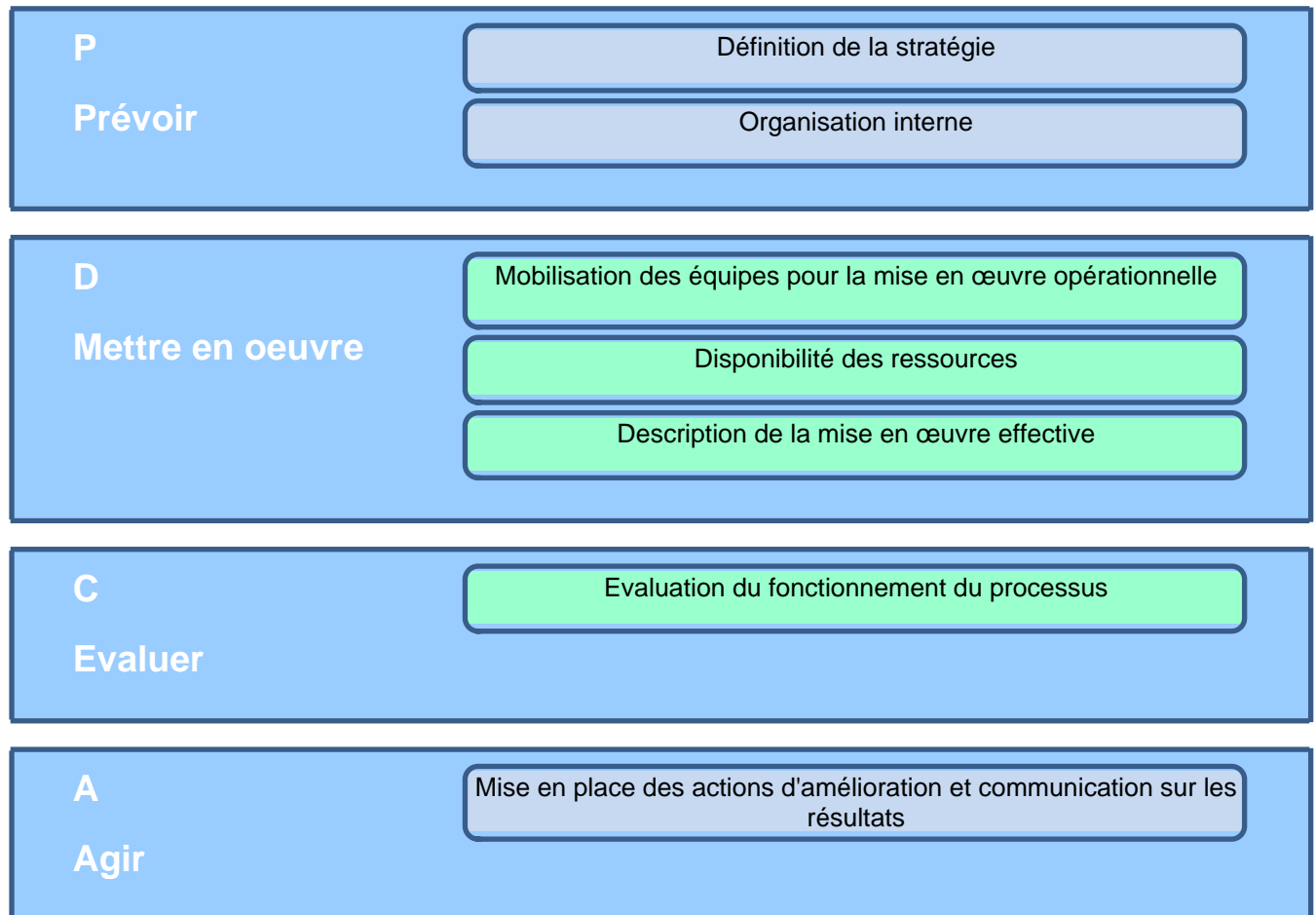
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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 du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) couvre les trois types d'accueil que sont les urgences générales (UNV, cardiologie, gynécologie, maternité, réanimation, traumatologie...), les urgences pédiatriques et les urgences psychiatriques. 50% des patients arrivent via la régulation du Centre 15 et 50% se présentent spontanément à l'accueil des urgences. Le service des urgences a défini sa politique et ses objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins de la population du bassin des Yvelines, du contexte et d'une analyse de ses risques. Validée par les instances concernées, la politique est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les besoins et les risques sont réévalués régulièrement et servent la mise à jour des objectifs plusieurs fois par an au besoin. La prise en charge spécifique des différentes catégories de population, selon l'évaluation d'un degré de vulnérabilité est notamment définie dans cette politique. L'augmentation croissante de l'activité du service, sans perspective de ralentissement, est anticipée par le secteur.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est établie pour piloter le service des urgences : le règlement intérieur est défini ; l'organisation est coordonnée sur l'ensemble du parcours en lien avec le SAMU, le SMUR, les urgences et les services de suppléance. Des conventions sont établis avec les principaux établissements extérieurs partenaires (structures d'aval ou de spécialités). Les rôles et responsabilités (dont un référent de pilotage désigné) sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'organisation est connue de l'ensemble des acteurs du territoire.

Au regard des besoins et risques identifiés, les ressources humaines en compétence sont affectées. Un important suivi d'indicateurs d'activité sur les années précédentes est en effet réalisé afin de permettre une mobilisation des équipes au plus proche des besoins (jour/PDSA, impact des conditions météorologiques, suivi de vulnérabilité...). Cette organisation peut être revue en cas de besoins particuliers identifiés. Des formations destinées à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux sont organisées. Les locaux récents sont spacieux, équipés d'un matériel moderne adéquat. Les procédures et protocoles nécessaires sont formalisés pour chaque type de prise en charge.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Des évolutions du logiciel interne sont proposées en fonction de l'évolution des besoins du service. Des rencontres régulières avec les différents services de l'hôpital permettent de synchroniser et de valider les organisations. Les divers plans d'organisation en urgence sont établis (plan de secours, plan canicule...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de risques et des besoins propres au secteur des urgences, les responsables de chaque services organisent la déclinaison de la démarche au sein de leur service. Les plans d'action en découlant sont assortis d'objectifs et de moyens de mise en œuvre opérationnelle.

Les responsables des urgences et du SAMU sensibilisent régulièrement et en étroite collaboration, les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Des réunions hebdomadaires, réunions de service, staffs permettent de transmettre des informations avec régularité. Les tableaux de bord d'activité en temps réel s'affichent pour les agents de régulation d'appel. Des synthèses mensuelles et annuelles sont éditées, commentées et affichées. Dans le logiciel utilisé dans tous les services d'urgences, les délais de prise en charge sont affichées par patient. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes. Un poste d'infirmière spécifique en salle d'accueil a été créé ce qui permet de détecter les urgences en salle d'attente, de renseigner et de guider les patients en attente de leur prise en charge. La majorité des médecins et paramédicaux suivent des formations spécifiques et complémentaires à la gestion des urgences. Des formations sous forme d'exercice de simulation, à destination de tous les professionnels sont mises en œuvre : le service a des locaux équipés de mannequins et de vidéo permettant l'exercice. Une analyse de la simulation est réalisée avec des seniors formés à cette pratique. Deux sessions de ces formations sont réalisées chaque semestre. Les protocoles sont accessibles à tous moment dans la gestion documentaire. Des outils, dont un livret d'accueil, sont fournis lors de l'accueil de tout nouvel arrivant (interne en médecine, paramédicaux). Les

locaux datent de 2013. Le matériel et les équipements sont parfaitement adaptés aux besoins du service et en dotation satisfaisante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs des urgences mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

La confidentialité et la dignité du patient sont respectées. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les services s'engagent à avoir 2 lits disponibles chaque jour afin de fluidifier le taux d'occupation des urgences et de l'UHCD. Un contact téléphonique est toujours établi avant transfert. L'UHCD parvient à gérer son taux d'occupation. Les relations sont développées avec les professionnels de l'équipe mobile de gériatrie.

La traçabilité est assurée dans le dossier patient des urgences. Une feuille de synthèse est éditée et jointe lors de transfert vers une unité. Les urgences utilisent le même logiciel de prescriptions que les services.

La commission des admissions et de consultations non programmées (CANOPE) a développé des relations satisfaisantes avec les services internes et le réseau extra hospitalier. L'engagement de suivi de patient après la sortie en cas de nécessité est respecté ce qui facilite les sorties des urgences. Les diverses réunions organisées facilitent la communication et la connaissance de chaque secteur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, etc.). Le SAMU suit des indicateurs d'activités, des indicateurs de structure (nombre d'appel entrants et sortants, les orientations...) et de performance (le temps de décrochage d'un appel...). Les urgences assurent également un relevé d'indicateurs (nombre de passages, d'hospitalisation, le délai de prise en charge...). Les réunions hebdomadaires et la proximité d'exercice permettent de développer une réactivité à l'analyse des situations et aux réponses à apporter. De multiples EPP sont développées (ex : soins sans consentement, risque suicidaire, prise en charge des situations de fin de vie par le SAMU, prise en charge dans une pathologie à travers l'analyse des plaintes...).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Leur efficacité est évaluée et permet le réajustement des objectifs. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Des écrans diffusent des graphiques en temps réels au niveau du SAMU. Les services reçoivent des tableaux synthétiques et visuels. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers. Une communication est faite auprès de la CRUQPEC. Les données d'activités du SAMU sont communiqués à l'ensemble des établissements d'aval.

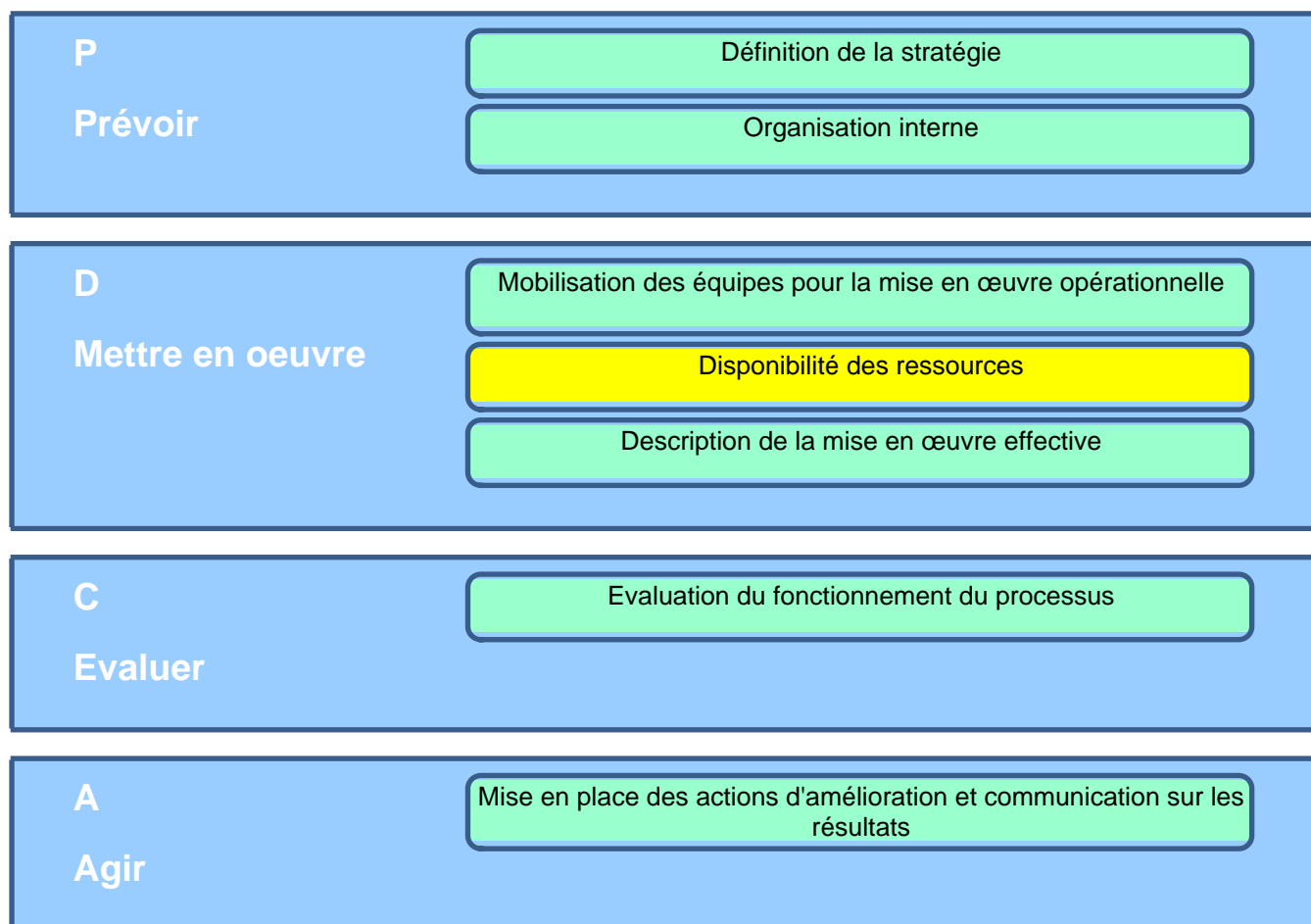
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire centralisé du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) est situé sur le site principal Mignot. Il se compose de 11 salles opératoires pluridisciplinaires partagées entre les différentes spécialités chirurgicales de l'établissement. Une salle est dédiée aux césariennes et une salle est dédiée aux endoscopies digestives et à l'imagerie interventionnelle. Il existe une stratégie et des objectifs propre au secteur du bloc opératoire, élaborés sur la base d'une identification des besoins et des risques. Cette identification a été formalisée récemment dans une cartographie des risques du bloc opératoire qui identifie les risques selon leur gravité et leur fréquence. Une priorisation des actions est établie en fonction de la criticité. Un logigramme du processus est élaboré pour décrire les étapes chronologiques des prises en charge. Le contexte particulier lié à la vétusté des locaux du bloc opératoire a également servi l'identification des risques avec, notamment, la priorisation des salles de blocs et locaux nécessitant des travaux de réfection. La stratégie intègre une démarche qualité documentée et actualisée visant la sécurité de la prise en charge du patient au bloc opératoire et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité. Toutefois, le plan d'action n'est pas finalisé, communiqué et n'a pas été présenté aux instances. Les actions déclinées ne sont pas toutes assorties d'une échéance permettant une priorisation. Ce programme n'a d'ailleurs pas été communiqué aux équipes de professionnels de terrain qui n'ont pu se l'approprier.

ORGANISATION INTERNE

Le CHV a établi une organisation pour piloter le processus du bloc opératoire. Celle-ci est défini dans une charte de bloc en cours de réactualisation et de validation par le Conseil de bloc. La charte précise ainsi les missions, ressources, règles de fonctionnement et d'organisation du bloc opératoire. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Ainsi, le Conseil de bloc se réunit deux fois par an en session plénière et tous les deux mois en session restreinte. Ses comptes-rendus sont disponibles.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (équipements, maintenance, etc.) et documentaires (des procédures et protocoles sont formalisées pour le secteur) nécessaires.

La gestion du programme ambulatoire est organisée en conformité aux règles et à la spécificité des bonnes pratiques de ce type de prise en charge.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En effet, la programmation est organisée via un logiciel de programmation et de gestion des flux permettant l'interface entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. Certains principes comme la mise à disposition d'une plage spécifique dédiée tous les après-midi pour la gestion des urgences sont définis. Par ailleurs, trois logisticiennes sont identifiées pour assurer les liaisons avec les services transversaux : stérilisation, pharmacie, biomédical ect.... La fonction transport et brancardage est organisée par le bloc : une IBODE du bloc régule l'activité des AS brancardiers au sein de l'ensemble du secteur, via le logiciel de programmation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La récente identification des risques, incluant la démarche qualité, est déclinée en objectifs et plan d'actions opérationnels propre au secteur du bloc opératoire. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus via les staffs hebdomadaires. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en adéquation avec les besoins du secteur opératoire. Les professionnels bénéficient d'une formation hebdomadaire à caractère transversale ou soit à caractère spécifique tous les vendredi matin sur un temps dédiée (le programme opératoire démarrant une heure plus tard tous les vendredi à cet effet). Une formation "nouvel arrivant" est réalisée ainsi qu'un tutorat systématique sur un temps défini par fonction. Les procédures et protocoles formalisées pour le secteur opératoire sont accessibles par tous les professionnels via l'intranet. Cependant, les locaux du bloc centralisé ne permettent pas la prise en charge du patient dans les conditions sécurités requises.

Ces locaux du bloc, exigus et vétustes, créent des croisements du circuit entrée et sortie du patient sur un sol très dégradé avec un revêtement détérioré, scotché en de nombreux endroits. Celui-ci est prévu d'être totalement changé courant de l'été 2015. La salle d'intervention numéro 6, toujours en activité, présente un plafond avec des cloques et des écailles. D'autre part, le local DASRI du bloc opératoire, commun avec le secteur réanimation, n'est pas sécurisé et ne présente aucune possibilité de sécurisation (porte ouverte sur un couloir, signalétique inefficace, pas de serrure, cadre de porte très détérioré).

D'autre part l'organisation des circuits ne permet pas le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients. Les patients attendent d'accéder à la salle d'intervention dans un couloir commun aux salles de bloc. En secteur de chirurgie ambulatoire, des patients pouvant aller jusqu'à 4 attendent sur fauteuil, dans une même pièce, équipée d'un seul paravent. Ces espaces, non équipés de système palliatif aux locaux exigus, ne permettent pas la préservation de l'intimité des patients. Malgré l'identification de ces risques par l'établissement, aucune mesure transitoire, dans l'attente de travaux de réaménagement, n'a été mise en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de terrain du bloc opératoire connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Leurs pratiques, dont le contrôle de l'identité du patient, sont conformes aux règles établies dans la charte de fonctionnement et aux procédures établies. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La programmation est informatisée et préparée en amont par les staffs hebdomadaires des différentes spécialités et un staff spécifique de programmation commun est effectué tous les jeudi pour la semaine suivante. La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est utilisée et tracée sur un mode papier puis intégrée au dossier papier unique du patient. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes est réalisée et inclut une vérification effectuée sur un logiciel de gestion semi-informatisé avec une saisie manuelle, sécurisée par un double contrôle systématique par une des "logisticiennes" du bloc opératoire le lendemain de chaque intervention. La traçabilité du bio-nettoyage et de la procédure d'ouverture de salle est effective sur le logiciel de programmation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs d'utilisation de la check-list Sécurité du patient au bloc opératoire, réalisation d'audits, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels sont organisés par chaque spécialité en interne à chaque service, de même que les comités de retour d'expérience et les Revues de Morbi-mortalité qui sont pratiquées dans chaque discipline chirurgicale. Depuis un an, l'analyse de chaque événement indésirable est réalisée dans le cadre du conseil de bloc avec un retour sur les analyses conduites à la direction qualité et gestion des risques (QUARIS) et aux professionnels concernés.

Suite à un accident une RMM pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire a été initiée par le conseil de bloc.

Deux EPP à caractère transversal (EPP sur la pertinence de l'antibiothérapie au bloc opératoire et EPP sur le lavage des mains aux SHA) ont été conduites par le SPRI en lien avec le conseil de bloc.

A / AGIR

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

Les résultats d'indicateurs conduisent à des actions d'amélioration mises en œuvre. C'est le cas par exemple de l'évaluation d'utilisation de la check-list Sécurité du patient au bloc opératoire qui a conduit à l'élaboration d'une procédure des modalités de remplissage et de conservation. Une nouvelle évaluation de l'utilisation de la check-list est en cours ; cette nouvelle évaluation permet de mesurer l'impact de l'action d'amélioration mise en œuvre. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le dernier recueil et l'analyse de l'indicateur IPAQSS "Tenue du dossier d'anesthésie" en C a conduit l'établissement à revoir tout le dossier d'anesthésie. Un nouveau dossier d'anesthésie uniforme vient d'être présenté au staff de la discipline.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

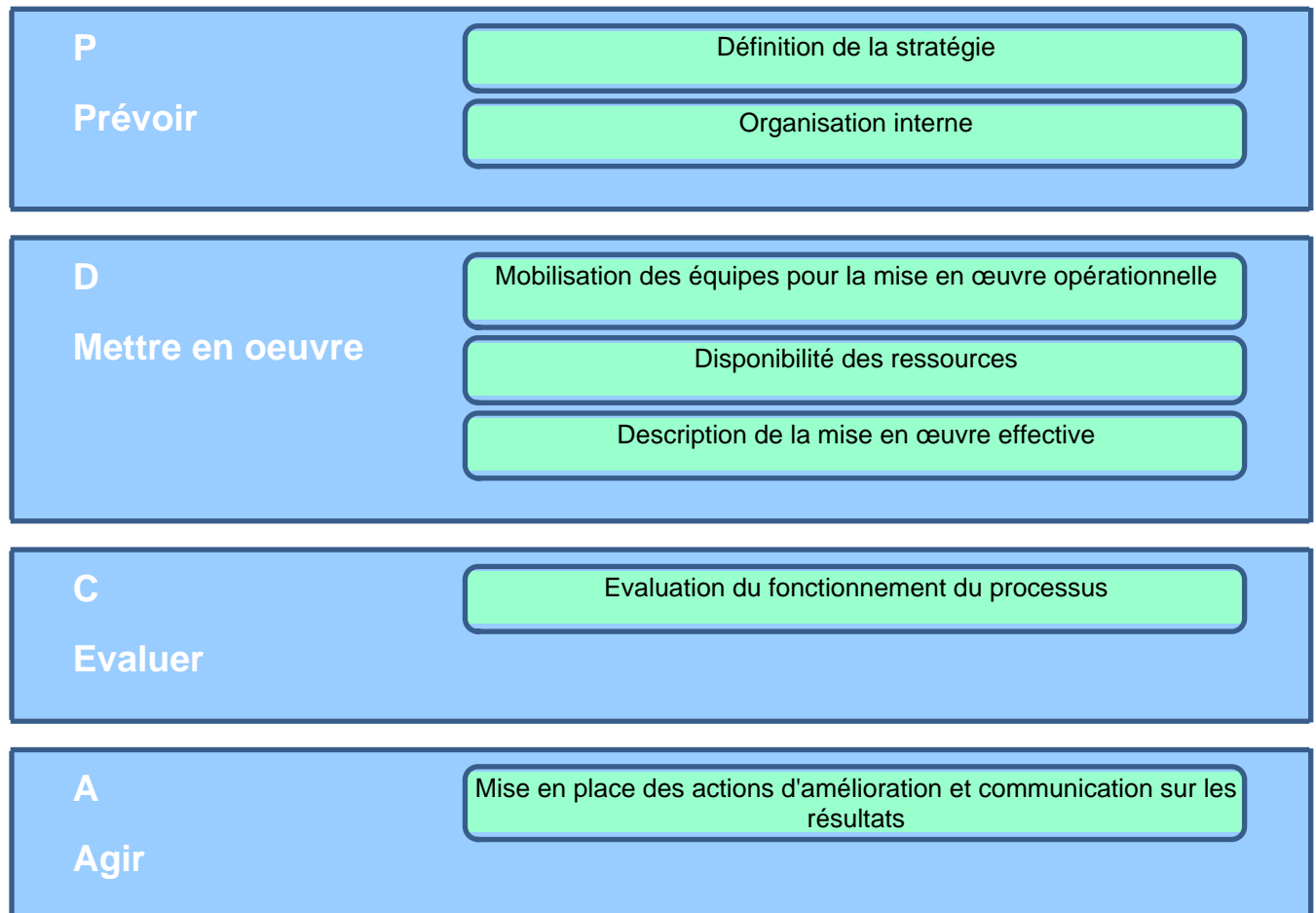
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins des cliniciens du bassin des Yvelines et d'une analyse des risques propres à la spécificité de la médecine nucléaire. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le service vient d'intégrer des locaux neufs répondant aux besoins et aux normes réglementaires. Suite à la visite de conformité effectuée par l'ASN, le premier patient a pu être accueilli le 11 mai 2015.

ORGANISATION INTERNE

Le chef de service et le cadre du service pilotent le processus de prise en charge en médecine nucléaire. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les permanences de soins sont organisées. Les besoins sont identifiés. Diverses compétences sont réunies, par exemple en radio protection, en radio pharmacie. Les nouveaux locaux permettent le respect des circuits de prise en charge pour les adultes, les enfants, les patient couchés. Le service est doté des ressources humaines utiles. Les matériels sont présents avec une documentation accessible. Des formations sont organisées. Les locaux sont spacieux et agencés selon l'activité. Le CHV est désormais doté de 2 gamma caméras nouvelle génération et d'une caméra TEP-TDM. La documentation comprenant les procédures, protocoles et manuel en lien avec les équipements sont formalisés.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La démarche d'identité vigilance est déployée au sein du service, dans une réelle démarche de culture qualité. Le réseau est établi avec les praticiens de ville et les établissements des environs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques spécifiques, le management du service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Le plan d'actions est opérationnel. Les professionnels sont fortement sensibilisés sur les risques identifiés. Le port de dosimétrie est systématique pour tous les agents. Un contrôle de non radio activité est effectué avant de quitter le poste de travail. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Par exemple : contrôle global du suivi des dosimètres, respect des posologies radioactives à injecter et traçabilité. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin ou lors de dysfonctionnements. Les agents sont formés périodiquement (tous les 3 ans) à la radioprotection. La médecine du travail veille à ce que les doses reçues par le personnel ne dépassent pas les limites réglementaires imposées par le code du travail.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives pour la technicité du service. Des formations sont suivies par les professionnels. La disponibilité pour la réalisation des examens est effective, la réponse à une urgence est immédiate ou dans la demie journée selon la demande du clinicien. Les patients peuvent obtenir un rendez vous dans un délai minimum de 8 jours. La mise à jour de la documentation a été effectuée suite à l'acquisition des nouveaux outils et le déménagement. Les patients disposent de fiches d'information sur l'examen programmé. L'évacuation des effluents est assuré dans un réseau spécifique. Les déchets radio actifs sont tous déposés dans des containers plombés. Les sacs déchets stationnent en salle de décroissance, puis passe sous un portique de détection de radioactivité avant évacuation vers l'extérieur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations définies sont effectives. Les interfaces sont opérationnelles avec l'ensemble de l'établissement (ex : cardiologie, pneumologie, neurologie, pédiatrie,...). La régulation des activités est garantir (rappel la veille, information sur le déroulement de l'action et conditions de réalisation). La traçabilité des actions et des soins est assurée. L'examen réalisé est directement enregistré dans la base informatique. Le médecin a accès au dossier patient informatisé. Le compte rendu peut être donné soit au patient directement si cela le permet, soit être adressé dans les 24h au médecin adresseur. Les pratiques professionnelles respectent les procédures et recommandations réglementaires pour la médecine nucléaire. La délivrance de médicament radiopharmaceutique est organisée, le radiopharmacien étant présent dans le service. La seringue est fournie dans son container plombé. Une traçabilité rigoureuse est réalisée sur l'ensemble des activités (actes de soins, produits radioactifs et dose administrée,

maintenance des appareils, déchets,...)

Tout évènement indésirable est traité quasiment en temps réel avec les professionnels impliqués.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service de médecine nucléaire s'assure de l'avancée et de l'évaluation des actions mises en œuvre. Le service dispose d'indicateurs et de tableaux de bord quantitatifs et qualitatifs. Un suivi rigoureux est réalisé et tracé sur le circuit du médicament radioactif. Une évaluation de la satisfaction des usagers a été réalisée et témoigne d'avis satisfaisant sur le service.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont recensées dans un tableau de suivi interne qui est intégré avec le programme d'actions institutionnel. Le service transmet son tableau d'actions mentionnant pilotes, niveau de réalisation et échéancier à l'ASN. La diffusion des informations et des résultats est réalisée selon des supports et des modalités de diffusion établis. Les réunions de service permettent de communiquer sur les résultats.

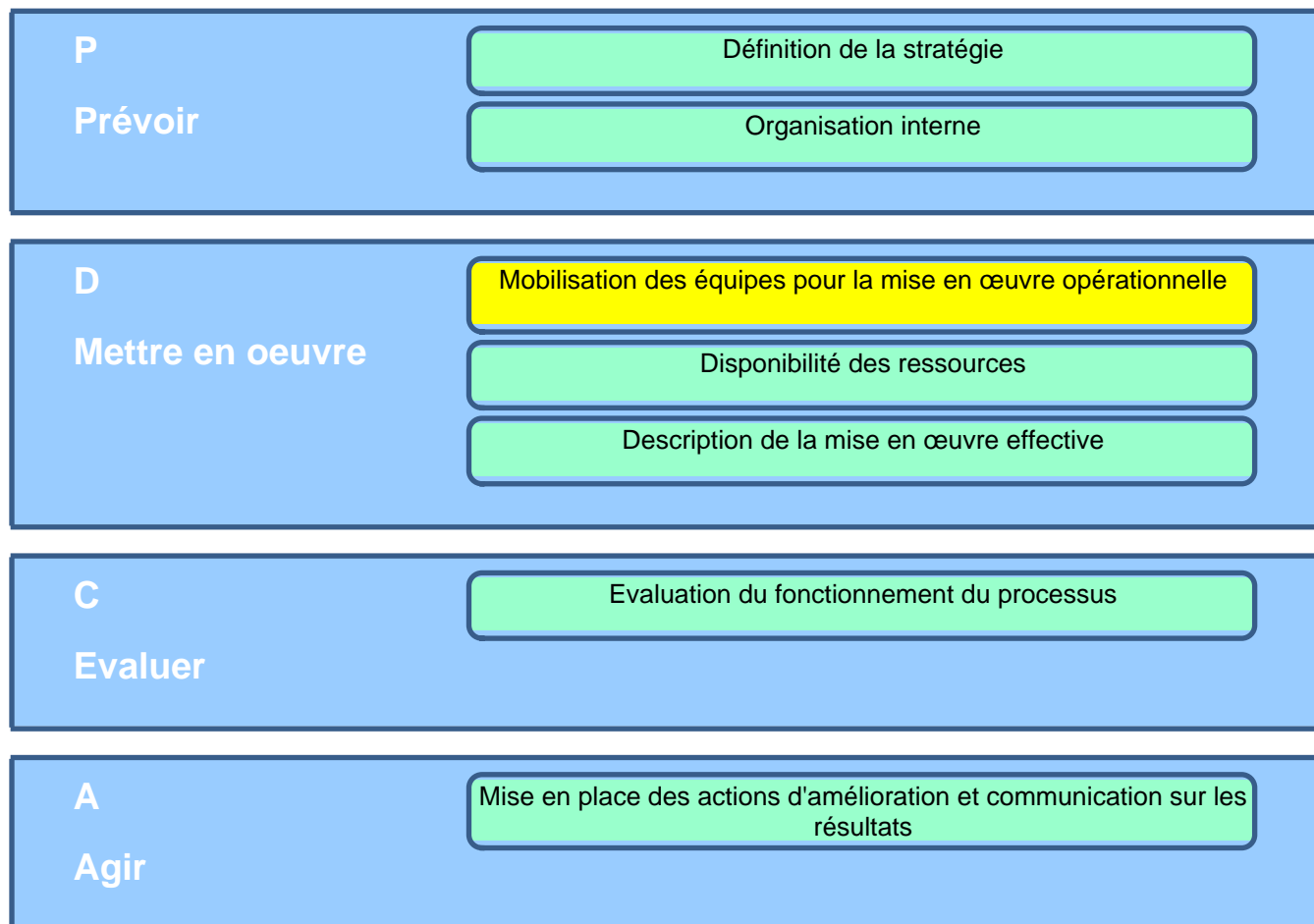
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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'activité d'imagerie interventionnelle du Centre Hospitalier de Versailles (CHV) est divisée en deux spécialités, pilotées par des responsables différents : la coronarographie et la radiologie interventionnelle. L'activité est organisée sur trois sites. Il existe une salle de coronarographie interventionnelle. Au sein du service d'imagerie de l'établissement, trois salles sont dédiées aux actes d'imagerie interventionnelle tels que les artériographies, les drainages, les ponctions biopsies et les embolisations. Le bloc opératoire centralisé dispose également d'une salle nommée "séri" qui constitue le troisième site où peuvent être pratiqués certains actes de cardiologie interventionnelle sous anesthésie générale et des actes d'imagerie interventionnelle sous anesthésie.

Les deux spécialités (cardiologie et radiologie) fonctionnent très individuellement. Sur le secteur de la coronarographie, il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres. Sur le secteur de la radiologie interventionnelle, les risques majeurs ont été identifiés et des actions préventives sont mises en place de manière systématique pour la prise en charge des patients ayant des actes à risque : trousse d'urgence disponible sur chaque secteur, matériel systématiquement préparé pour les biopsies pulmonaires ou les actes à risque de pneumothorax, ... Le secteur de la radiologie interventionnelle a prévu de formaliser et de compléter cette identification des risques par la réalisation d'une cartographie des risques a priori afin d'analyser et de hiérarchiser ses processus à risque. Un programme d'actions préventives avec des objectifs précis et opérationnels en découlera. Cependant au moment de la visite ce secteur radiologie interventionnelle, l'analyse des risque et le programme d'action d'amélioration ne sont pas finalisés.

La politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action de formalisation récente. Un logigramme du processus est élaboré pour décrire les étapes chronologiques des différentes prises en charge. La stratégie du processus intègre une démarche qualité documentée et actualisé visant la sécurité de la prise en charge du patient sur chacun des sites du secteur et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité.

ORGANISATION INTERNE

Le CHV a établi une organisation pour piloter chacun des sites d'imagerie interventionnelle : en coronarographie et cardiologie interventionnelle, le secteur fonctionne 24h/24, 365 jours sur 365. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Ainsi, un staff de spécialité définit les organisations avec un référent qualité cardiologue identifié.

En radiologie interventionnelle, le PCR (personne compétente en radioprotection) est référent pour l'organisation. Au regard des besoins, risques identifiés et contrôles réglementaires, l'établissement prévoit les ressources humaines en effectif et formation. Un plan de maintenance, préventive et curative des équipements est défini en lien avec le service biomédical. Les documents, procédures et protocoles sont formalisés pour chacun des secteurs. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En effet, en coronarographie, un logiciel métier de programmation permet la régulation des activités de cardiologie sur la salle dédiée à l'activité dans le service. Le bureau centrale des rendez-vous gère l'ensemble des demandes pour les trois salles du secteur radiologie interventionnelle et établi un planning hebdomadaire pour le secteur. La programmation des deux secteurs au bloc opératoire central pour les actes sous anesthésie générale réalisés en salle nommée "séri" sont effectués via le logiciel de programmation du bloc centralisé. La gestion de l'urgence, bien que représentant une très faible proportion des activités, est organisée pour tous les secteurs avec des plages dédiées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur de l'imagerie interventionnelle organise la déclinaison de la démarche pour chacune des spécialités en objectifs.

Le plan d'action issu de la cartographie des risques propre au secteur de l'imagerie interventionnelle n'est cependant pas finalisé. Les actions propre au secteur de l'imagerie en cardiologie interventionnelle ne sont pas toutes assorties d'une échéance permettant une priorisation et il n'existe pas de plan d'action concernant le secteur de la radiologie interventionnelle. Celui-ci est en cours de finalisation, avec notamment la mise en place d'échéances. La priorisation des risques et des actions est établie en fonction de la criticité, calculée grâce à la fréquence et la gravité identifiée pour le risque. Il est prévu ce

même travail de formalisation et d'analyse des risques a priori sur le secteur de la radiologie interventionnelle.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). La mobilisation pour la mise en œuvre de la radioprotection est assurée par deux personnes identifiées (PCR). Le management et le responsable de chacun des deux secteurs du processus s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formation) et matériel (dont locaux et équipements) sont en adéquation avec les besoins pour les deux secteurs d'activité. Le matériel et les équipements spécifiques de radioprotection (dosimètres passifs et opérationnels, tabliers de protection et bagues) sont à disposition des équipes. Tous les professionnels bénéficient des deux formations réglementaires de radioprotection (travailleurs tous les 3 ans et patients tous les 10 ans) y compris les internes et les praticiens. Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité est en place. Chacun des secteurs a élaboré des protocoles et procédures disponibles et accessibles aux professionnels concernés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de terrain des deux secteurs connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Leurs pratiques, dont le contrôle de l'identité du patient, sont conformes aux règles et aux procédures établies pour chaque activité. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La programmation est informatisée en cardiologie interventionnelle et gérée par le bureau central des rendez-vous en radiologie. La traçabilité de l'information donnée avant chaque acte est assurée pour les deux secteurs sur un document spécifique. Le rapport de doses RX reçues par le patient est systématiquement intégré à tous les comptes-rendus de chaque acte sur les deux secteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs quantitatifs d'activité et d'efficacité, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée par les professionnels et inclut notamment le risque radiologique vis-à-vis de la dosimétrie patient. Le recueil des événements indésirables est assuré pour tous les événements y compris les événements significatifs de radioprotection. L'analyse des causes avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience est systématique en cardiologie. Les CREX ciblent les événements en lien avec le médicament et des RMM sont systématiquement déclenchées pour les événements sentinelles. Tous font l'objet d'un suivi formalisé. Le secteur de la radiologie interventionnelle n'organise pas de retour d'expérience aux professionnels suite au recueil et à l'analyse d'événements indésirables. Il n'existe ni CREX ni RMM formalisé et permettant la mise en œuvre d'action d'amélioration dans ce service.

Le dispositif d'évaluation est structuré en cardiologie. Cette spécialité a conduit 7 CREX, 2 RMM et 4 EPP à ce jour (EPP sur les complications hémorragiques, participation au registre "Cardio -Arsif", EPP "RAY ACT" et suivi en interne de l'IPAQSS syndrome coronarien aiguë).

En radiologie deux EPP sont formalisées (accueil du patient et prise en charge de la douleur).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, notamment en cardiologie. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers.

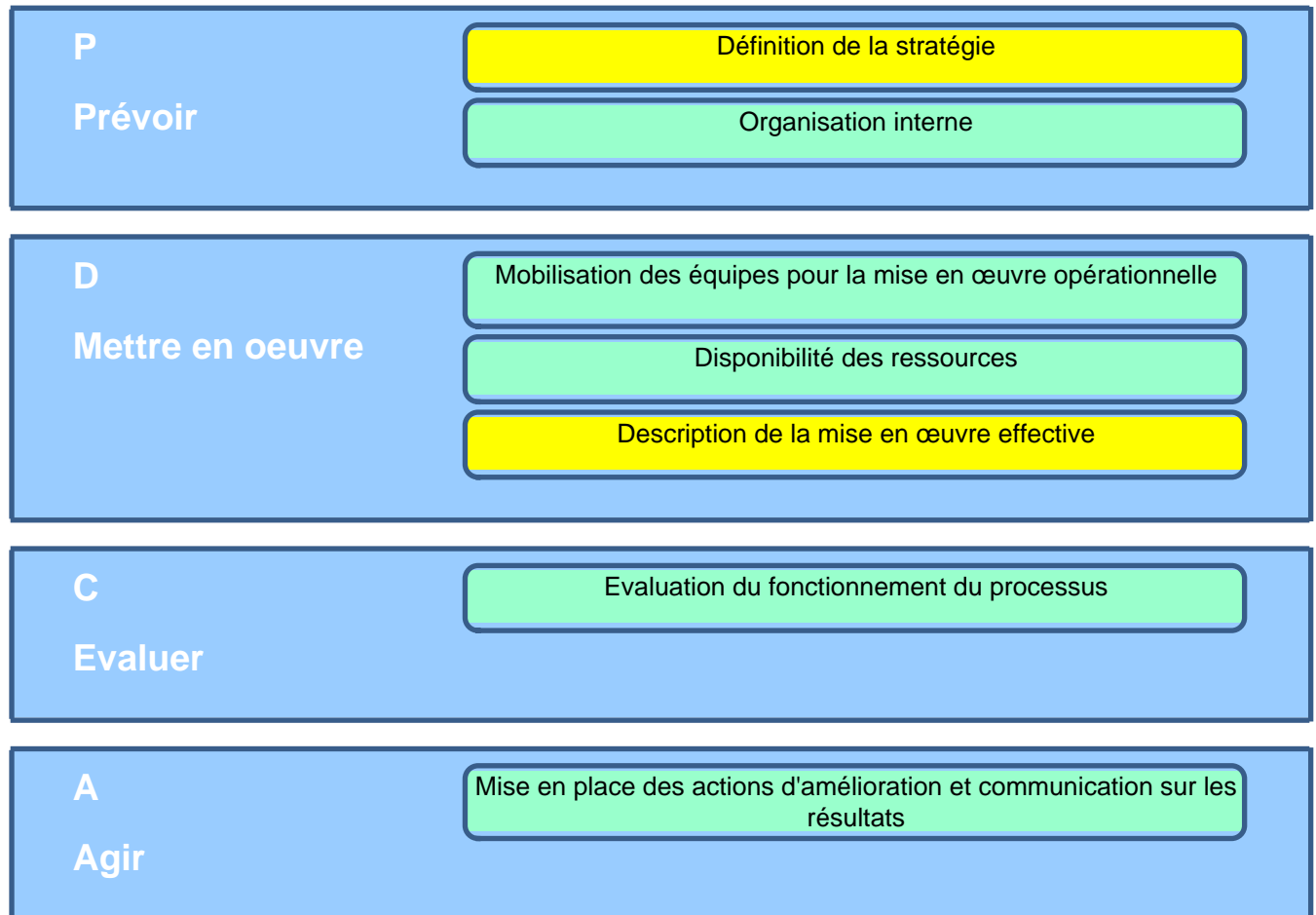
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHV dispose de plusieurs sites d'endoscopies (7 au total) : les deux activités principales, endoscopies digestives et endoscopies bronchiques sont pratiquées dans deux salles dédiées avec une arrière salle de désinfection respectivement dans chacun des deux services. Les disciplines ORL, urologie et gynécologie pratiquent leurs actes d'endoscopies dans des box par spécialité situés dans chaque lieu de consultation avec une salle de désinfection attenante. Les actes d'endoscopie en réanimation sont réalisés en box et la salle de désinfection est située dans le service. Toutes les spécialités chirurgicales pratiquent leurs actes sous anesthésie générale au bloc opératoire centralisé. Une salle "SERI" est dédiée aux endoscopies digestives et bronchiques sous anesthésie générale. Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres aux secteurs endoscopies digestives et endoscopies bronchiques. La politique, validée par les pilotes concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé uniquement pour ces deux secteurs. Toutefois, l'établissement n'a pas réalisé d'identification des risques et établi de programme d'actions pour tous les services d'endoscopie. Le service de réanimation, disposant d'une salle d'endoscopie spécifique, n'a pas identifié, analysé, ni hiérarchisé son processus à risque en vue d'établir le programme d'actions préventives avec des objectifs précis et opérationnels. De plus, les actions déclinées dans le programme d'actions pour les secteurs endoscopies digestives et endoscopies bronchiques ne sont pas toutes assorties d'une échéance permettant une priorisation. L'identification des risques sur les secteurs d'endoscopie est réalisée via le compte Qualité avec un plan d'action abouti pour les risques identifiés comportant des pilotes et des échéances.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation est établie pour piloter l'ensemble du processus endoscopie avec une procédure générale et des procédures adaptées à chaque type d'endoscope. Elles sont validées par le service de prévention du risque infectieux et le CLIN. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires : les effectifs de ces deux secteurs sont en adéquation avec les besoins.) Le GIFE (groupement des infirmiers pour la formation en endoscopie) assure une formation externe. Les IDE de pneumologie et digestif y assistent à tour de rôle chaque année. Cette formation est réservée à l'endoscopie digestive et pulmonaire. Les documents (procédures et protocoles de désinfection des endoscopes) sont formalisés, validés par le SPRI et le CLIN et accessibles aux professionnels de chaque secteur. Il existe une procédure générale à tout l'établissement, validée, mise à jour en 2015 et accessible à chaque professionnel. Elle permet de prendre en charge n'importe quel endoscope. Cette procédure générale est complétée au CHV par des procédures spécifiques en fonction du type d'endoscope. Cependant, les pratiques professionnelles de tous les services ne s'appuient pas sur des procédures actualisées et validées.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. L'organisation des interfaces permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management des deux principaux secteurs d'endoscopies : digestive et bronchique, organise la déclinaison de la démarche définie en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables de ces secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formation) et matériel (dont locaux et équipements) sont en adéquation avec les besoins pour les deux secteurs d'activité. Les professionnels des secteurs endoscopies digestives et bronchiques bénéficient tous de deux formations annuelles dans le cadre du "GIFE". Les infirmières et aides soignantes des endoscopies réalisées en consultations des spécialités ORL, urologie et gynécologie suivent la formation interne réalisée par le service d'hygiène et le service de prévention des infections (SPRI). En réanimation, les infirmières ont bénéficié d'une formation ponctuelle.

Le matériel (endoscopes) et le dispositif spécifique de désinfection (acide peracétique) sont à disposition des professionnels. Les pratiques professionnelles sont fondées sur les procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Le CLIN et le SPRI ont formalisé et validé une procédure générique de désinfection de chaque matériel qui décrit les modes opératoires pour chaque type d'endoscope. La régulation des activités est assurée à l'aide d'un logiciel de gestion des rendez-vous ou via le logiciel de programmation du bloc opératoire pour les actes réalisés en son sein. Ce logiciel permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.). Pour le secteur des endoscopies digestives, les procédures sont en cours de réactualisation. Tous les endoscopes rigides sont désinfectés en stérilisation centralisée pour l'ensemble des secteurs. En cas de dysfonctionnement de la gaine, le matériel est adressé au service biomédical après double trempage et traitement par acide peracétique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est organisée et opérationnelle et inclut les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.) pour les secteurs endoscopies digestives et bronchiques. Malgré cela, l'absence de pilotage commun entraîne l'existence de pratiques divergentes d'un service à l'autre. La mutualisation des moyens humains et matériels n'est pas rendue possible. L'harmonisation des pratiques ainsi que la conformité aux règles de bonnes pratiques n'est pas assurée dans le service de réanimation. Les modalités de traçabilité de la désinfection sont différentes dans le service de réanimation de celles des autres services recourant à l'endoscopie.

Il a également été observé que la traçabilité de la désinfection des endoscopes dans le service de réanimation n'est pas conforme aux recommandations de bonnes pratiques. La traçabilité est réalisée par une recopie manuelle sur des feuilles volantes classées dans une chemise cartonnée sans aucun double contrôle pour éviter les erreurs de retranscriptions ni les pertes d'informations (perte de fiche). Cela ne permet pas la garantie de la sécurité de la référence en continue entre le matériel utilisé le patient et l'auteur du processus de désinfection.

La check-list HAS, spécifique à l'endoscopie, est mise en œuvre pour les actes réalisés sous anesthésie au bloc opératoire mais elle n'est pas déroulée pour les actes d'endoscopies pratiqués en dehors du bloc opératoire. Les services d'endoscopies bronchiques et digestives ont développé leur propre check-list, incomplète au regard de celle définie par la HAS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Une EPP a été formalisée en 2013 sur la prise en charge et le suivi dans le cadre des endoscopies digestives uniquement. L'établissement participe à l'étude nationale du GREPHH actuellement en phase de recueil. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels est organisée avec un retour d'expérience dans les secteurs des endoscopies digestives et bronchiques. Une RMM a été réalisée en urologie sur un EI autour d'un cystoscope en 2013. De façon générale, des CREX ou RMM sont réalisés dans les différents secteurs en fonction des incidents survenant.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre à l'issue des analyses de risque des comités de retour d'expérience sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels.

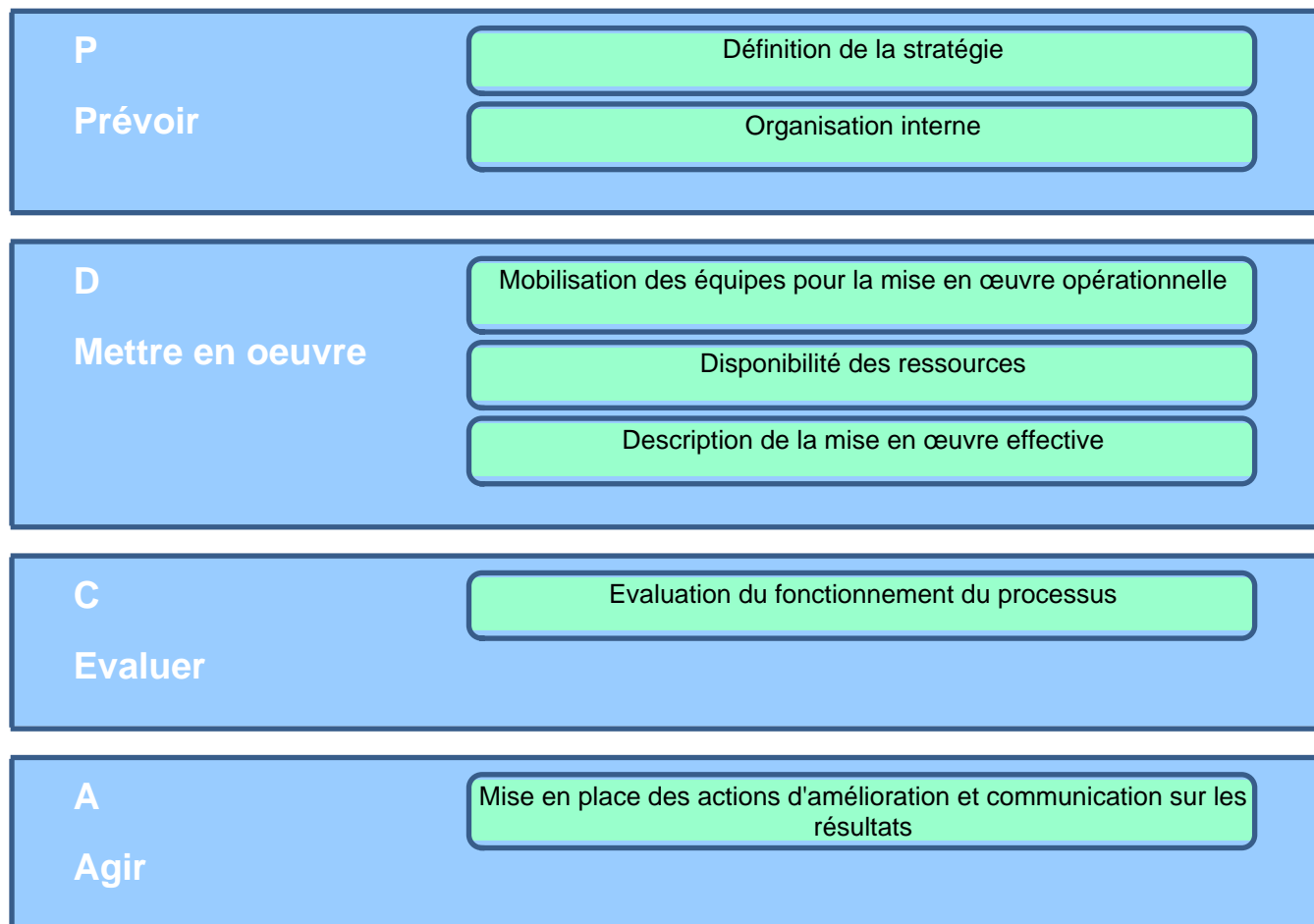
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte propres à la maternité du Centre Hospitalier de Versailles (CHV). Les orientations prennent en compte le niveau de risque foeto-maternel selon le type de maternité.

Ce dernier est complété par une cartographie des risques spécifique à la salle de naissance. Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé. Les risques et actions sont priorisés selon la criticité. Les actions ont un échéancier précis.

ORGANISATION INTERNE

Le CHV a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les responsables médicaux et paramédicaux sont connus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans leurs missions. Les référents qualité accompagnent les équipes dans leurs rôles. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. L'établissement dispose de 4 salles de pré accouchements, 4 salles d'accouchements, 1 salle réservée aux césariennes en urgence et 1 salle mixte dite tampon dans laquelle une deuxième césarienne en urgence peut être réalisée. Les césariennes programmées se font dans la salle d'opération du bloc centralisé sur les créneaux gynéco-obstétriques. Une charte de bloc maternité est établie. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. IL existe une étroite collaboration avec la pédiatrie. Le service a organisé des partenariats avec des secteurs spécifiques : diabétologie, hématologie, neurologie,... La coordination de la prise en charge de la femme enceinte et de l'accouchement est organisée dès le début de sa prise en charge. Les collaborations inter-établissements sont formalisées. Un classeur dédié centralise les possibilités de prise en charge et la traçabilité des transferts in utero en réseau sur le bassin de population.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le responsable du secteur de la salle de naissance organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Un travail d'anticipation du taux d'activité est mené afin de prévoir les effectifs tout en étant en mesure de répondre aux imprévus et prise en charge complexe. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. A cet effet, des actions de communications sont faites lors de staffs journaliers et de réunions diverses au cours desquels la synthèse de l'activité de la veille est présentée. Une analyse particulière des événements marquants y est réalisée. Des actions correctives sont identifiées, notamment lors des staffs journaliers. Les actions sont notées dans les dossiers patients. Chaque participant émerge sur un cahier de suivi ce qui permet de tracer les participants présents à une prise de décision.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives et formées à la spécificité de la prise en charge. Des formations, comme la réanimation du nouveau-né en salle de naissance, les accouchements complexes (dystocie des épaules, accouchement d'un fœtus en siège), sont régulièrement suivies par les professionnels du service maternité. Les équipes disposent du matériel nécessaire et les locaux sont organisés pour une prise en charge effective et rapide. L'établissement met ainsi à disposition des parturientes une baignoire de pré-travail et des couveuses prêtes à l'utilisation dans les différents secteurs de prise en charge (salles de réanimation « bébé » et secteur d'hospitalisation). Le programme de maintenance des matériels est organisé chaque mois avec le cadre de santé de chaque unité.

La documentation, dont les procédures et protocoles, est accessible dans chaque salle de soins. Elle est actualisée, s'appuie sur les bonnes pratiques, validée, signée et connue par les utilisateurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur naissance du CHV met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les activités sont régulées autant que possible afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. Une sage-femme ou un praticien hospitalier suit les patientes à risque du début à la fin de grossesse. Les patientes à bas risque ont un suivi conjoint avec les praticiens de ville. Les organisations et les interfaces permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. Les interfaces entre les

secteurs sont opérationnelles, notamment avec le service des urgences maternité et le bloc dédié aux césariennes. Il existe une collaboration forte entre professionnels de l'établissement. Le réseau de périnatalité est structuré et opérationnel. La procédure code rouge lors de césarienne en extrême urgence est connue. Une signalétique au mur et une ligne rouge au sol orientent l'arrivée en urgence pour un accouchement. Le SAMU informe le service dès la prise en charge d'une femme en travail. Des simulations d'accouchements inopinés sont dispensées par la maternité au SAMU, 2 fois par an. Les intervenants du SAMU sont accueillis au sein de la salle de naissance deux fois 12h par an, pour un maintien des connaissances obstétricales. La traçabilité des actions réalisées est assurée sur le dossier papier du patient. Toutes les informations sont notées dans ce dossier patient, y compris l'information donnée aux parents. Chaque local dispose de sa feuille de traçabilité de l'entretien. Les contrôles de matériel sont tracés. Lorsque l'accouchement est prématuré, le nouveau-né est transféré en hospitalisation de néonatalogie jusqu'à sa maturité. Les parents sont associés à la prise en charge de leur enfant. Les visites sont libres à toute heure.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur salle de naissance dispose de tableaux de bord et d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs de suivi. On retrouve certains indicateurs de spécialités comme l'hémorragie post partum, le délai de prise en charge d'une urgence annoncée, pH au cordon... Des réunions de morbi-mortalité sont réalisées chaque trimestre. Les professionnels du service ont développés un programme d'EPP dont certaines impliquent plusieurs catégories professionnelles. (ex : incidence des infections du site opératoire en gynéco-obstétrique; évaluation du risque d'anoxie per partum pour le suivi des PH néonataux artériels <7)

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du service. Celles-ci ont par exemple permis une réelle amélioration dans la prise en charge de l'hémorragie avec la mise en place d'une check-list de la délivrance. De même, une check-list élaborée en réanimation néonatale a permis d'optimiser l'organisation et donc la prise en charge rapide de ces nouveaux-nés. Des supports et modalités de diffusion des résultats sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne, auprès des professionnels et des usagers. Des communications sont également effectuées lors de colloques et de réunions au sein du réseau de périnatalité des Yvelines.