



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES

**13 rond point André Malraux
92100 BOULOGNE BILLANCOURT**

JUILLET 2020

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 8 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 8 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 8 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 8 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 8 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 8 |
| PROGRAMME DE VISITE | 9 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 9 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 9 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 10 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 11 |
| GESTION DU RISQUE INFECTIEUX | 16 |
| DROITS DES PATIENTS | 21 |
| PARCOURS DU PATIENT | 26 |
| DOSSIER PATIENT | 32 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 37 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE | 42 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE | 47 |

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectif 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 CHIRURGICAL DES PRINCES | |
|--------------------------------|---|
| Adresse | 13 rond point andre malraux 92100 Boulogne Billancourt |
| Département / région | HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Etablissement privé à but lucratif |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|---|-----------|------------------------------------|---|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 920000759 | SAS CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES | 13 rond point andre malraux 92100 Boulogne-Billancourt |
| Etablissement de santé | 920300183 | CENTRE CHIRURGICAL DES PRINCES | 13 rond point andre malraux 92100 Boulogne Billancourt |

| Activités | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de lits d'hospitalisation | Nombre de places de chirurgie ambulatoire |
| MCO | Chirurgie | 15 | 28 |
| MCO | Chirurgie esthétique | 7 | / |

| | |
|---|---|
| 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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

| PT | Population | Secteurs d'activité / services | Pathologie | Mode d'entrée | Type de parcours | PEC |
|----|--------------|--|--|---------------|--|-----|
| 1 | adulte Femme | chirurgie esthétique hospitalisation complète | Chirurgie plastique reconstructrice esthétique | programmé | simple | MCO |
| 2 | adulte Femme | chirurgie ambulatoire | mise en place d'accès vasculaires | programmé | simple | MCO |
| 3 | adulte Femme | gastro entérologie | Pathologie digestive | programmé | 1 patient(e) pec pour une endoscopie digestive | MCO |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

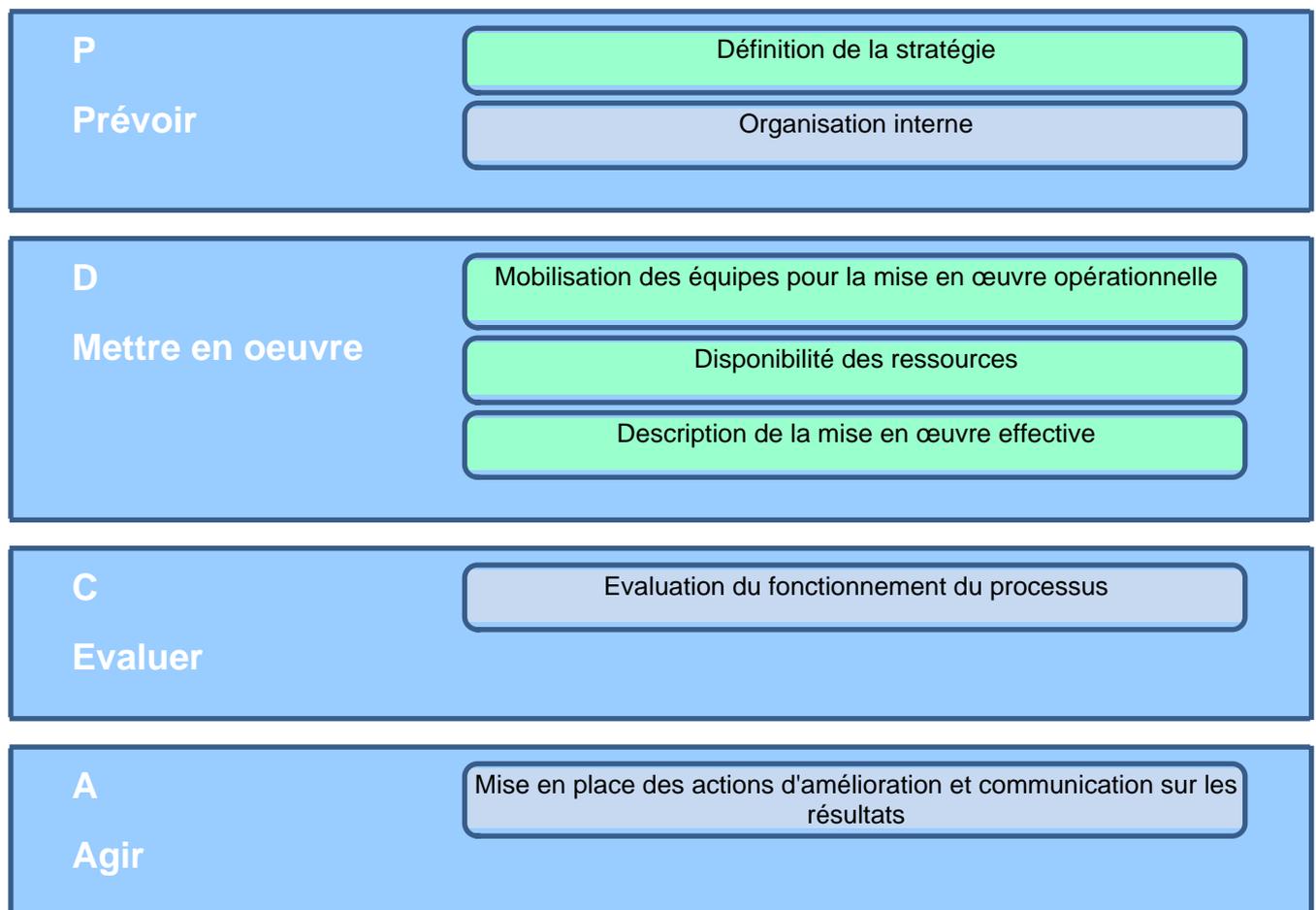
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité - gestion des risques, de la sécurité des soins et des vigilances est portée par le management, l'encadrement et les instances. Elle est inscrite dans le projet d'établissement du Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) 2020-2024, et s'articule autour de plusieurs axes prioritaires concernant, entre autre, la culture qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion globalisée des risques. Cette stratégie intègre les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion des crises. Une politique EPP est également formalisée, portant sur des thèmes en lien avec les enjeux des prises en soins. L'établissement promeut dans sa stratégie, une logique d'organisation apprenante, de culture positive de l'erreur et de travail en équipe. Les grands axes de la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la stratégie de développement de l'EPP, sont diffusés à l'ensemble des professionnels par l'intermédiaire d'une stratégie de communication. Les différentes composantes qui concourent au management de la qualité et de la gestion des risques sont coordonnées par l'intermédiaire du Comité Qualité - Gestion des Risques et des Vigilances (CQGRV). Ce comité réuni le directeur, le médecin responsable qualité, le pharmacien, les responsables de secteurs d'activité, les pilotes de processus, la consultante qualité. Une démarche d'évaluation adaptée des risques a priori est en place et opérationnelle. Elle repose sur l'élaboration de cartographies pour chacun des processus. Celles-ci ont été réalisées en concertation avec les pilotes et les personnels concernés. Les risques sont hiérarchisés et conduisent à des plans d'actions d'amélioration. Il en est de même pour la gestion des risques à postériori où le système de déclaration et de traitement des événements indésirables répond aux exigences. La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) qui prend en compte l'ensemble des éléments attendus. Les actions de celui-ci sont classées selon leur priorité avec une échéance de réalisation, des modalités de suivi et des personnels référents. Le PAQSS, validé par les instances institutionnelles dont la CME, est régulièrement suivi et mis à jour par le CQGRV, lors de chaque réunion, et sert à élaborer le Compte Qualité institutionnel. La représentation des usagers est formée, et œuvre à la mise en place de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDU).

ORGANISATION INTERNE

Le CCDP a organisé le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de façon opérationnelle et structurée. Le médecin responsable qualité, ainsi que la consultante qualité, pilotent la stratégie de ce processus. Une lettre de « missions du responsable de processus » a été élaborée. Ils sont épaulés dans leurs missions par le CQGRV. Ce comité bénéficie d'un règlement intérieur qui fixe sa composition, son organisation, ses missions, ses moyens de communication. Concernant la coordination de la gestion des risques associés aux soins, cette mission est également confiée au médecin responsable qualité. Pour chaque thématique, les pilotes, qui bénéficient de fiche de missions, travaillent en collaboration avec les professionnels de terrain et sont accompagnés dans le cadre du CQGRV. Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont identifiées, en adéquation avec le management de la qualité et de la gestion des risques. Les personnels de soins ont été formés à la certification V2014 et régulièrement sensibilisés à la démarche qualité et à la gestion des risques. Il est prévu que les nouveaux arrivants et salariés soient également formés à la qualité et à la gestion des risques. Le dispositif de gestion documentaire est organisé par une procédure « organisation de la gestion documentaire » et totalement informatisé à l'aide d'un logiciel dédié. Il comprend l'ensemble des procédures et protocoles de la structure. Ceux-ci ont été, en très grande partie, revus en 2019. Ils sont prévus pour être accessibles par l'ensemble des professionnels. Des procédures d'aide à l'utilisation du logiciel ont été rédigées pour les professionnels. Il est prévu que la coordination des dispositifs de vigilance, de la veille sanitaire et de la gestion globale du processus soit assurée par le médecin responsable qualité. Des procédures de gestion des alertes descendantes et ascendantes ont été rédigées. De même pour tout ce qui concerne les déclarations de matérieo vigilance, pharmaco vigilance, identito vigilance, ou hémo vigilance, des procédures ont été réalisées. Le système de déclaration, d'analyse et de traitement des événements indésirables est structuré. Une procédure « traitement des fiches d'évènements indésirables » est en place. Le personnel est

régulièrement sollicité par les membres du CQGRV pour déclarer tout dysfonctionnement éventuel.

En cas d'évènement grave, des RETEX ou des RMM peuvent être mis en place en concertation avec les personnels concernés, selon une méthodologie définie, et ce, afin de déterminer les causes profondes des problématiques.

Concernant le plan blanc, celui-ci est rédigé. Il a été revu fin 2019. Un plan inondation a également été élaboré à la demande des autorités, afin d'organiser l'établissement pour assurer l'accueil de patients issus d'autres structures, en cas de crue centennale de la Seine.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est prévue par l'exploitation des questionnaires de sortie et les résultats issus du dispositif national e-satis. Cette démarche est réalisée en lien avec la CDU.

L'exploitation des éventuelles plaintes et réclamations, faisant suite aux prises en soins réalisées sur la structure, est également organisée en association avec les représentants des usagers. Elle contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

L'établissement dispose d'une organisation structurée de la démarche EPP qui repose sur la CME. Des bilans sur l'état d'avancement des démarches déjà initiées sont prévus. De nouvelles démarches peuvent être initiées au regard d'éléments d'évaluations, d'évènements indésirables, ou selon la réglementation.

La gestion des interfaces est organisée pour permettre l'articulation des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Elle permet de faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité. Celle-ci s'appuie sur les réunions des instances, des différentes commissions (CLIN, CLUD...), et sur le terrain, par la diffusion de bulletins d'information qualité « le petit Prince » et l'utilisation du logiciel de gestion documentaire.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables d'unités de soins, soutenus par les pilotes du processus, sont en charge de la déclinaison opérationnelle du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'approche par thématique permet également aux pilotes de chaque processus de contribuer à cette déclinaison opérationnelle.

Les équipes soignantes sont fortement impliquées dans la démarche qualité et sécurité des soins. Elles ont été mobilisées dans le cadre de la réalisation des différents audits de processus, l'identification et la classification des risques.

De même, les professionnels participent activement aux déclarations d'évènements indésirables. La procédure sur la gestion des événements indésirables, qui stipule que tout déclarant doit bénéficier d'un retour systématique, incite à la déclaration. Dans le cadre d'une analyse des causes profondes, suite à un événement indésirable grave, leur présence peut être sollicitée.

La volonté de développer, au sein de la structure, une culture de la qualité et de la sécurité, est fortement affirmée. Une procédure décrit la stratégie et les moyens mis en œuvre pour promouvoir ce développement.

La communication sur ce processus est effective. Elle passe par la diffusion de bulletins d'information qualité « le petit Prince », les différentes réunions de service, ainsi que le logiciel de gestion documentaire sur lequel il est possible de retrouver la stratégie de management de la qualité et de la gestion des risques.

Les responsables d'unité des soins, présentes au quotidien, s'assurent de la conformité des pratiques soignantes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires au processus du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement sont en place : le médecin responsable qualité et la consultante qualité sont formés et assurent eux-mêmes les formations dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité, pour toutes les catégories de personnel, en interne.

Des formations sur l'utilisation de l'outil de gestion documentaire, l'outil de signalement des événements indésirables, sont réalisées. Un « guide de consultation des documents » sur le logiciel de gestion documentaire, ainsi qu'un guide de « déclaration d'évènements indésirables », sont mis à disposition des salariés.

La réalisation des formations à destination des nouveaux arrivants est également effective.

Le dispositif de gestion documentaire informatisé est disponible sur l'ensemble des postes informatiques des différents secteurs de la structure. Il est actualisé et accessible. Il regroupe l'ensemble des procédures et protocoles utiles aux prises en charge. Il est connu des professionnels.

Les locaux et équipements requis sont affectés : des ordinateurs fixes ou portables sont présents et protégés, et leur entretien assuré.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'effectivité de la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques au CCDP a été investiguée sur l'ensemble des secteurs de prise en soins. La réalisation des « patients traceurs », ainsi que les investigations de terrains ont montré une forte implication des équipes et des soignants sur ce thème.

De plus, la taille de la structure, l'organisation en place et le travail en équipe tel qu'il est réalisé,

permettent aux soignants de répondre aux imprévus face à des problématiques en lien avec la qualité et la sécurité des soins.

Le dispositif de gestion des Evénements Indésirables est opérationnel et connu des professionnels rencontrés. L'analyse des EI est mensuellement réalisée au niveau du CQGRV. Les agents sont incités à déclarer par les membres du comité et l'encadrement. Une réponse est systématiquement apportée à l'agent déclarant. Le nombre de déclaration est en hausse (73 en 2019 contre 61 en 2018).

Trois RETEX et une RMM ont été réalisés en 2019 sur des événements indésirables jugés suffisamment graves. Le processus de recueil et de traitement des plaintes et réclamations est fonctionnel (deux réclamations ont été traités en 2019 versus 0 en 2018).

La veille sanitaire est assurée selon protocole, par le médecin responsable qualité. La coordination des vigilances (matéριο vigilance, identito vigilance, hémo vigilance et pharmaco vigilance) est en place. Des formations sont délivrées en interne, aux personnels concernés.

La communication sur les risques, les actions d'amélioration, et les résultats est assurée par les membres du CQGRV et les responsables d'unité, auprès des équipes de soins. Les outils de communications institutionnels sont utilisés et connus des professionnels rencontrés.

Le suivi des EPP est assuré lors des réunions de la CME. Le tableau de bord des EPP est régulièrement actualisé. Des fiches de synthèse sont rédigées et partagées pour chaque EPP.

Le dispositif de recueil de la satisfaction des usagers est opérationnel. Un questionnaire de sortie destiné à évaluer, entre autre, leur satisfaction, est remis à chaque usager. Le dispositif e-satis est également déployé. Le bilan et l'analyse des questionnaires de satisfaction, ainsi que celui des plaintes et réclamations, sont présentés à chaque CDU.

Les représentants des usagers, de part leur présence à la Commission Des Usagers, sont informés de la mise en place de la stratégie institutionnelle et des actions mises en place.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation du processus du système de management de la qualité et de la gestion des risques.

Celui-ci réalise ses relevés d'indicateurs obligatoires IQSS, ainsi que le recueil des indicateurs HN.

Des indicateurs institutionnels ont été élaborés pour l'ensemble des processus. Ils sont regroupés dans un tableau de bord, régulièrement complété par le CQGRV. Ils concernent, par exemple, le nombre de fiches d'évènements indésirables déclarés, le délai de communication du dossier patient, ou le taux de turn-over du personnel.

Le programme EPP est suivi dans le cadre de la CME. Un tableau de bord est élaboré.

Des quicks audits sont en place en endoscopie. Réalisés régulièrement, ils permettent d'évaluer la conformité de la check-list, ou la prise en charge de la douleur.

L'établissement a mis en place en 2019 des évaluations selon la méthodologie du « patient traceur ». Le personnel est impliqué dans cette démarche qui permet au CCDP de s'assurer de la qualité et de la sécurité des soins délivrés, tout au long de la prise en charge du patient.

Un bilan annuel des événements indésirables est réalisé et diffusé à l'ensemble du personnel via le logiciel de gestion documentaire.

Le niveau de satisfaction des usagers est évalué par l'intermédiaire des questionnaires de satisfaction ou le dispositif e-satis. Les résultats sont exploités et diffusés dans le cadre du CQGRV, en lien avec la CDU.

L'exploitation des plaintes et des réclamations est assurée. Elle implique les professionnels et représentants des usagers, et contribue à l'élaboration du programme d'actions.

L'ensemble de ces évaluations périodiques conduit à l'identification d'actions correctives.

A / AGIR

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

Le suivi de la mise en place des actions d'amélioration et de la communication des résultats du management de la qualité et gestion des risques du Centre Chirurgical des Princes repose sur le CQGRV. La fréquence des réunions permet de faire régulièrement remonter les avancées, difficultés, ou nouveaux risques et objectifs d'amélioration à mettre en place par les pilotes de chaque thématique. La mise à jour du PAQSS institutionnel se fait en continu dans le cadre de ces réunions.

La faible taille de la structure et ses effectifs lui permettent d'avoir une forte réactivité. Le tableau de bord des indicateurs, la réalisation des audits, des enquêtes et différents bilans contribuent également à la mise en place d'actions complémentaires si besoin. L'ensemble des éléments est présenté aux différentes instances concernées. L'établissement utilise son dispositif de communication à destination de l'ensemble de son personnel (publication du « petit Prince », réunions, pilotes...), pour diffuser les résultats d'évaluation, les actions

conduites, les indicateurs.

Des actions de communication auprès des usagers sont réalisées via les campagnes d'affichage ou leurs représentants dans le cadre de la CDU.

Les représentants des usagers sont informés de l'avancée des actions du PAQSS au cours des CDU. Ils contribuent à la diffusion des informations relatives à la qualité et à la gestion des risques de la structure.

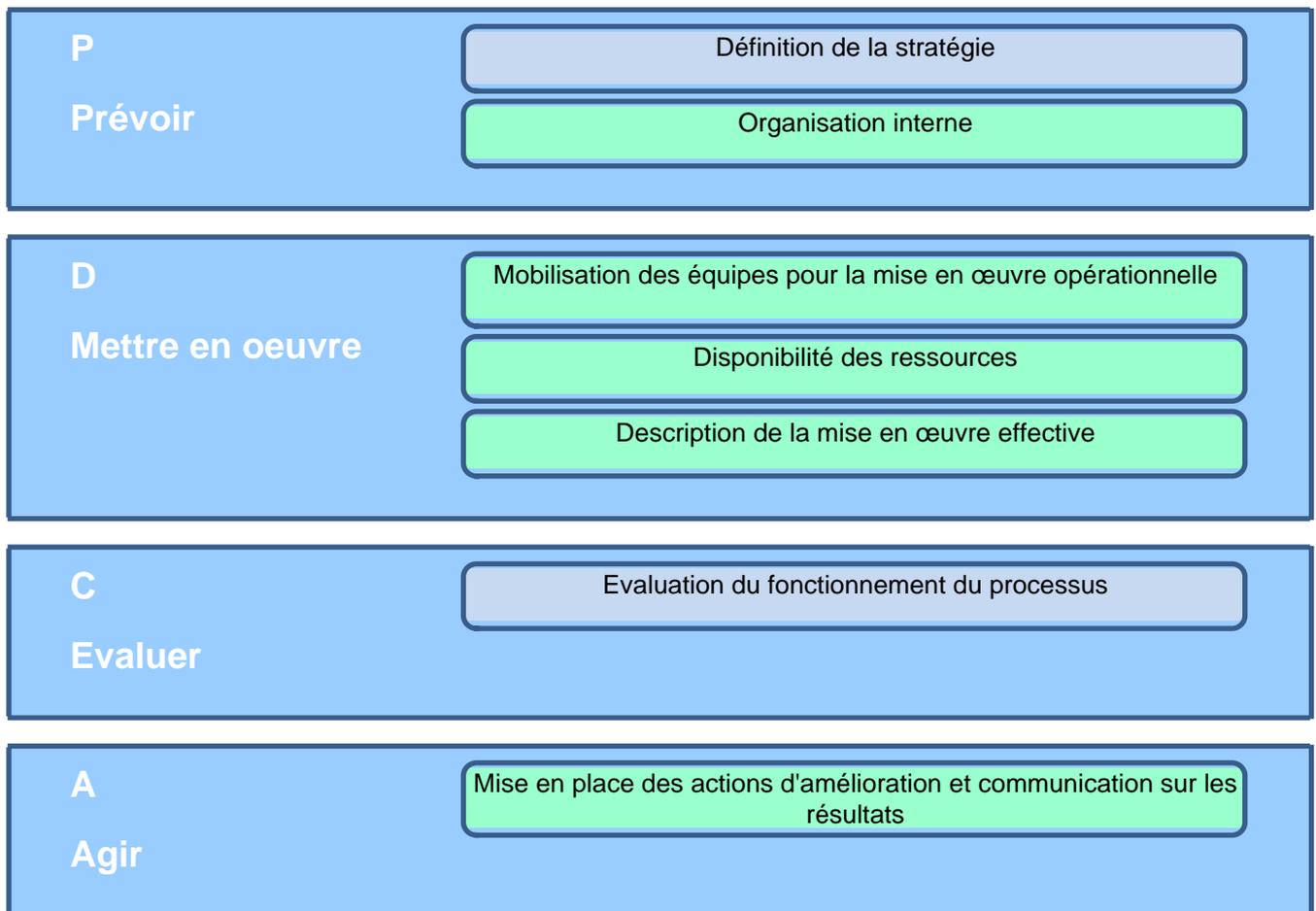
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) a élaboré une stratégie de prévention des infections associées aux soins et de maîtrise des BMR afin de maîtriser le risque infectieux.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour son élaboration ont été : les axes du PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins « PROPIAS 2015 », le suivi d'indicateurs nationaux : ICALIN, ICABMR, ICATB, ICSHA, les indicateurs internes, les données issues d'audits internes, l'analyse des fiches d'évènements indésirables, les conclusions d'EPP, la cartographie des risques, les données issues de SPARES (Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance en Etablissement de Santé).

Cette stratégie a été élaborée par le CLIN. Celui-ci, présidé par un médecin anesthésiste, est composé d'une cadre hygiéniste, du président de la CME, du médecin responsable qualité et coordonnateur de la gestion des risques, d'une représentante des usagers et des correspondants en hygiène de chaque service. Le CLIN se réunit trois fois par an à minima.

La stratégie élaborée a été validée par la CME et la CDU.

L'Equipe Opérationnelle en Hygiène (EOH), composée du médecin anesthésiste et de la cadre hygiéniste, en lien avec les correspondants en hygiène des services de soins, a réalisé une évaluation structurée des risques en lien avec la thématique. Les équipes de soins ont participé par l'intermédiaire des correspondants en hygiène à cette identification. Les risques identifiés ont été analysés et hiérarchisés selon une méthode commune à l'ensemble des processus.

Des objectifs en matière de lutte contre les infections associées aux soins et sur le bon usage des antibiotiques, ont été définis.

Le programme d'actions prioritaires a été arrêté. Il est retrouvé dans le PAQSS de l'établissement. Celui-ci précise les ressources nécessaires, ainsi que les modalités de mise en place et de suivi de ces actions. Il est validé par différentes instances de l'établissement dont le Comité Qualité - Gestion des Risques et des Vigilances (CQGRV), la CME et la CDU. Ces éléments ont été repris dans le compte qualité de la structure.

Dans le cadre de sa stratégie de bon usage des antibiotiques, l'établissement s'est engagé sur le juste usage des antibiotiques avec l'élaboration de « règles d'or de l'antibiothérapie ».

L'établissement participe également aux réunions du CPIAS d'Ile de France.

Une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs a été élaborée par l'EOH et le CLIN.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le médecin anesthésiste et la cadre hygiéniste, assurent ce pilotage.

Elles disposent d'une lettre de missions de responsable du management du risque infectieux. Les pilotes du processus sont positionnées toutes deux, à temps partiel sur ces missions.

Le CLIN dispose d'un programme d'actions annuel. Celui-ci précise, quels sont ses activités de surveillance, de prévention, de formation, de communication et d'évaluation pour l'année.

Les besoins en ressources humaines sont identifiés pour la thématique et la formation des personnels prévue. Des formations sur la prévention du risque infectieux, l'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires, entre autres, sont planifiées dans le plan de formation institutionnel en vigueur.

Une organisation est en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Elle passe par des actions telles que la diffusion aux prescripteurs de lettres d'informations « info-antibio », ainsi que des actions ponctuelles de formation.

La gestion documentaire sur le risque infectieux est organisée. Des procédures et protocoles, actualisés et validés par le CLIN, ont été réalisés en ce qui concerne la surveillance et la prévention du risque infectieux sur l'établissement mais aussi plus spécifiquement, pour les secteurs à risques tels que le bloc opératoire ou l'unité d'endoscopie. Des documents de traçabilité sont également prévus.

La mise à disposition d'outils d'aide à la prescription, comme les protocoles « antibio-prophylaxie » ou l'« antibiothérapie curative » est organisée. Des campagnes d'affichage « pour lutter contre l'antibio-résistance, utilisons mieux les antibiotiques » sont également prévues.

Il est également prévu que le personnel puisse faire appel à un médecin spécialisé, extérieur à la structure, pour tout conseil relatif à l'antibiothérapie. Une procédure sur « le bon usage des antibiotiques » est élaborée.

Les ressources en matériels de sécurité nécessaires pour la réalisation des gestes invasifs et les équipements de protection individuelle (tabliers, masques, sur blouses, lunettes, collecteurs, gants, matériels sécurisés...) sont prévus.

Concernant les différents circuits (linge, DASRI, ordures ménagères), ceux-ci sont organisés avec le souci du respect de la marche en avant.

Les contrôles autour du traitement de l'air et de l'eau sont planifiés.

Au niveau du bloc opératoire, une réorganisation a permis également d'instaurer le principe de la marche en avant. Les personnels peuvent se référer au protocole « tenue réglementaire au bloc opératoire », afin de répondre aux exigences vestimentaires.

L'entretien de l'ensemble des locaux est assuré par un prestataire extérieur. Un cahier des charges, couvrant l'ensemble de la prestation à réaliser, est élaboré. Des procédures, afin d'obtenir des conditions d'hygiène optimales des locaux, ont été définies par l'EOH. Au niveau du matériel d'entretien des locaux, celui-ci est prévu dans les différents secteurs.

La communication sur la thématique, auprès des équipes de soins, est définie. Elle s'appuie notamment sur les correspondants en hygiène des services, mais aussi sur des campagnes d'affichage (indicateurs de consommation des Solutions Hydro-Alcooliques, IQSS), ou le logiciel de gestion documentaire.

Des actions ponctuelles de communication sur la thématique sont aussi prévues dans le cadre de la journée nationale sur l'hygiène des mains.

La gestion des interfaces est organisée de façon cohérente pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité, au regard des objectifs fixés.

Un système d'alerte a été établi afin que le laboratoire extérieur à la structure informe rapidement et directement, les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène de la présence d'un patient porteur d'une BMR au sein de l'établissement, pour une mise en place rapide des mesures de protection adéquates.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CLIN, l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène et les responsables des unités de soins se sont saisis des enjeux liés à la gestion du risque infectieux.

L'encadrement des unités organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Il communique auprès des équipes, toute information nécessaire à la maîtrise de ce risque. Les professionnels se sont ainsi appropriés les actions d'amélioration et les objectifs à atteindre.

Cette déclinaison repose également sur les correspondants en hygiène hospitalière, qui sont les interlocuteurs privilégiés de l'EOH. Ceux-ci communiquent sur les thèmes de leur groupe de travail avec le reste du personnel. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques, du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne sur les pratiques. Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables mais aussi aux RETEX et RMM, si nécessaire.

Lorsqu'un dysfonctionnement est constaté, des correctifs sont apportés en collaboration avec les professionnels concernés et l'EOH. Les résultats des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans l'ensemble des secteurs. Les compétences des professionnels sont maintenues par la réalisation des formations prévues au plan de formation. Les personnels du prestataire extérieur en charge de l'entretien des locaux, bénéficient des formations en lien avec leurs missions.

Les nouveaux arrivants toutes catégories confondues, les intérimaires et stagiaires bénéficient en priorité des formations et informations proposées.

Dans les unités, les documents utiles tels les procédures actualisées, les modes opératoires, les supports de traçabilité sont accessibles sous forme informatique, via le logiciel de gestion documentaire.

Le guide et les protocoles sur le bon usage des antibiotiques sont diffusés.

Les locaux, qu'ils soient destinés à recevoir du matériel propre (linge, matériel) ou des déchets (DASRI, ordures ménagères) sont conformes aux attendus. Ils permettent le respect des différents circuits propres et sales, ainsi que de stocker suffisamment pour répondre aux besoins des services.

Le matériel nécessaire à la prévention des infections nosocomiales est disponible dans les unités : distributeurs de Solutions Hydro Alcoolique, équipements de protection du personnel, matériels sécurisés, unités mobiles pour la mise en place des précautions complémentaires.

Dans les parties communes, des distributeurs de Solutions Hydro Alcoolique ainsi que des affiches, sont mis en place pour inciter toute personne pénétrant dans l'établissement à les utiliser.

Lors des rencontres et des investigations auprès des personnels, leurs connaissances sur les précautions à mettre en œuvre et les pratiques associées, dans le cadre de la prévention des infections liées aux soins, ont été constatées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque unité (hospitalisation complète, chirurgie ambulatoire, secteur d'endoscopie et bloc opératoire) de l'établissement, met en œuvre les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux établies en lien avec l'EOH. Les responsables d'unité s'assurent de l'application des protocoles établis.

La cadre hygiéniste et le médecin anesthésiste, présidente du CLIN, sont sollicités lorsque cela est nécessaire par les équipes de soins pour toute demande de conduite à tenir.

Lors des réunions du CLIN, les correspondants sont systématiquement conviés. Leur présence est effective. Les actions de sensibilisation sont réalisées auprès des personnels, conformément à ce qui a été établi. Ceux-ci sont formés dès leur recrutement, puis de façon régulière. Les différents matériels sécurisés sont utilisés. Les précautions standard et complémentaires sont mises en œuvre lorsque cela est nécessaire. Des affiches destinées aux personnels et aux visiteurs sont disponibles, afin de rappeler les règles devant être respectées. La maîtrise du risque environnemental est prise en compte dans les secteurs le nécessitant (air, eau). Le carnet sanitaire est tenu à jour selon la procédure en vigueur. L'entretien des locaux et la réalisation des plans de surveillance sont réalisés selon les protocoles. L'ensemble des documents de traçabilité concernant l'entretien des locaux est en place. La traçabilité est retrouvée. La propreté des locaux a été constatée au cours de la visite. Les personnels en charge de l'entretien des locaux sont présents dans l'ensemble des unités de soins. Les contrôles de température des réfrigérateurs, sont réalisés sur les supports prévus à cet effet. Les visites de terrains ont montré que l'identification des zones propres de stockage et des zones sales, dédiées aux déchets, était respectée. Le tri des déchets est correctement réalisé par les professionnels. Les différents circuits et la marche en avant au bloc opératoire, sont également respectés. La mise en place de l'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est effective dans les unités de soins. Concernant la traçabilité dans le dossier du patient de la réévaluation de l'antibiothérapie à la 24ème et 72ème, celle-ci est réalisée lorsque la durée du séjour le permet (la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète étant inférieure à 1,8 jours). Les dispositifs de surveillance des infections nosocomiales et des BMR sont en place.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du processus assurent le suivi périodique du dispositif d'évaluation mis en place, en lien avec le CLIN, le CQGRV et la CME. Ce dispositif comporte le relevé des indicateurs nationaux obligatoires auquel l'établissement répond: ICALIN, ICATB, ICSHA, ICA-BMR, ICALISO. Ont également été mis en place des indicateurs institutionnels tels que le suivi du nombre d'accidents d'exposition au sang, ou le suivi régulier, par trimestre et par unité, de la consommation des Solutions Hydro Alcooliques, afin d'améliorer l'indicateur ICSHA3. La consommation des antibiotiques fait l'objet d'un suivi particulier (SPARES). Les fiches d'évènements indésirables concernant les problématiques sur le risque infectieux ou les antibiotiques sont systématiquement analysées. Certaines peuvent donner lieu à des RETEX ou des RMM, si besoin. Des audits sont aussi régulièrement réalisés sur le « bio nettoyage », ou le « respect des précautions standard et complémentaires » par le personnel soignant. Une EPP en lien avec la thématique est suivie, elle concerne le « bon usage des antibiotiques, réévaluation à 24h, à 72h, justification de l'antibiothérapie de plus de sept jours ». La régularité du suivi de ces indicateurs et la réactivité des pilotes du processus permettent d'exploiter ces résultats pour identifier et mettre en place les actions correctives nécessaires.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Les responsables sont identifiés, les échéances établies et les modalités de suivi en place. L'évaluation régulière de l'efficacité de ces actions conduit au réajustement du dispositif en place et de fixer de nouveaux objectifs, si besoin. Concernant les actions qui ont déjà été mises en place, on notera celles sur la diffusion des règles d'or de l'antibiothérapie, la réfection des locaux de la stérilisation, ou l'importante augmentation de la consommation des Solutions Hydro Alcooliques (une évaluation interne réalisée en 2019, classe le CCDP en A, selon les critères de l'indicateur ICSHA3). D'autres actions restent à aboutir notamment en lien avec l'acquisition de nouveaux équipements ou le recrutement, en interne, d'un médecin ou chirurgien, référent en antibiothérapie. Les personnels sont informés des résultats et du suivi des plans d'actions, par des campagnes d'affichage comme celle sur la consommation des Solutions Hydro Alcooliques, ou la diffusion du journal interne le « petit Prince ». Le logiciel de gestion documentaire permet également aux personnels d'accéder aux actions d'amélioration menées dans le cadre du PAQSS institutionnel. Les usagers peuvent être informés par le site Scope Santé, le livret d'accueil, ainsi que par les représentants de la CDU, dont une, fait partie du CLIN.

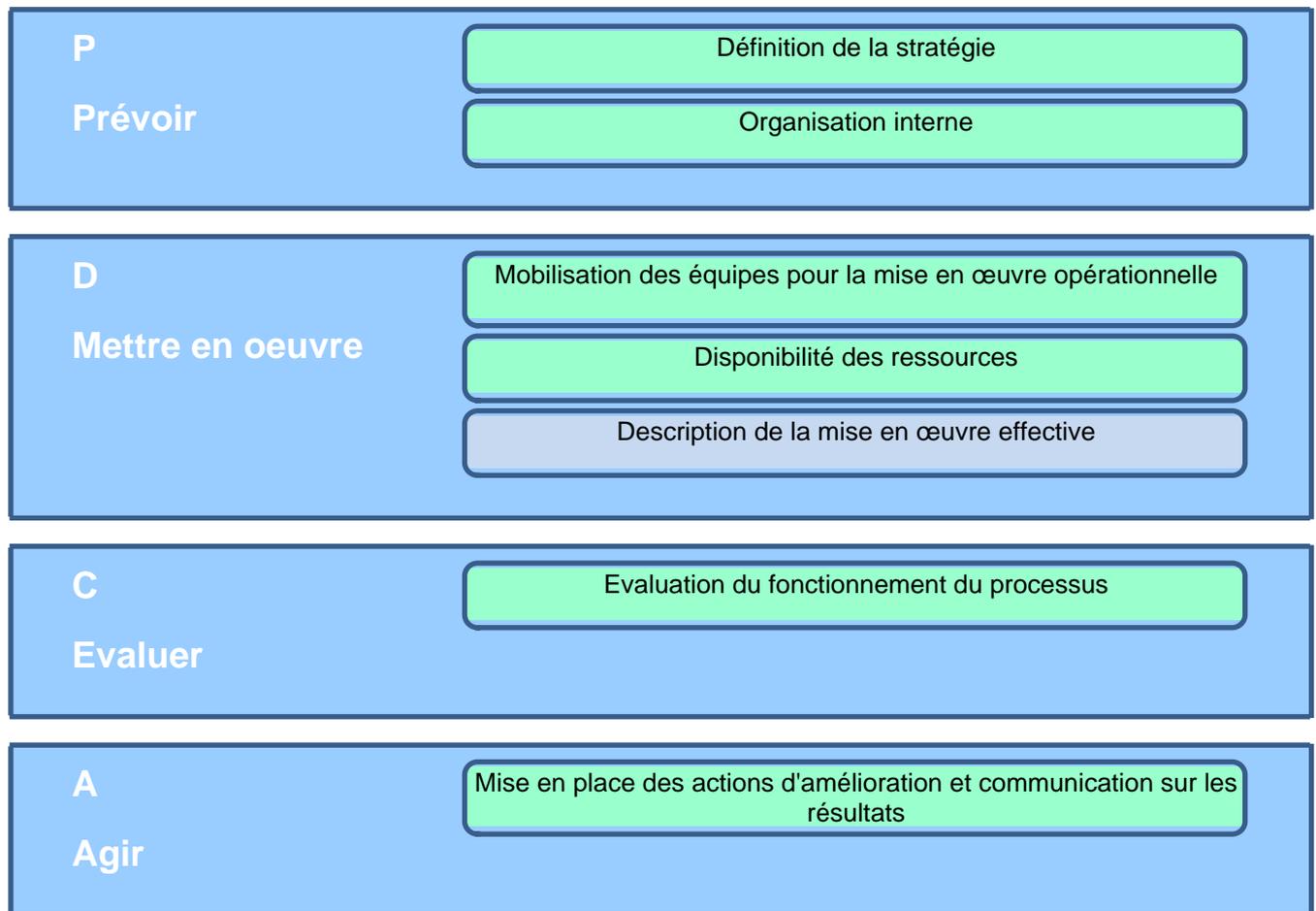
DROITS DES PATIENTS

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

Une politique des droits du patient est formalisée, détaillée dans le projet d'établissement pour la période à venir 2020-2024.

Les droits du patient y sont formulés en termes d'engagement du Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) vis à vis des personnes accueillies au sein de la structure.

La stratégie, validée en CME, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, qui tient compte des éléments émis lors de la précédente visite de certification ainsi que de l'évaluation des risques identifiés et priorisés, inscrits dans le compte qualité du CCDP.

L'analyse des risques a été réalisée avec une méthode d'évaluation validée, portée par le médecin gestionnaire des risques, en partenariat avec l'assistante de direction et deux responsables des soins, pilotes, qui assurent la mise en œuvre du programme d'actions et informent tous les professionnels de la structure.

Une représentante des usagers est associée à la gestion du processus, ce qui a été confirmé lors de sa rencontre.

Une cartographie a été réalisée par le gestionnaire médical de ce processus ainsi que par le groupe qui l'accompagne, en fonction de différentes sources de données.

La hiérarchisation des risques a été faite. Les objectifs d'amélioration sont formalisés autour d'axes :

- Pérenniser le recueil de la personne de confiance, de la sensibilisation à la déclaration des dommages liés aux soins, à la confidentialité, à l'identitovigilance, à la bientraitance, au respect de la dignité et de l'intimité.
- Maintenir l'information du patient et ses proches, particulièrement en ambulatoire, compte tenu de l'augmentation notoire de cette activité.

Conformément à la méthodologie, le plan d'actions est élaboré et intégré au PAQSS de l'établissement.

Les risques les plus importants sont quant à eux versés au Compte Qualité. Pour chaque action on retrouve un responsable, une échéance et un état d'avancement.

Le contenu du PAQSS est communiqué aux instances et aux professionnels par l'encadrement.

Les représentants des usagers participent aux quatre réunions de la CDU et sont informés, voire consultés, sur les projets en cours.

ORGANISATION INTERNE

Le management du CCDP a établi une organisation pour déployer le processus des droits des patients.

Le pilotage est assuré par l'assistante de direction et par deux responsables d'unité de soins, avec comme base la méthodologie du responsable qualité, qui centralise et coordonne les actions en relation avec les droits des patients.

La CDU est installée, des représentants des usagers participent à son activité.

La direction du CCDP met à disposition les ressources humaines nécessaires : médecin responsable qualité, membres de la CDU.

Le plan de formation intègre des thèmes relatifs aux droits des patients correspondants aux orientations du CCDP dans ce domaine.

Ce plan prévoit également le développement de compétences de personnel, directement impliqués dans la mise en œuvre des droits du patient du fait de leurs fonctions (secrétaires, agents d'accueil), mais aussi de toutes les catégories de personnel.

Les ressources documentaires, prévues sur le serveur partagé ou intranet, sont identifiées, accessibles et adaptées au fonctionnement du processus. Elles concernent, entre autres, les procédures de demande de communication de dossier patient, l'annonce d'un dommage lié aux soins, le signalement de maltraitance, ainsi que l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient et au recueil de son consentement.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est diffusée par l'intermédiaire du livret d'accueil, systématiquement déposé au chevet du patient, et qui contient une information sur les directives anticipées.

La gestion des interfaces entre les membres de la direction, la CDU, le secteur administratif est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels, ce qui favorise une articulation cohérente des missions et des compétences.

Deux représentants des usagers participent à la CDU, dont une a été rencontrée par les EV. La CDU se réunit quatre fois par an. Y sont communiqués les bilans des groupes de travail, des instances (CLIN, COMEDIMS...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle du respect des droits des patients et le plan d'action qualité et gestion des risques de ce processus. Elles communiquent au personnel les objectifs et les procédures concernant les droits des patients, la bientraitance, le respect de l'intimité et des libertés individuelles, lors des réunions institutionnelles et informelles.

Elles s'appuient également sur les membres de la cellule "veille bientraitance", en charge de faire des propositions sur cette thématique, propositions qui sont reprises par le comité de pilotage de la qualité et le comité de direction, la CME.

Les membres de cette cellule assurent la sensibilisation des équipes et organisent la mise en œuvre des actions d'amélioration, veillent à la bonne application des procédures et évaluent l'impact sur l'amélioration des résultats, à travers notamment la réalisation d'audits programmés avec le service qualité.

L'encadrement des secteurs de soins ainsi que les membres de la CME sont systématiquement informés des plaintes, réclamations, retour des questionnaires de sortie, événements indésirables relatifs aux droits des patients. Les bilans annuels d'activité des différentes instances et groupes de travail sont intégrés dans la gestion documentaire, permettant ainsi aux professionnels d'y accéder.

Les audits sur la tenue du dossier patient, réalisés régulièrement, permettent d'identifier et de sensibiliser les professionnels sur la traçabilité d'actions relatives aux droits du patient (personnes de confiance, directives anticipées, consentement ou refus des soins, non divulgation de présence...).

Une typologie des plaintes et réclamations a été établie et présentée à la CDU. Elle permet de classer et suivre l'évolution des différents types de sollicitation. Chacun des événements indésirables, des plaintes et réclamations, fait l'objet d'analyses et d'actions correctives.

Le retour des analyses aux secteurs d'activité est organisé par les responsables des unités de soins de manière informelle. En cas de dysfonctionnement, de signalements d'événement indésirable ou d'observations relevées dans les questionnaires de sortie, des actions correctives sont immédiatement identifiées, avec la participation des professionnels, et intégrées au programme d'actions.

Les anesthésistes et l'encadrement vérifient systématiquement que le consentement éclairé du patient a bien été recueilli et tracé, intégré au dossier de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont mises à disposition au sein du CCDP.

Les personnels soignants, les personnels administratifs sont présents pour offrir un accueil personnalisé et adapté au patient, et un soutien à son entourage si nécessaire.

Les personnels bénéficient de formations en matière de connaissance et de respect des droits des patients, qui portent notamment sur la bientraitance, le respect de la dignité et de l'intimité. Les nouveaux arrivants sont intégrés, intégration incluant le respect du patient lors de temps tutorés, proposés par l'encadrement soignant.

Les professionnels ont à leur disposition les procédures, modes opératoires et formulaires portant sur les droits des patients. Le personnel a accès à la gestion documentaire actualisée, via une base informatisée.

Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. Les secteurs de soins disposent de chambres particulières et de chambres à deux lits. Des équipements, permettant un isolement (rideaux, paravents) sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre double. Les personnels sont sensibilisés et évitent de s'exprimer fort.

Le management a mis en place des équipements pour permettre l'accueil des proches des patients le désirant. Des chambres spacieuses peuvent être proposées.

Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire, et ses droits est assurée.

Une organisation est mise en place pour assurer au patient, une information suffisante sur les modalités de son séjour, ainsi qu'une sensibilisation sur la notion et le recueil des directives anticipées, par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué à chaque patient hospitalisé, ainsi qu'un document spécifique à la chirurgie ambulatoire.

La possibilité pour le patient de saisir la CDU est mentionnée dans le livret d'accueil qui lui est remis lors de son admission dans sa chambre. La liste de ses membres est affichée dans le hall d'accueil.

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne de la politique des droits des patients.

Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient. Une fois signé, il est intégré au dossier de soins.

Le recueil du consentement aux soins comprenant différentes rubriques est effectif, comme le confirment

les investigations des dossiers des patients traceurs.

Tout au long de la prise en soins, même si la durée de séjour est courte (moins de deux jours), les professionnels recueillent les informations concernant l'évolution de l'état du patient, qu'ils tracent dans le dossier.

Les problématiques de prises en soins identifiées lors du séjour sont abordées en réunion de service.

Dès l'admission de chaque patient, au moment du recueil de ses besoins et de la définition des cibles de soins, les infirmiers identifient les patients à risques (diabète, hypertension, obésité).

L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé du patient, de la personne de confiance, des besoins spécifiques et des directives anticipées, si elles sont exprimées.

Le recueil de l'avis du patient, également prévu par procédure, est assuré dans les unités de soins.

Un dispositif personnalisé d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés, est en place.

Les processus d'information du patient sont opérationnels et prévus par des procédures connues et appliquées dans les secteurs de soins.

La prise en soins des enfants en ambulatoire est réalisée par des professionnels compétents. Une convention avec un centre hospitalier spécialisé proche permet de joindre un pédiatre si besoin.

Dans les unités de soins, l'organisation et le dispositif de prise en soins respectent les libertés individuelles, ainsi que pour les individus à mobilité réduite.

L'intervention d'un(e) psychologue est possible dans les situations le nécessitant.

La promotion de la bientraitance est un sujet de vigilance pour les soignants qui ont pu bénéficier de formations sur ce thème.

Les professionnels sont encouragés à signaler les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes et ce par le biais des formulaires d'événements indésirables.

En cas de dommage lié aux soins, l'équipe se réfère à la procédure validée. Les professionnels connaissent les modalités d'information d'un dommage associé aux soins.

Le respect de la dignité et de l'intimité est une préoccupation des professionnels. Des paravents dans les chambres à deux lits sont disponibles. Ils sont fixés au mur, comme cela a été constaté par les EV lors des investigations de terrain.

Le risque éthique est pris en compte par les chirurgiens dans les cas où se pose cette réflexion.

Les représentants des usagers sont informés du déroulement et la préparation de la visite de certification, lors des réunions de la CDU. Ils sont consultés sur les projets en cours, et les procédures leur sont soumises. Chaque réunion de la CDU est tracée dans un compte rendu et un bilan annuel est établi.

La traçabilité des actions, le recueil des différents consentements, sont assurés dans le dossier du patient, ce que confirment les patients traceurs réalisés.

L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis, pour en évaluer le délai de réponse et la typologie, par l'assistante de direction.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la satisfaction des patients est assurée régulièrement par le responsable qualité, gestionnaire des risques, via l'exploitation du questionnaire de sortie papier et e-satis, qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient.

Cette évaluation se complète du recueil du nombre de plaintes et réclamations, enregistrées au cours de l'année, et sur le suivi des délais de transmission des dossiers médicaux.

Différentes évaluations ont permis d'objectiver le respect des droits des patients dans les pratiques.

L'exploitation des données est réalisée sur la base de tableaux de suivi, intégrant des indicateurs nationaux.

La politique des droits du patient est réajustée périodiquement à partir du bilan annuel de la CDU, présenté aux instances.

L'analyse des résultats des évaluations permet de finaliser un plan d'actions qui s'appuie également sur les recommandations de la CDU. Il est communiqué aux membres du personnel.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont suivies par le médecin responsable qualité et gestionnaire des risques et les pilotes, responsables des soins, conformément à l'organisation en place et leurs avancées présentées en réunion de la CDU et en Comité Qualité-Gestion des Risques et des Vigilances.

La communication des résultats est réalisée au niveau de la CDU, de la CME et des professionnels.

La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

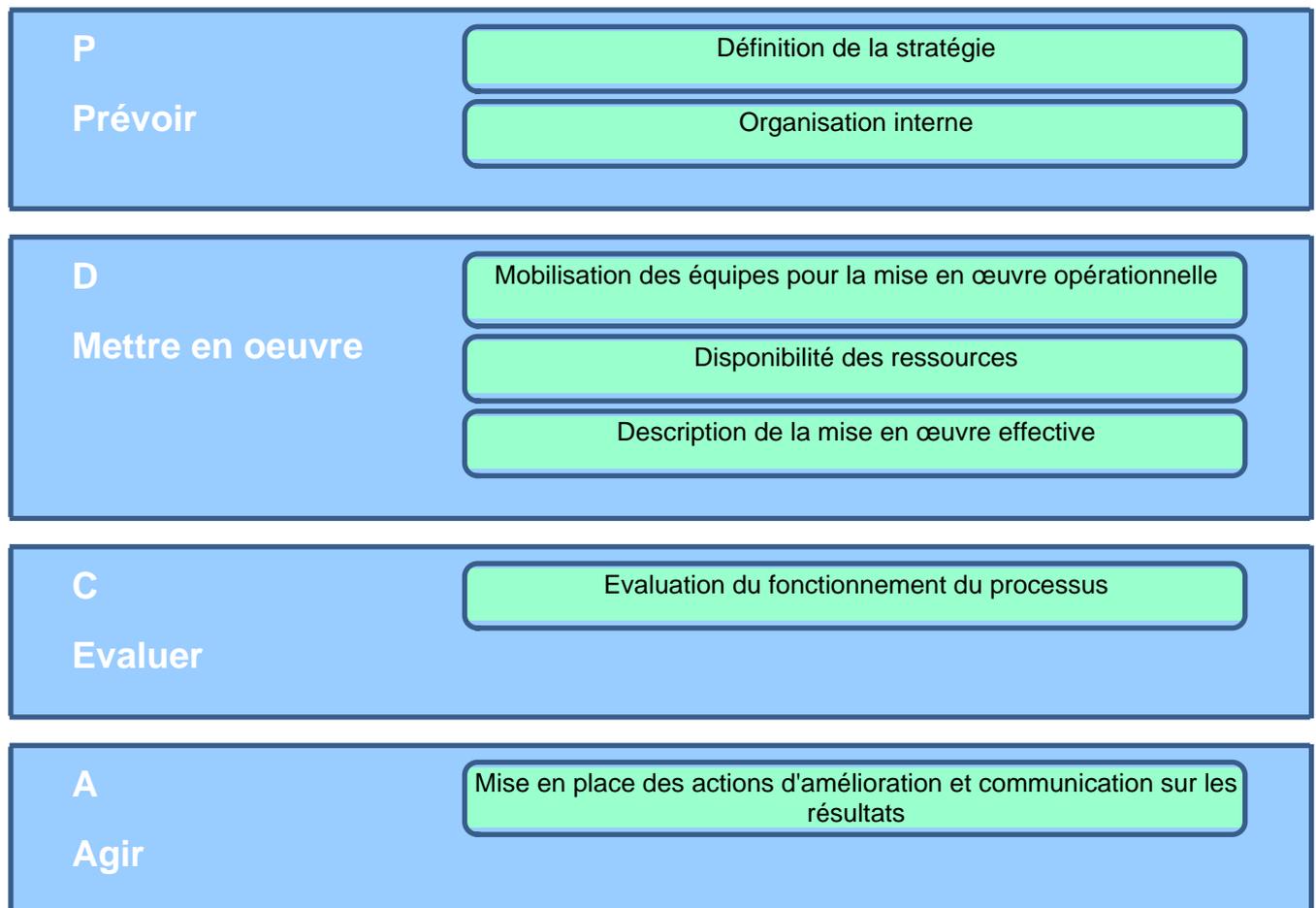
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



| |
|------------------------|
| Non défini |
| Fonctionnement de base |
| Défini |
| Maitrisé |
| Optimisé |

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) est un établissement privé constitué de 15 lits d'hospitalisation complète, de sept lits de chirurgie esthétique et de 28 places de chirurgie ambulatoire.

Une stratégie du parcours patient, intégrée dans son projet d'établissement 2020-2024, a été élaborée. Celle-ci tient compte du contexte territorial, des besoins de la population, et de l'offre de soins dont elle dispose. Elle s'appuie sur ses indicateurs IQSS, les conclusions de la précédente visite de certification V2014, les orientations du CPOM, et l'analyse des risques réalisée au sein de l'établissement.

Une étude des risques et des besoins a été réalisée sur les parcours du patient au sein de la clinique (hospitalisation complète et parcours ambulatoire), à partir de risques identifiés par les personnels soignants. Ces risques ont été hiérarchisés selon leur criticité et de leur niveau de maîtrise dans le cadre des réunions du Comité Qualité - Gestion des Risques et des Vigilances (CQGRV).

L'analyse de ces risques, complétée de données issues de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, des conclusions de RETEX et RMM, et de la réalisation de patients traceurs, a permis la conception d'un programme d'actions d'amélioration, formalisé et priorisé, intégré au PAQSS institutionnel. Les éléments prioritaires sont repris dans le compte qualité de la structure.

Les modalités de suivi des plans d'actions sont définies et identifient les responsabilités, les délais et les indicateurs de suivi.

Le PAQSS de l'établissement est validé par les différentes instances de la structure dont la CME et la CDU.

Des conventions ont été mises en place et formalisées avec d'autres structures comme l'Hôpital Ambroise Paré de Boulogne ou le Centre Hospitalier des quatre villes de Saint-Cloud pour la prise en charge de patients nécessitant une admission en réanimation. Il en est de même pour les prises en charge pédiatriques avec l'Hôpital Necker.

Une stratégie de communication sur la thématique du parcours patient a été définie.

ORGANISATION INTERNE

Le CCDP assure le pilotage et la mise en œuvre de sa stratégie du parcours patient.

L'organisation s'appuie sur deux pilotes, en la personne de la responsable du service d'hospitalisation complète et de la cadre du bloc opératoire.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont définis dans une « lettre de missions du responsable du parcours du patient ».

Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences sont identifiées selon les risques relevés, les besoins et la règlementation. Il est prévu que l'établissement puisse avoir recours à du personnel intérimaire en cas d'absence inopinée.

L'accueil des nouveaux personnels est organisé avec la mise à disposition d'un « livret d'accueil du salarié », ainsi que d'une « fiche de renseignements à l'usage des vacataires et intérimaires ».

Concernant les stagiaires que la structure est amenée à accueillir au centre d'endoscopie, une « procédure d'accueil des étudiants au centre d'endoscopie » est élaborée.

Les besoins en formation sont déterminés annuellement et intégrés au plan de formation global de l'établissement. Celui-ci a organisé les règles de présences et d'astreintes afin d'assurer la continuité des soins 24h/24.

Il a formalisé les règles d'appel pour la prise en charge des urgences vitales dans une procédure : « conduite à tenir en cas d'urgence vitale ».

Le système de gestion documentaire est informatisé. Il comporte les procédures en lien avec la thématique (procédures d'accueil, prise en charge des personnes âgées, de la douleur...). Il est prévu pour être accessible par l'ensemble des professionnels.

Des procédures « parcours du patient en hospitalisation complète » et « parcours du patient en chirurgie ambulatoire » définissent les règles d'admission, de prise en soins, et de sortie des patients pris en charge par la structure. Au niveau du service d'endoscopie, un « règlement de fonctionnement du service d'endoscopie », a été élaboré.

Concernant la gestion des places d'hospitalisation et du secteur ambulatoire, la planification est assurée par les responsables d'unités de soins et via un logiciel institutionnel.

La traçabilité des interventions des différents intervenants, dans le dossier de soins informatisé et papier du patient, est prévue afin de permettre la continuité et la coordination des soins. Des réunions pluri professionnelles de service sont régulièrement planifiées.

L'organisation des locaux est prévue pour la prise en charge de patients atteints de troubles moteurs ou appartenant à une population spécifique (personnes âgées, enfants), avec l'attribution de matériel dédié et des moyens adaptés dans les différents services.

L'établissement, bien que n'ayant pas de programme d'éducation thérapeutique reconnu par l'ARS, a organisé la réalisation d'actions d'éducation à la santé auprès des patients. Elles concernent les patients chez qui une intervention ophtalmologique a été réalisée, ou encore dans le cadre de la pose d'une chambre à cathéter implantable.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée. Le logiciel de planification des interventions permet aux différents services d'accéder aux données du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des unités de soins, sont en charge du déploiement opérationnel des actions portant sur le parcours du patient. Elles s'assurent de la conformité des pratiques et du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne.

Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables et sont incitées dans ce sens par leur encadrement et le responsable qualité, gestionnaire des risques.

Les soignants contribuent à des actions visant à l'amélioration des parcours patients par leur participation, notamment à des audits selon la méthodologie du « patient traceur ».

Dans le secteur d'endoscopie, un projet de service a été réalisé pour les années 2020 et 2021 avec la participation des personnels de l'unité. Celui-ci intègre une partie concernant le parcours du patient en endoscopie.

La communication avec les professionnels se fait par différents moyens et supports : réunions de service, échanges informels, affichage dans les unités, logiciel de gestion documentaire.

Les dysfonctionnements font l'objet d'actions correctrices en collaboration avec les professionnels concernés et les résultats des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les différents secteurs de prises en charge, le bloc opératoire et l'unité d'endoscopie.

En cas d'absence de soignant dans les unités de soins, des remplacements sont organisés directement par les responsables d'unité. Si besoin, la nuit, les week-ends et les jours fériés, c'est le personnel de direction d'astreinte, qui est prévenu afin de trouver une solution pour permettre la poursuite des prises en charge soignantes.

La continuité de la présence des différentes spécialités médicales et chirurgicales est assurée en journée. La nuit, les week-ends et les jours fériés le système d'astreinte, tel qu'il a été défini, est en place. Le tableau d'astreinte comporte la présence des spécialités disponibles sur la clinique.

L'ensemble des formations en lien avec la thématique et réalisées par le personnel, est retrouvé dans le plan de formation global de l'établissement, notamment en ce qui concerne la gestion des urgences, la prévention du risque suicidaire, la prise en charge de la personne âgée.

Les nouveaux personnels sont accueillis selon les dispositions qui ont été élaborées.

Les documents, procédures et protocoles, actualisés et nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles sur le logiciel documentaire, par l'intermédiaire des postes informatiques mis à disposition.

Des documents d'information, à destination des patients, leurs sont remis systématiquement.

Le matériel d'urgence vitale est disponible sous la forme de trois chariots complets disposés dans l'unité d'endoscopie, le bloc opératoire/service ambulatoire, l'unité d'hospitalisation complète. Ils sont équipés de défibrillateurs semi automatiques, faisant l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Ils sont scellés et régulièrement contrôlés par les infirmier(e)s de chaque service.

Les postes informatiques sont en nombre suffisant. Ils permettent la continuité de la prise en charge médicamenteuse des patients. En cas de panne informatique une procédure de fonctionnement en mode dégradé est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de toutes les étapes de la prise en charge du patient est effective.

Les admissions au niveau des deux services d'hospitalisation conventionnelle (complète ou ambulatoire) se font systématiquement dans le cadre d'hospitalisations programmées.

Les éléments issus des consultations initiales sont mis à disposition des soignants, et les entrées programmées sont planifiées via le logiciel informatique. Cette planification permet d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire, notamment pour l'activité ambulatoire.

L'entrée administrative du patient est réalisée au niveau du bureau des admissions. Certains documents ou formulaires (consentement éclairé, autorisation d'opérer, personne de confiance...), qui lui ont été remis lors de sa consultation avec le spécialiste et l'anesthésiste, sont alors récupérés. Les règles d'identité et de vigilance sont appliquées dès l'entrée du patient avec un contrôle de sa carte d'identité, puis tout au long de son séjour. Un bracelet d'identification est systématiquement posé, ce que confirment les patients traceurs réalisés dans le cadre de cette visite.

L'équipe de soins qui assure l'entretien d'accueil, remet au patient un livret d'accueil et lui délivre les informations complémentaires pouvant être utiles à sa prise en charge.

Une évaluation paramédicale est réalisée avec une analyse de ses besoins. En hospitalisation complète, cette évaluation est systématiquement tracée sur un document « dossier infirmier : évaluation initiale ». Il en est de même en ambulatoire, sur le « dossier service ambulatoire ».

Les motivations de l'hospitalisation et le projet de soins personnalisés, intégrant la réflexion bénéfice-

risque, sont retrouvés dans le dossier de soin partagé. Le plan de soins est réévalué si besoin au décours de l'hospitalisation, dans le cadre des échanges pluri professionnels.

La traçabilité du poids et le calcul de l'IMC sont systématiquement réalisés lors de la consultation d'anesthésie, ce que confirme l'indicateur qualité DTN relevé en 2017. Concernant l'évolution de la courbe de poids, la faible durée de séjour des patients (DMS inférieure à 1,8 jours pour l'hospitalisation complète) ne permet pas d'assurer un suivi systématique.

L'accueil de personnes appartenant à une population spécifique est assuré. Les moyens mis à disposition comme les ascenseurs et sanitaires adaptés aux handicapés, ainsi que le matériel dans les secteurs de soins, sont utilisés. Les différents intervenants médicaux et paramédicaux tracent leurs activités dans le dossier papier du patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées via le logiciel informatique prévu pour cela.

La douleur est évaluée à l'entrée et régulièrement pendant le séjour. Elle est tracée dans le dossier de soins. L'établissement est classé A en ce qui concerne l'indicateur qualité sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire (relevé 2017).

La gestion des urgences vitales est assurée par l'application du protocole connu de tous, ainsi que les matériels mis à disposition. La procédure « prise en charge du patient qui se présente à l'accueil pour une urgence » est appliquée si besoin.

La permanence des soins est effective.

Les prescriptions d'examens de biologie médicale sont réalisées par les anesthésistes ou les chirurgiens sur des bons prévus à cet effet. Ils sont datés et argumentés. Un prestataire extérieur est en charge de leur traitement. Les délais de réalisation et de retour des résultats sont compatibles avec la continuité de la prise en charge.

Le déploiement des actions d'éducation post chirurgical est effectif. Les supports à destination des patients sont disponibles.

Concernant la détection des patients pouvant présenter un risque suicidaire, les recommandations de la procédure « dépistage et prévention du risque suicidaire » sont appliquées.

L'entourage des patients est accompagné, lorsque cela le nécessite, par les équipes de soins. Un lit d'appoint, ainsi que des petits déjeuners et des repas, sont délivrés si besoin.

Concernant la sortie des patients, l'organisation prévue dans les différents protocoles afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins, est respectée. En ambulatoire, les patients sortent systématiquement après aval médical, avec l'ensemble des documents de sortie (compte rendu opératoire, ordonnances, recommandations ...). Il en est de même en hospitalisation complète où la sortie des patients est programmée.

La réalisation des appels du lendemain, telle que la procédure récemment mise en application le prévoit, est assurée.

Des questionnaires de satisfaction sont remis systématiquement aux patients. Ceux-ci peuvent également utiliser le dispositif e-satis afin de s'exprimer sur leur séjour.

Tous les intervenants rencontrés dans le cadre des visites de terrain déclarent savoir réaliser les fiches de déclaration d'événements indésirables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi de la thématique du parcours du patient est en place, géré par les pilotes du processus et le CQGRV.

L'établissement assure le relevé et l'utilisation de ses indicateurs nationaux et HN, ainsi que d'indicateurs qu'il a mis en place tels ceux sur le nombre d'évènements indésirables et réclamations en lien avec la thématique, ou le nombre de patients transférés suite à une endoscopie.

Des EPP en lien avec la thématique sont déclinées. On notera celle sur la « prise en charge de la douleur lors des soins », ou la « préparation du transfert au bloc ».

Des audits sont également réalisés sur différents éléments du processus. On notera celui sur la vérification de l'identité lors des soins, ou le contrôle des chariots d'urgence.

Depuis 2019, et selon la méthodologie du « patient traceur », des évaluations concernant la conformité des pratiques, tout au long du séjour des patients, sont mis en place avec l'ensemble des intervenants de la prise en soins.

Suite aux déclarations d'évènements indésirables ayant pour sujet le parcours du patient, des RETEX ainsi que des RMM sont réalisées si besoin, avec l'appui de professionnels de différentes catégories professionnelles de l'ensemble des services.

La satisfaction des usagers est évaluée via l'analyse des questionnaires de satisfaction et l'utilisation du dispositif e-satis.

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

L'établissement a mené des actions d'amélioration concernant le parcours du patient en s'appuyant sur les résultats des différentes évaluations et l'analyse de ses risques. Le plan d'action est retrouvé dans le plan d'action global de l'établissement. Certains éléments jugés prioritaires, sont repris dans le compte qualité.

Des actions ont déjà été menées, notamment avec la mise en place de nouvelles modalités de remise du livret d'accueil, ou la mise en place des « cubes » collation en endoscopie pour permettre la sustentation des patients avant leur sortie.

D'autres actions sont en cours de finalisation sur l'information au patient, dès la première consultation, sur les conditions de sortie en chirurgie ambulatoire, entre autre.

La communication des résultats des actions d'amélioration mises en place est effective. L'encadrement assure la communication des éléments, ce que confirme le personnel rencontré lors des visites de terrain.

Certains indicateurs font l'objet d'un affichage dans les secteurs de soins. Les indicateurs nationaux obligatoires sont affichés dans l'établissement.

Les usagers sont informés via la CDU des plans d'actions mis en place.

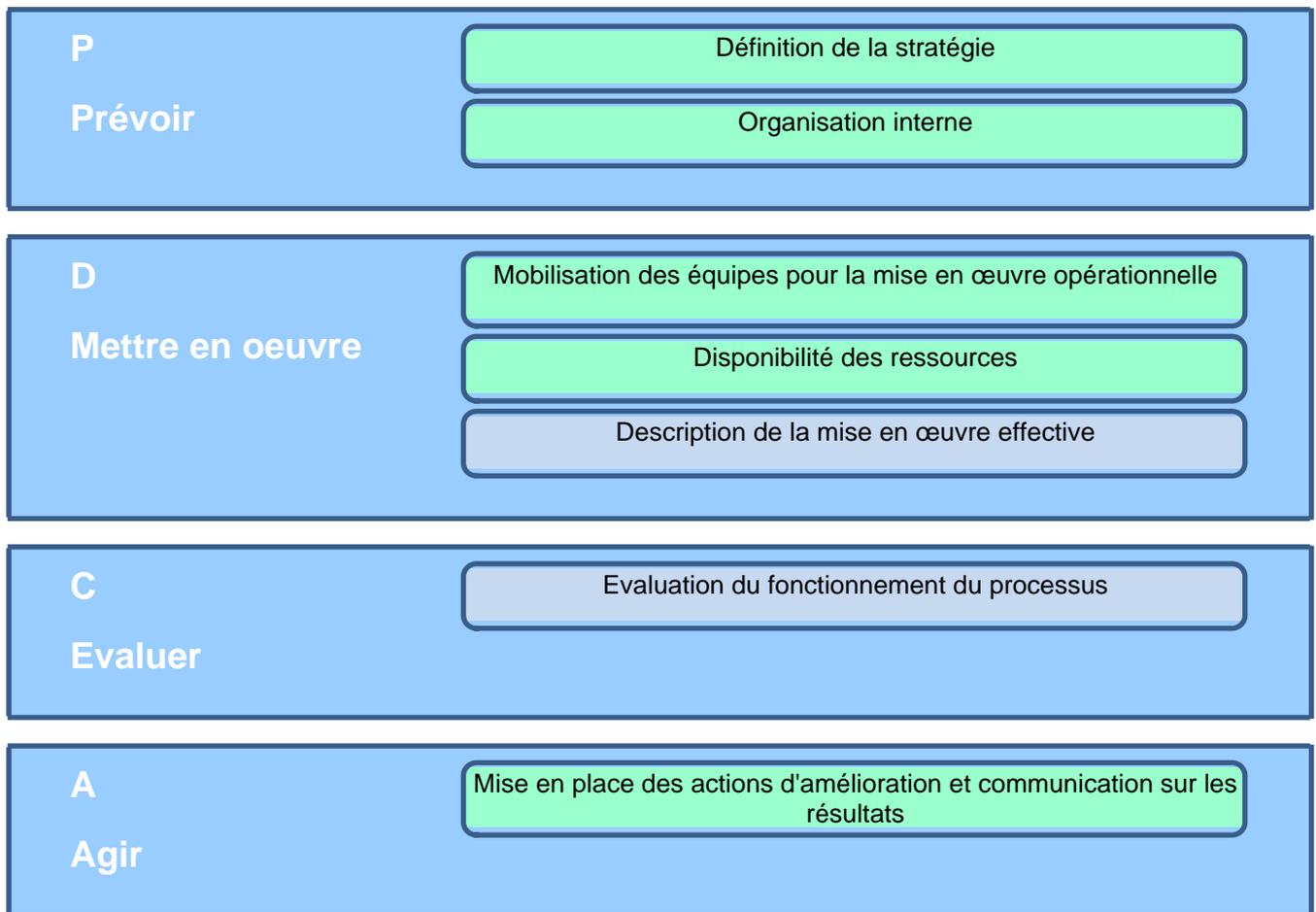
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de gestion du dossier est inscrite dans le projet d'établissement, incluant le projet du système d'information, et s'appuie sur l'informatisation totale de tous les secteurs d'activité du Centre Chirurgical Des Princes (CCDP), à courte échéance.

Le déploiement dans tous les secteurs se fait avec accompagnement et par étapes. Il a pour objectif de structurer et homogénéiser les prises en soins autour des parcours chirurgicaux et endoscopiques proposés par le CCDP.

La stratégie prend en compte l'intégralité du dossier patient avec ses différentes composantes (secteurs administratif, médical et médico techniques), les adaptations nécessaires selon les typologies d'activité, ainsi que l'accès du patient à son dossier.

Les choix et orientations stratégiques ont été définis à partir d'une analyse de risques, d'audits sur le dossier, les résultats de tous les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), les indicateurs relatifs au dossier et les recommandations de la visite précédente.

Les risques identifiés sont hiérarchisés, au niveau de la direction, selon une méthode définie qui prend en compte les risques spécifiques liés à la coexistence pour un même patient d'un dossier pharmaceutique informatisé et d'un dossier papier, avec classement défini par une check list et des procédures actualisées.

Un responsable des systèmes d'information a établi l'identification des risques sur la thématique du système d'information, qui vient compléter la démarche et prévoit le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) aux secteurs de soins.

L'analyse des besoins prend en compte les résultats de tous les IQSS, les indicateurs relatifs au dossier patient qui présentent des marges de progrès (indicateurs lettre de sortie, appel du lendemain en UCA).

Un plan de déploiement ainsi qu'un calendrier prévisionnel sont actés.

Le compte qualité développe les axes du programme d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS).

Les plans d'actions sont déclinés dans le compte qualité, qui a été analysé avec le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), l'assistante de direction et l'informaticien, référents du dossier patient informatisé, ce qui a été constaté lors de l'investigation de l'audit de processus.

Les modalités de suivi sont définies, actées et planifiées.

ORGANISATION INTERNE

Le management du CCDP a établi une organisation pour piloter le processus.

Cette organisation s'appuie sur un groupe associant le médecin DIM responsable qualité, l'assistante de direction, un informaticien, qui ont en charge de piloter l'ensemble de la démarche, en assurant son suivi.

Les rôles et responsabilités sont identifiés dans une fiche de mission.

Ce groupe assure le recueil des événements indésirables liés aux deux supports utilisés, des souhaits d'amélioration, l'évaluation et le suivi des évolutions du futur dossier en partenariat avec l'encadrement soignant. La direction a mis en place un dispositif de formation structuré, assuré par les pilotes support DPI pour les briques fonctionnelles déployées et à déployer.

La formation de l'ensemble des acteurs est en cours de réalisation pour la mise en place du dossier informatisé patient. Un accompagnement des nouveaux arrivants est prévu.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, etc.) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein du logiciel de gestion documentaire. Elles concernent toute la gestion du dossier patient et entre autres, les règles de tenue du dossier, le guide du dossier, l'accessibilité au dossier des différents intervenants, la communication du dossier entre les professionnels, l'archivage, la sécurisation.

L'accessibilité du patient à son dossier est organisée ainsi que son information quant à son droit d'accès.

Les modalités spécifiques concernent l'accès au dossier des patients mineurs, majeurs protégés, ayants droit en cas de perte des cartes d'implant, de décès, sont définies.

Les plans de continuité d'activité ont été élaborés avec des sauvegardes et un mode dégradé.

Les ressources matérielles, locaux, équipements (dont locaux d'archivage), infrastructures techniques et système d'information associé (dont plan de reprise d'activité), nécessaires aux différents intervenants pour tracer leurs actions dans le dossier patient, sont prévus.

Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil métier.

Les accès sont individuels et nominatifs, l'établissement est organisé de manière à ce que les utilisateurs aient leurs identifiants en temps utile.

Une permanence du système d'information est en place 24h sur 24.

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus, des "mémo" sont mis à disposition pour le nouveau logiciel (navigation, spécifique médecins, IDE).

Une organisation est définie pour informer le patients des conditions d'accès à son dossier, via le livret

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres en responsabilité des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le dossier patient afin d'assurer la continuité de la prise en soins et de la traçabilité de tous les actes ou documents qui s'y réfèrent.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et de l'appropriation des objectifs institutionnels et des plans d'actions définis et mis en œuvre.

Chaque agent est tenu de prendre connaissance et de signer la charte informatique.

Les équipes de soignants participent à l'élaboration du dossier, à sa mise en place et à son amélioration.

Le travail collectif permet de structurer les prises en soins autour de protocoles communs par spécialité et parcours.

Des retours d'expériences sont régulièrement assurés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc...) par le responsable qualité, l'assistante de direction, l'informaticien, avec la participation des professionnels du terrain.

Les modalités de communication sont définies et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont adaptées en termes d'effectifs et de formation. Ces ressources impliquent la cellule de pilotage du dossier, les responsables des secteurs de soins et les praticiens.

Tous les professionnels sont formés aux outils informatiques déployés. Des actions d'accompagnement et de formation sont réalisées périodiquement selon les développements technologiques réalisés.

Un code d'accès et l'attribution d'un profil par professionnel sécurisent l'accès au logiciel de prescription/administration du dossier patient.

Une assistance fonctionnelle est assurée par le référent informaticien et l'encadrement qui assurent la formation du nouvel arrivant, complétée par un compagnonnage terrain.

La documentation est disponible dans l'espace intranet dédié et/ou intégrée dans le dossier de soins. Les modes d'utilisation et outils d'aides sont disponibles via le même réseau.

Les dossiers papier persistants font également l'objet d'un apprentissage par compagnonnage, des guides d'utilisation et tutoriels sont accessibles sur le logiciel de gestion documentaire institutionnel à partir des postes informatiques.

L'accessibilité et la gestion du dossier sont facilitées par le déploiement d'équipements informatiques répondant aux besoins des utilisateurs : ordinateurs fixes rendant accessible le dossier patient à tous les acteurs, des acquisitions de portables pour les chariots de soins sont en cours. Ils sont disposés dans chaque poste de soins, dans chaque lieu stratégique.

Les locaux et équipements nécessaires sont en adéquation avec les besoins.

Les locaux d'archivage sécurisés permettent d'assurer la conservation et l'accessibilité en H24, si besoin.

Les personnels de la clinique sont formés pour mettre en vigueur les recommandations pour la récupération des dossiers hors horaires d'ouverture, si nécessaire.

Les ressources matérielles font l'objet d'un investissement régulier, d'un suivi et d'une maintenance préventive et curative.

Le service informatique assure la continuité, une sauvegarde est instaurée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les responsables des secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne du dossier patient, tant papier, que la partie prescription/administration informatique. Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis les consultations/pré admission, l'admission, le séjour jusqu'à la sortie.

Les dossiers des consultations des anesthésistes et des chirurgiens font l'objet de synthèses intégrées au dossier patient et mentionnent les éléments nécessaires à la prise en soins (indication, observation, type d'intervention, documents de consentement, réflexion bénéfice/risque, traitements médicamenteux).

Des check-list sont intégrées au dossier afin de tracer toutes les informations données au patient et d'assurer l'exhaustivité de tous les documents papiers encore disponibles (consentement, personne de confiance, directives anticipées, courriers extérieurs, ordonnances, résultats biologiques radiologiques).

Les dossiers papiers sont conservés dans les salles de soins à l'accès sécurisé dans des chariots dédiés, avec le dossier de soins infirmiers.

Les demandes des dossiers archivés des patients sont gérées et tracées par l'assistante de direction.

Les éléments constitutifs de la sortie sont définis et transmis en temps utile aux acteurs du suivi après l'hospitalisation. Elles comprennent notamment :

- date et heure de sortie ;
- double de la lettre de sortie ;
- double de l'ordonnance d'entrée et de sortie ;

- compte rendu d'hospitalisation
- compte rendu opératoire
- document contenant les numéros téléphoniques à joindre si nécessaire.

Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective, avec un suivi des demandes et des délais de réponse. Ces informations sont partagées avec la Commission des usagers (CDU).

La communication, avec les correspondants externes, s'organise sur la base des comptes-rendus d'hospitalisation, des ordonnances, des comptes rendus opératoires.

Les comptes-rendus d'hospitalisation peuvent être transmis par messagerie sécurisée, vers les interlocuteurs de la médecine libérale qui en sont dotés, directement du cabinet des chirurgiens.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge en temps utile dans le dossier patient, est assurée par l'ensemble des professionnels, tant au niveau administratif que soignant, comme le montrent les dossiers des patients traceurs investigués.

Les différents professionnels médicaux et paramédicaux assurent la traçabilité des activités de soins et de surveillance, les médecins assurant la traçabilité de leurs actes et des prescriptions.

Cette implication est objectivée par les valeurs des indicateurs tenue du dossier, des prescriptions et du délai d'envoi des comptes-rendus.

Ces éléments sont identifiés dans le dossier du patient traceur que le CCDP a préparé, par une sensibilisation des équipes, en amont de la visite.

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil par le dossier spécifique en chirurgie ambulatoire, et en endoscopie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le management assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre, sur la base d'outils identifiés.

Des indicateurs sont priorisés dans le projet d'établissement : pourcentage d'éléments du dossier informatisé, taux de conformité aux audits de dossier, nombre de fiches d'événements indésirables, suivi des demandes de dossier des patients, délai de transmission des dossiers (< et > 5 ans) Un archivage en externe est effectué tous les deux ans, une procédure le détaille.

Les IQSS sont suivis, la cartographie des risques a identifié certains risques spécifiques qui font l'objet d'actions d'amélioration.

Un tableau de bord est suivi avec un retour aux utilisateurs, portant sur la mise en œuvre des actions correctives nécessaires.

Les risques identifiés sont intégrés au compte qualité et communiqués en CDU et aux instances.

A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre suite aux résultats des évaluations, aux résultats d'une partie des IQSS et pour adapter le DPI et le dossier papier aux particularités de certaines spécialités.

Un plan d'actions d'amélioration a été défini à partir des résultats des évaluations de la tenue du dossier du patient, réalisées dans le cadre des IQSS. La mise en œuvre de ces actions d'amélioration est pilotée par la direction selon un calendrier défini et confié aux référents du groupe "Dossier".

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel ainsi qu'au Compte Qualité.

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

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des personnels et des usagers, notamment sur la réalisation d'actions d'amélioration.

Des supports et modalités de diffusion sont établis et communiqués aux professionnels et aux usagers, ainsi qu'aux correspondants médicaux externes et professionnels libéraux.

Les résultats des IQSS sont diffusés en interne (affichage...) et aux professionnels ainsi qu'aux représentants des usagers via la CDU. Celle-ci est tenue informée des données relatives à l'accès du patient à son dossier.

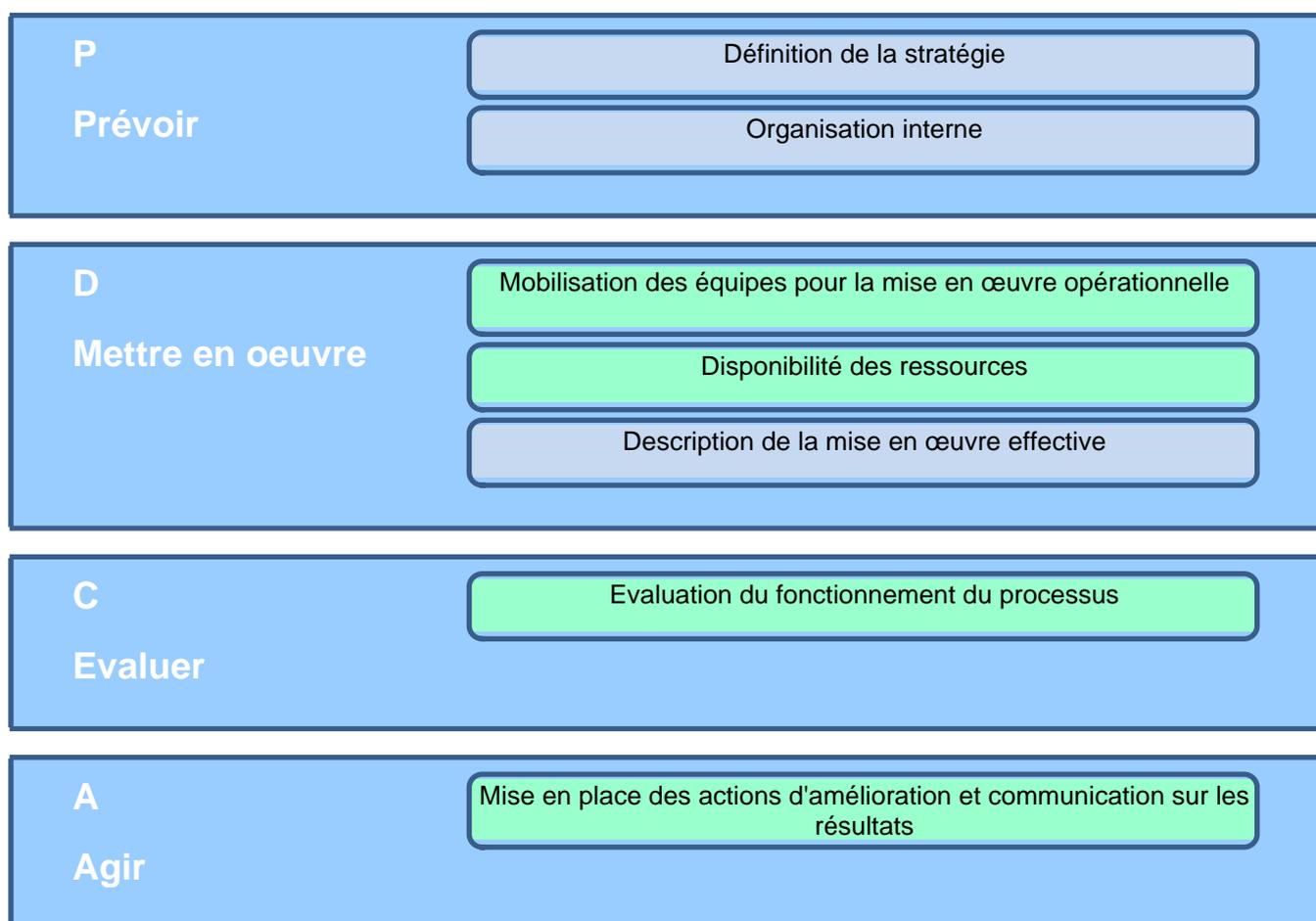
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte, des engagements du contrat du bon usage des médicaments et d'une analyse des risques propres à l'établissement, sont en place. Le Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) a su prendre en compte les conclusions de la précédente certification, les études de risques selon les modèles de l'ANAP, les IQSS afin de consolider le compte qualité.

La prise en charge médicamenteuse dans l'établissement est un processus systémique pluridisciplinaire, dont la qualité et la sécurité déterminent le service médical rendu aux patients. Cette démarche mise en œuvre, portée par une politique concertée, permet le développement d'une culture qualité sécuritaire pour la prise en charge médicamenteuse, avec comme objectif de :

- Garantir la sécurité des soins
- Rendre le patient acteur des prises en soins en développant un environnement bien traitant. Un document identifié "entretien de conciliation médicamenteuse" est proposé aux patients à l'entrée et à la sortie. Il fait également état du traitement habituel, et de sa restitution à sa sortie.
- Organiser de manière performante la culture sécurité et qualité et l'intégrer aux pratiques professionnelles.

La prescription médicamenteuse est un thème qui a fait l'objet d'évaluations de pratiques (EPP), dont les résultats ont permis de mettre en œuvre des actions d'amélioration pérennes. L'accent est mis sur la prévention de la iatrogénie liée aux populations particulières fragiles accueillies, que sont les personnes âgées, les enfants en suite d'interventions chirurgicales ou endoscopiques.

La prise en charge médicamenteuse s'intègre dans la gestion globale des risques, et particulièrement de leur prévention, un médecin responsable qualité et DIM est RSMQ.

Cette stratégie, définie par la commission du bon usage des médicaments et des produits de santé et dispositifs médicaux stériles, ainsi que la commission des gaz médicaux, qui est composée de représentants de tous les secteurs de soins sous la présidence de la pharmacienne, validée par les instances, est inscrite au compte qualité et relayée au sein des secteurs par un groupe (référents médecin, responsables, qualité, encadrement soignant).

La définition d'axes prioritaires déclinés en objectifs inclus dans le compte qualité permet de structurer cette stratégie comme :

- Dispositions organisationnelles du management
- Améliorations de la qualité et sécurité : extension de l'informatisation
- Promotion du bon usage des antibiotiques
- Analyse médicamenteuse (traitements de la personne âgée, etc...)
- Définition d'une liste des médicaments à risque
- Déploiement de la conciliation médicamenteuse (fiche de renseignements à l'admission et à la sortie)
- Formation / actions sur les erreurs médicamenteuses et leur signalement
- Généralisation du suivi des actions définies

ORGANISATION INTERNE

Le CCDP a mis en place une organisation efficiente afin de piloter le processus "prise en charge médicamenteuse". Le groupe de pilotage assure le management de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles. Il se réunit à périodicité régulière et plus, en fonction des besoins.

Ses missions sont définies dans un règlement intérieur. Sa composition est pluridisciplinaire, un organigramme est élaboré, diffusé et connu de tous.

Les rôles et responsabilités de la pharmacienne gérante, qui assure seule quotidiennement la gestion de la PUI, sont définis dans les missions qui font partie de sa compétence.

Le livret thérapeutique, les procédures, les protocoles sont formalisés, actualisés, validés par le COMEDIMS et la CME. Un document "politique qualité " a été élaboré. Il définit des objectifs tels que :

- Garantir la sécurité des soins
- Rendre le patient acteur de sa prise en soins et développer un environnement bien traitant
- Mettre en place une organisation performante en vue de promouvoir: la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse depuis la prescription jusqu'à l'administration dans tous les secteurs de soins, le déploiement de l'informatisation afin d'assurer la sécurité du circuit, la validation et la traçabilité en temps utile.

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie et lors d'éventuels transferts.

La permanence pharmaceutique est prévue en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, une procédure connue de tous, permet le dépannage dans une armoire tampon.

Il existe une procédure de gestion du traitement personnel (habituel).

La formation proposée en interne permet à tout nouvel arrivant ou vacataire de se familiariser avec les

modalités de fonctionnement du CCDP. Celle-ci est dispensée par la pharmacienne et le RSMQ.
Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs, qui peuvent y accéder à tout moment, de manière sécurisée.
L'interface du service de pharmacie avec les secteurs de soins est assurée par plusieurs voies : les encadrants, le RSMQ également responsable qualité. Elle permet l'articulation cohérente des missions et des compétences, au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le compte qualité ayant permis d'identifier les risques, les pilotes du processus (pharmacienne et RSMQ) organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Leurs missions sont définies dans des fiches de postes. Ils sont relayés par les encadrants au sein des secteurs de soins.
La pharmacienne assure la formation des professionnels de toutes catégories, en interne, sur les risques identifiés et priorités dans le compte qualité et sur le processus.
La déclaration d'événements indésirables sur les erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une sensibilisation particulière, même si le nombre de signalements pourrait être plus important.
Les personnels soignants sont représentés au sein du COMEDIMS et de la commission des gaz, par l'encadrement soignant qui apporte des éléments émanant du terrain, éléments qui sont pris en compte et permettent des réajustements.
Les responsables de secteur s'assurent au quotidien de la conformité des pratiques, du respect des procédures et protocoles élaborés par le responsable qualité, validés et par les instances et sur la base des résultats des audits diligents par le Comité Qualité - Gestion des Risques et des Vigilances (CQGRV).
Des actions correctives sont identifiées par l'analyse pluriprofessionnelle, en RETEX et en RMM, des signalements d'événements indésirables et des dysfonctionnements associés aux soins et liés au circuit du médicament.
Des actions très concrètes sont proposées telles la réorganisation du circuit, la sécurisation des stockages, la sensibilisation à la déclaration, la recherche de référencement spécifique. Elles sont communiquées par la RSMQ aux personnels. Elles reçoivent une adhésion totale des professionnels concernés.
Les protocoles en place sécurisent le circuit, ce que les professionnels ont confirmé au cours des investigations dans les secteurs de soins et lors des "patients traceurs".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les exigences en termes de ressources humaines sont suivies.
La pharmacienne forme en interne le personnel en individualisant les apports dès leur recrutement, toutes catégories confondues (nouveaux arrivants, intérimaires, etc...), sur les modalités de fonctionnement au sein de l'établissement, sur la déclaration des erreurs médicamenteuses, sur les matériels utilisés, sur la prescription chez la personne âgée, sur le calcul de doses pour les enfants. Elle est relayée pour cela par les médecins anesthésistes, dont le président de la CME.
Des actions régulières de sensibilisation sont menées.
Les procédures, élaborées par le CQGRV et validées par le pharmacien, le livret thérapeutique, ainsi que les comptes rendus du COMEDIMS sont accessibles à tous, dans la documentation informatisée du CCDP.
Des documents sont mis à disposition des patients, des actions d'éducation à la santé sont menées auprès d'eux et de leur entourage.
La conciliation médicamenteuse est en cours de déploiement, des documents sont élaborés. Les ressources matérielles informatiques permettent une sécurisation du circuit, les locaux sont adaptés et sécurisés.
Les armoires à pharmacie sont situées dans les postes de soins sécurisés. Elles sont périodiquement contrôlées ainsi que les chariots d'urgence. Le résultat est communiqué à l'encadrement pour actions d'amélioration si nécessaire.
Des réfrigérateurs sont mis à disposition. Ils sont entretenus, le contrôle de température est tracé, ils sont contrôlés. L'entretien est tracé dans les secteurs de soins.
Le service de la pharmacie est situé dans des locaux adaptés et rangés avec soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescriptions définies sont mises en œuvre.
Elles sont connues de tous, la pharmacienne et le responsable de la qualité assurent la formation des nouveaux arrivants.
L'analyse pharmaceutique est effectuée par la pharmacienne pour les prescriptions, identifiées comme à risques. Une procédure encadre la gestion des traitements personnels des patients.
Les médicaments sont rangés par les infirmiers dans des armoires sécurisées (dans les postes de soins également sécurisés) après réception de la distribution globalisée, véhiculé par le personnel de la pharmacie, qui en assure le transport dans des bacs sécurisés et le rangement dans les réfrigérateurs des

produits thermosensibles. Les stupéfiants sont récupérés par l'encadrement ou les médecins anesthésistes. L'administration au quotidien après la dispensation (délivrance) en dotation globalisée est effectuée et tracée par les infirmiers à des moments différents en fonction de la planification des soins et de l'activité. Les ressources matérielles permettent une sécurisation du circuit, les locaux sont adaptés et sécurisés, disposant chacun d'un ordinateur qui permet la traçabilité en temps utile de l'administration. Une "signalétique visuelle" permet de reconnaître rapidement certains médicaments : les écrasables, ceux "à risques" (potassium, AVK, insuline, etc...), dont une liste choisie institutionnellement, conformément aux préconisations des revues de littérature. Les populations à risques prioritaires, sont identifiées telles les personnes âgées, les enfants, les patients avec insuffisance d'organe (rénale, cardiaque, hépatique). Une procédure détermine également la gestion des dispositifs médicaux implantables et de leur traçabilité, qui incombe à l'encadrement ou aux chirurgiens en fonction du DMI. La traçabilité est effective. Le secteur de pharmacie est ouvert tous les jours, les horaires sont communiqués sur l'intranet, la pharmacienne est présente au quotidien, elle prend ses congés lors de la fermeture de la clinique deux fois par an. L'organisation mise en place, et le travail en équipe tel qu'il est promu, permettent aux différents intervenants du circuit du médicament, de réagir de façon adaptée, en cas d'imprévu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CQGRV du CCDP assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels. Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs est effectué, un rapport d'audit est élaboré et présenté en instances, un CAQES et ses annexes, sont renseignés annuellement. Un programme d'audits couvrant l'ensemble du circuit du médicament et notamment l'administration, est fixé, échelonné sur l'année. Une évaluation de l'effectivité est faite périodiquement, le document renseigné a été élaboré sur le modèle proposé par l'ANAP. La réalisation de RETEX sur le management de la prise en charge médicamenteuse est menée pour tous les signalements d'erreurs médicamenteuses. Les indicateurs nationaux sont renseignés, tels ICATB et IQSS sur la prescription et sa conformité de rédaction. Une évaluation du maintien des EPP concernant le circuit du médicament est faite annuellement et présentée en réunions d'instances (traitement et classes thérapeutiques à haut risque de la personne âgée...).

A / AGIR

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

Les actions définies lors de différentes évaluations et mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions et inscrites au compte qualité. Le programme d'audits annuel sur toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse permet des réajustements périodiques. Les résultats des actions et des indicateurs sont communiqués, en interne au décours de réunions institutionnelles. Des diaporamas sont présentés régulièrement par la pharmacienne et le médecin en charge de la qualité et l'affichage dans les lieux de passage, notamment auprès des professionnels et des usagers.

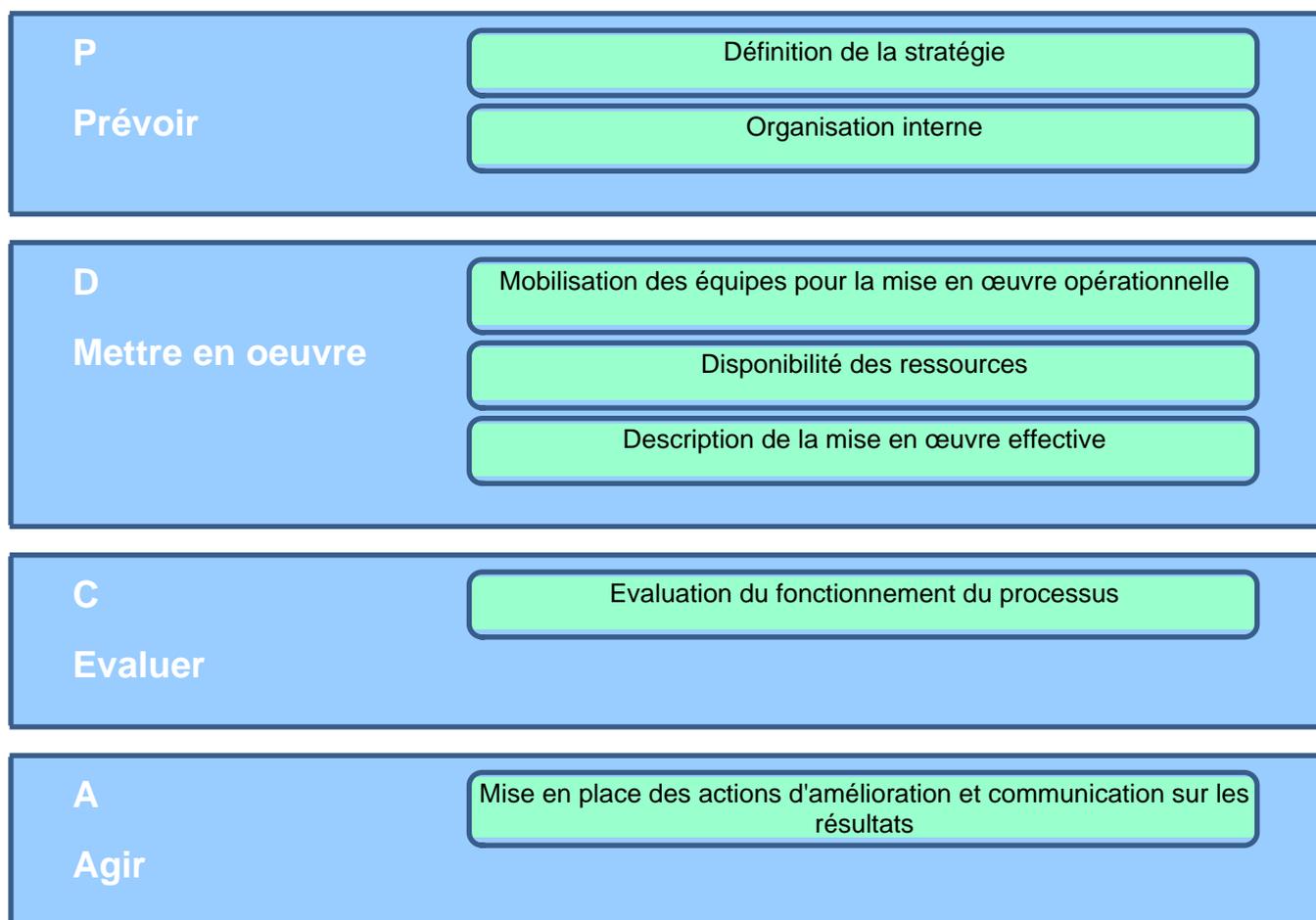
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du bloc opératoire du Centre Chirurgical Des Princes (CCDP) a été actualisée en 2019. Ses objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que des indicateurs ont été définis.

Le bloc opératoire est pluridisciplinaire. Il permet la réalisation, dans de bonnes conditions, des actes de chirurgie notamment ambulatoire (plus de 65%), pour les spécialités suivantes : Chirurgie esthétique, Chirurgie plastique réparatrice, Chirurgie maxillo-faciale, Implants dentaires, Proctologie, Ophtalmologie, Phlébologie et pose de chambres implantables.

Il existe un pilotage institutionnel commun, décliné dans un document stratégique validé et connu.

La stratégie de l'établissement est validée par les instances et communiquée aux professionnels par le projet de service présent dans la gestion documentaire.

Les processus à risques sont identifiés, analysés et hiérarchisés. Le compte qualité est le support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance.

La cartographie des risques a été réactualisée en 2019. Elle a abouti à la mise en place d'un plan d'actions pour les risques prioritaires.

Cette politique est validée par les instances et communiquée aux professionnels par le projet de service, et la gestion documentaire.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement dispose de 15 lits d'hospitalisation complète, de sept lits de chirurgie esthétique et 28 places de chirurgie ambulatoire.

Le bloc opératoire est situé au deuxième étage du bâtiment principal. Il comprend trois salles d'opération et une salle de soins externes où est pratiquée la chirurgie dermatologique, exclusivement sous anesthésie locale, et trois places de SSPI.

La cadre, IBODE de formation, est la responsable autonome du bloc. La lettre de mission du pilote nommée en 2015 est précisée dans sa fiche de poste. Elle est chargée en particulier de l'organisation du bloc opératoire, de l'encadrement des personnels, des relations avec les praticiens.

Elle participe et s'appuie sur le conseil de bloc composé de deux chirurgiens, deux médecins anesthésistes réanimateurs (MAR), dont le président de la CME. Un(e) IDE et un brancardier sont associés aux réunions du conseil de bloc, une fois par an.

L'organisation du Bloc Opératoire (BO) est formalisée dans une charte de fonctionnement, rédigée et validée par un conseil de Bloc Opérationnel (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, rôle du chef de bloc). Celle-ci a été rédigée initialement en 2008 et réactualisée déjà par deux fois.

Cette charte est approuvée par le président de la CME et le président du conseil de bloc. Elle est validée par le PDG de l'établissement. Cette charte du BO a été remise à chaque praticien.

Les vacations sont attribuées aux chirurgiens en fonction des besoins pour réaliser leur activité chirurgicale (8/13h et 14/19h). Cette activité est révisable en fonction des données fournies par des indicateurs objectifs d'occupation de salle d'opération et ne peut être décidée que par la direction.

La cadre est en charge de la préparation, la validation et la diffusion des vacations du BO et du programme opératoire.

Les ressources humaines sont en cohérence avec le fonctionnement du BO. Il existe un(e) IDE dédié(e) en SSPI. Un(e) IDE est présent(e) dans chaque salle. Certains anesthésistes réanimateurs interviennent avec leurs propres IADE.

En cas de difficulté, l'établissement fait appel à des « vacataires fidélisés ». Les nouveaux arrivants ont à leur disposition les procédures institutionnelles, et bénéficient d'un tutorat d'une semaine.

Le système d'information permet l'accès à la gestion documentaire, au niveau du BO et de la SSPI.

La feuille de programmation est intégrée au logiciel, et permet une consultation en temps réel du programme opératoire.

Les circuits et interfaces sont organisés par l'échange d'information entre le BO, les services d'hospitalisation (programme opératoire), la pharmacie, les services techniques (linge, gestion des déchets).

Le dispositif de radioprotection est prévu. L'établissement a formé un personnel compétent en radioprotection. La cadre de bloc est la PCR.

Une signalétique au niveau des salles opératoires est mise en place lors de l'utilisation des rayons ionisants uniquement lors de la pose de chambres implantables par deux MAR, une à deux fois par semaine, sur des pages dédiées.

Il n'y a pas de dépôt de sang dans la clinique. Si nécessité d'une transfusion sanguine, une convention existe avec l'Hôpital Européen Georges Pompidou, un MAR est correspondant hémo vigilant.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité et sécurité, en articulation avec le PAQSS de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre responsable du bloc opératoire assure la mise en place de la politique de management de la qualité et sécurité des risques au bloc opératoire (BO). Les équipes sont sensibilisées. Les professionnels connaissent leurs missions, et s'assurent de la sécurité tout au long du processus de prise en charge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences sont en adéquation avec l'activité.

Chaque jour sont présents: une équipe d'IDE en salles d'intervention, un(e) IDE en SSPI, deux brancardiers et deux aides-soignants en stérilisation, ce qui a été constaté lors de l'investigation de terrain.

Une panseuse est d'astreinte toutes les nuits de 20h00 à 8h00, ainsi que du samedi 8h00 au lundi 8h00.

Les médecins anesthésiste-réanimateurs sont disponibles à tout moment de la journée au bloc et en SSPI. La liste des astreintes des anesthésistes et des personnels est élaborée mensuellement et communiquée à tous les acteurs du bloc et des services de soins.

Les personnels sont formés aux gestes d'urgence, un plan de formation actualisé est proposé.

Sept praticiens (un MAR et six chirurgiens plasticiens) sont engagés dans la démarche d'accréditation auprès de leurs organismes agréés. Une démarche d'accréditation en équipe est en réflexion pour les gastroentérologues.

Le règlement de fonctionnement du bloc opératoire, réactualisé, définit les principes et modalités d'organisation du bloc opératoire. Ce règlement est porté à la connaissance de tous les professionnels travaillant au bloc opératoire par affichage et remise directe.

La PCR est la cadre de bloc. Les personnels médicaux et paramédicaux sont formés à la radioprotection des patients.

La disponibilité en matériel et documents est assurée au niveau de la SSPI. Malgré les contraintes architecturales, les locaux sont conformes. Les équipements répondent aux exigences des typologies de chirurgies pratiquées au CCDP.

La SSPI est dotée d'un terminal informatique permettant la consultation du planning opératoire, de la gestion documentaire, du livret thérapeutique, du Vidal.

Le chariot d'urgence et d'intubation difficile est présent et accessible comprenant une partie pédiatrique. Il est vérifié régulièrement, la traçabilité en est assurée. Il en est de même pour celle du défibrillateur, de la péremption des médicaments.

Un contrôle général par des prestataires extérieurs est organisé, en aout, lors de la fermeture de la clinique, comprenant le contrôle qualité et les changements de filtres.

La SSPI est située à l'intérieur du BO. Les patients sont amenés par un brancardier au BO à la porte d'entrée, et sont accueillis par l'IDE de la SSPI qui les prépare à leur passage en salle d'intervention, après que le MAR ait rempli la VPA.

Les contrôles de l'air, des gaz, de l'eau, des surfaces sont réalisées régulièrement et tracées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La répartition des vacances est faite en demi-journée. Le BO fonctionne du lundi au vendredi pour le programmé, ainsi que la SSPI, de 08h00 à 20h00. Il est fermé entre le 25 décembre et le 1 janvier et pendant tout le mois d'aout, ce qui permet de concentrer les prises de congés des personnels.

L'intégration des urgences (rares, des reprises opératoires essentiellement) est prise en compte directement dans le programme opératoire, après avis du MAR, selon le règlement de fonctionnement du BO. Le programme opératoire de la semaine est validé, in fine, la veille.

Après validation, le programme opératoire est imprimé et communiqué par la cadre au personnel du BO, aux agents de la stérilisation, ainsi qu'aux responsables infirmiers des services.

Il est affiché et consultable dans le système d'information du CCDP.

La régulation des activités du bloc opératoire permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc...).

Le transfert du patient entre les secteurs d'hospitalisation est effectué par un monte-malade dédié.

L'accès au BO est limité aux personnes habilitées, sécurisé par digicode et visiosurveillance.

Sécurité et intimité sont respectées lors de ce transfert, ainsi que la vérification de son identité. Le dossier médical suit le patient. Le patient transite en SSPI avant l'entrée en salle d'intervention.

Un système original de corne de brume, accrochée au milieu du bloc, permet de prévenir en cas d'urgence vitale.

La marche en avant est respectée grâce aux travaux réalisés après la dernière visite de certification et après validation par la nouvelle cadre hygiéniste et le CLIN.

Les personnels se déshabillent au sous-sol, y revêtent leur tenue de bloc avec par-dessus une blouse jetable, et des sabots « extérieurs » qui sont lavés quotidiennement, avant d'atteindre le BO.

L'entrée des personnels se fait dans un vestiaire comportant, une « zone propre » et une « zone sale ». Leur séparation est matérialisée au sol par une bande rouge. Une réflexion est actuellement menée par la cadre, pour mieux les identifier.

Le secteur de stérilisation est situé dans les locaux du bloc, géré par deux agents formés. La marche en

avant est respectée. Le lavage est effectué dans un laveur à double entrée. Les instruments sont reconditionnés, stérilisés dans un autoclave neuf, rangés dans les arsenaux du bloc.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées (identité, vigilance, traçabilité des ouvertures de salle, etc...), est organisée et contrôlée par la cadre du bloc.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires et issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe, etc...). Les différents éléments sont accessibles sur le logiciel de gestion documentaire. La prise en soins des patients se fait conformément aux procédures.

La disponibilité des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux...) au bloc et en SSPI est gérée par la cadre de bloc, en lien avec la pharmacie.

Les règles en matière de fonctionnement de la SSPI (les horaires de fonctionnement sont compatibles avec le programme opératoire, et la sortie se fait avec autorisation du médecin anesthésiste) sont respectées.

Le respect des règles de programmation (tableau de programmation établi conformément, programme accessible à tous, urgences prises en compte) est assuré.

Les règles de maîtrise du risque infectieux dans les secteurs interventionnels (en matière notamment de bio nettoyage, hygiène des mains, tenues professionnelles, etc...) sont respectées.

Le Bionettoyage dans les salles est effectué par les IDE et les brancardiers du bloc qui sont formés. Un prestataire externe intervient en fin de programme.

Le circuit des DASRI est conforme.

La radioprotection a été mise en place après la dernière visite de certification. Une inspection de l'ASN a eu lieu le 18 décembre 2019, dont la synthèse a été reçue le 22 janvier 2020 : il en ressort que les exigences réglementaires en matière de radioprotection des patients et des travailleurs sont prises en compte de façon satisfaisante.

La signalétique des salles d'intervention est lumineuse, notamment lors de l'utilisation de rayons ionisants dans le cadre des interventions de mise en place de chambres implantables, pratiquées par deux MAR. La dose de rayons délivrée est notée sur le Compte Rendu Opératoire.

Les professionnels sont dotés de dosimètres passifs et actifs, et de systèmes de protection.

L'amplificateur de brillance est stocké et accessible à tout moment.

Lors de l'acte chirurgical, la traçabilité des DMI est assurée par les équipes à partir d'étiquettes apposées dans un registre, que la responsable du BO a mis en place, permettant ainsi de tracer le dossier du patient. La pharmacienne en assure le contrôle.

En post-opératoire, lors du passage en SSPI, le patient bénéficie d'une surveillance par un personnel formé. La douleur est évaluée régulièrement et tracée sur la feuille d'anesthésie.

L'administration des médicaments est également tracée sur la feuille de surveillance.

La procédure de remplissage de la check-list par l'IDE de la salle, en présence du chirurgien et du MAR, est respectée, et son utilisation est effective.

Le dossier comprend le dossier d'anesthésie avec les éléments médicaux et thérapeutiques, les éléments administratifs, les consentements et une fiche de liaison. Il est sur support papier et accessible en temps utile. Un résumé du dossier médical des praticiens comportant le diagnostic et l'intitulé de l'intervention, y est joint.

Dans le cadre de la continuité des soins en ambulatoire, l'appel à J+1 pour contrôler la douleur et rechercher d'éventuels événements indésirables comme de la fièvre ou un saignement, n'était réalisé qu'inconstamment tant en chirurgie ambulatoire qu'en endoscopie. Les chirurgiens ophtalmologistes revoient par contre, leurs patients systématiquement le lendemain. Pour mettre en place un rappel systématique à J1 en ambulatoire, et répondre aux recommandations de la HAS et de la législation, l'établissement a voulu bénéficier du développement des outils informatiques de communication via les smartphone ou l'internet. Les trois prestataires de logiciels de suivi postopératoire sollicités n'ont pas répondu aux attentes de l'établissement. En attendant qu'une nouvelle solution, faisant appel à l'intelligence artificielle soit trouvée, une procédure dégradée pour l'appel du lendemain a été créée et aussitôt mise en place pendant la visite le 4 février 2020. C'est une secrétaire d'endoscopie qui appelle tous les patients pris en charge la veille en ambulatoire et qui dispose d'une check-list des questions pertinentes à poser. Elle prévient le médecin référent en cas de problème. Les réponses sont tracées à la fois dans le DPI et dans un fichier Excel, spécifiquement conçu par l'informaticien de la clinique.

Cette disposition sera incluse dans la charte de fonctionnement de l'ambulatoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc...) et qualitatifs (événements indésirables, délais, etc...) est mis en place. Le taux d'occupation des salles, le taux de dépassement des vacations, sont édités tous les mois.

Un audit de la check-list a été réalisé en novembre 2019 et confirme que les critères en sont, en grande partie, saisis dans leur ensemble.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés avec implication des professionnels et retour d'expérience. Les FEI sont renseignées sur la gestion documentaire. Les EIAS sont discutés et analysés tous les deux mois. Il y a une RMM par an.

Des réunions de programmation avec la stérilisation ont lieu une fois par semaine. Des audits habillage, brancardiers, gestion des stupéfiants sont réalisés. Lors de la mise en évidence de point de vigilance, un staff ponctuel est organisé.

Le taux d'annulation de l'ordre de 15 % est surveillé.

Un tableau de bord du bloc opératoire est produit et diffusé mensuellement.

Le tableau de bord de l'activité du bloc opératoire et du suivi des interventions, est affiché dans le service.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre. Elles ont concerné notamment la mise en œuvre de la radioprotection, la constitution du livret d'accueil des nouveaux arrivants, le déploiement du futur DPI, et la prochaine programmation informatisée, à partir des secrétariats des cabinets des chirurgiens.

Une sensibilisation à la réalisation de la check-list a été réalisée lors de la dernière CME en décembre 2019.

Le circuit enfant et le passeport ambulatoire sont en cours d'élaboration.

La communication se fait tous les 15 jours par des réunions d'équipe, avec une fois sur deux l'analyse des FEI et un journal épisodique « le petit Prince ».

L'affichage est réservé aux consignes médicales.

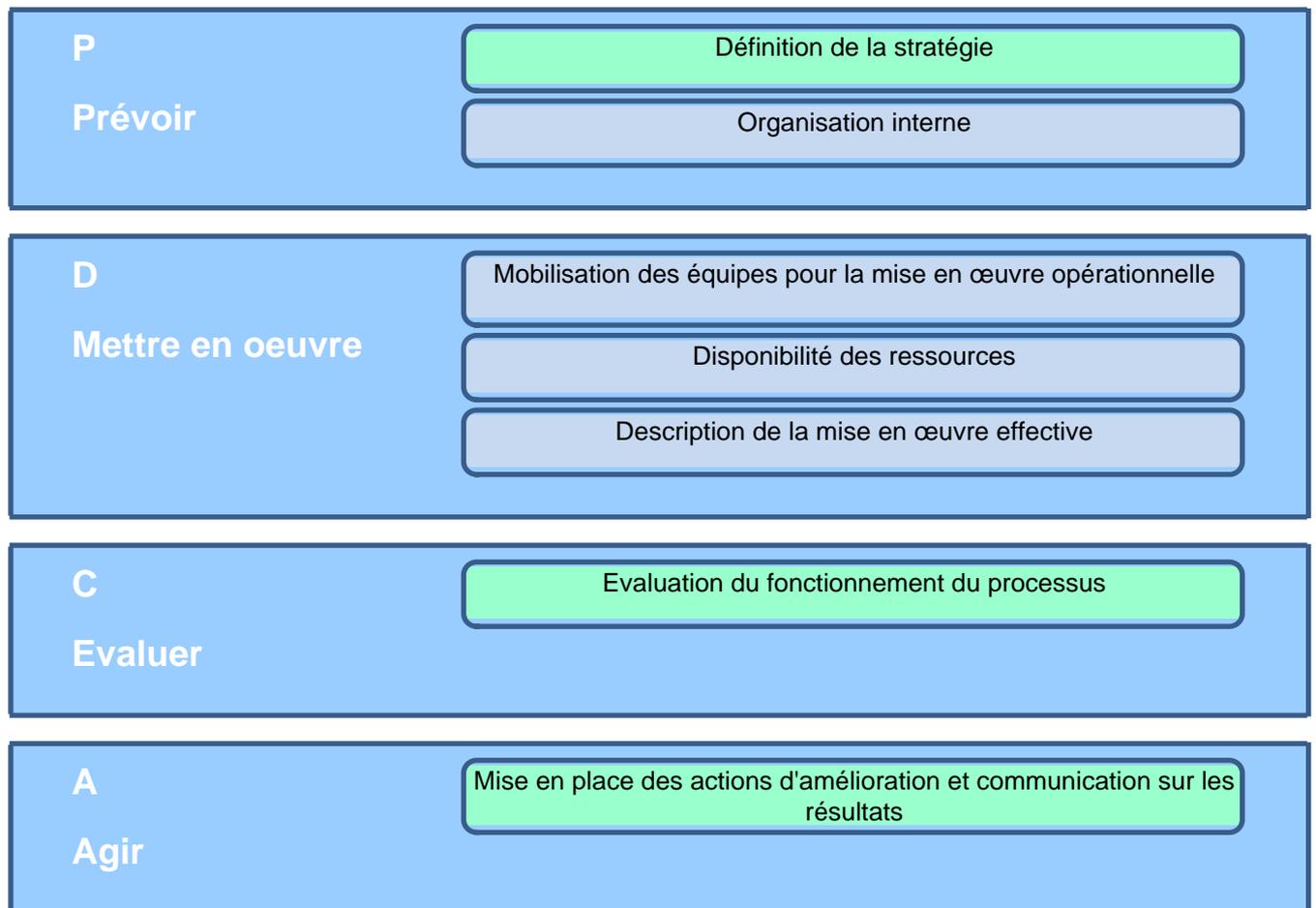
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur réalisant des endoscopies est indépendant et bien identifié, tant sur le plan géographique que fonctionnel. Le pilotage institutionnel est commun avec celui du Centre Chirurgical Des Princes (CCDP). Ce centre réalise plus de 9000 actes d'endoscopies par an par 23 HGE (Hépto-Gastro-Entérologue). La plupart ont été réalisés en ambulatoire, 127 ont été réalisés en hospitalisation complète pour préparation à l'examen, en 2019. Les actes réalisés correspondant uniquement à des endoscopies digestives diagnostiques (Polypectomies, mucosectomies). Il n'y a pas d'actes d'endoscopie thérapeutique.

La politique du bloc d'endoscopie est décrite dans le projet d'établissement 2020-2024 et intègre la démarche qualité, qui prévoit un programme annuel d'évaluation et de suivi des indicateurs recueillis.

L'établissement a procédé à une cartographie des risques, actualisée en 2019. Les données mobilisées concernent : les événements indésirables, les résultats d'audits et d'enquêtes, ainsi que les données issues de la pratique des professionnels, les EPP et les RMM.

Cette cartographie des risques a abouti, après priorisation, à un plan d'actions spécifiques au secteur.

Ce plan d'actions est connu des professionnels, validé par les instances.

Un support de formalisation d'un programme d'actions préventives, de surveillance et un plan annuel de formation est en place.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation définie (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions), et les interfaces telles qu'elles ont été élaborées, permettent la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires), afin d'atteindre les objectifs identifiés.

Une cadre est le pilote de ce processus. Sa fiche de poste précise sa fonction de coordinatrice de ce secteur où elle est très autonome.

Le secteur d'endoscopie se compose d'une zone secrétariat/accueil, de trois bureaux isolés, de neuf boxes et d'une chambre pour les patients, de quatre salles d'examen équipées, d'une SSPI avec cinq boxes, d'une salle de lavage des endoscopes et d'une zone de stockage des endoscopes désinfectés dans des containers.

La charte de fonctionnement a été actualisée au mois de juin 2019. Elle a pour objet de définir l'organisation de la structure et notamment les horaires d'ouverture, l'organisation générale des présences et de la continuité des soins, les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur de la structure qui est un HGE (hépto-gastro-entérologue), les formations nécessaires, afin de consolider le processus et l'organisation spécifique de la structure.

Le conseil d'endoscopie est opérationnel. Il est composé de deux gastro-entérologues (dont la vice-présidente de la CME), d'un Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR), de la cadre de santé et d'un(e) IDE. Il se réunit régulièrement (tous les six mois), et a contribué à l'élaboration de la charte de fonctionnement.

Ces modalités de fonctionnement sont remis à tous les nouveaux praticiens.

Les rôles et responsabilités des professionnels au niveau de ce secteur sont définis. Des fiches précisent les actions (exemples : ouverture de la salle de désinfection des endoscopes, ouverture des postes d'accueil d'endoscopie...).

Les professionnels sont fidélisés et connaissent leurs missions.

La continuité des soins est organisée, et bien que l'activité soit intégralement programmée, une liste d'astreinte permet de gérer les problèmes post-endoscopie.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité.

Les besoins et ressources nécessaires sont identifiés. L'effectif total se compose de plusieurs praticiens HGE, d'une équipe de MAR fidélisés, de paramédicaux formés compétents (IDE, AS, agents de désinfection).

Les ressources matérielles prévues sont adaptées à l'activité : quatre lave-endoscopes récents, 39 endoscopes, 18 gastroscopes, 21 coloscopes, un echo endoscope. Un contrat de maintenance préventive et curative des endoscopes et des colonnes vidéo a été passé avec le fabricant. Il permet la mise à disposition continue du matériel même en cas de séquestration.

Les locaux ont fait l'objet de travaux d'embellissement et d'aménagement avec la mise en place de séparations des boxes en 2014 et d'une salle de repos post-interventionnelle.

Les patients, pris en soins au niveau du secteur d'endoscopie, sont très majoritairement des patients en ambulatoire.

Il est prévu que les patients pris en charge en hospitalisation complète soient intégrés au programme d'endoscopie, via le logiciel de planification. Le service d'hospitalisation est informé de l'heure de l'examen (vision du planning informatisé partagé). Les IDE d'endoscopie assurent le transfert des patients dans les boxes.

Les radiographies prescrites en urgence sont exclusivement liées aux suspicions de perforations. La

procédure prévoit un transfert vers le proche Centre Hospitalier Ambroise Paré. Une convention existe en ce sens. Elle a fait l'objet d'une évaluation en 2015, et est reconduite régulièrement.

Un plan de formation et d'intégration des nouveaux personnels est effectif. Les nouveaux praticiens rencontrent le PDG, le président de la CME (HGE), le pharmacien, le service qualité, afin d'avoir une parfaite connaissance des fonctionnements.

L'intégration des paramédicaux se fait par le biais d'un tutorat d'une durée d'un mois.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur les recommandations et les bonnes pratiques notamment celles de la SFED.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les actions prioritaires, propres au secteur d'endoscopie, sont identifiées et font l'objet d'un plan connu des professionnels. Ceux-ci se sont appropriés les objectifs et les plans d'actions définis.

Le plan d'actions est régulièrement débattu en fonction des résultats des évaluations de pratiques réalisées, lors des staffs et réunions de service mensuelles. Le service qualité participe à ces échanges qui font l'objet de comptes-rendus diffusés.

Le management s'assure de la conformité des pratiques, à travers d'audits multiples.

Le service d'endoscopie est en étroite relation avec la cadre hygiéniste et le CLIN, une IDE est référente hygiène. Elle a été formée par la cadre hygiéniste. Elle participe aux réunions et assure la transmission des informations auprès des autres personnels du secteur d'endoscopie.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés à la déclaration des événements indésirables, ils participent aux démarches EPP et aux RMM, ils ont accès aux résultats des audits et des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management du CCDP met à disposition du secteur les effectifs nécessaires et suffisants au bon fonctionnement du service.

Pour chaque vacation sont présents un personnel IDE par salle d'examen, un(e) IDE en SSPI (différente de la SSPI du bloc opératoire, deux IDE à l'accueil/sortie, un agent de désinfection).

Les IADE présents sont sous la responsabilité des MAR.

Le personnel dédié à chaque poste, est formé et connaît parfaitement ses missions.

Le maintien des compétences est assuré conformément au plan de formation institutionnel. Un plan de formation et d'intégration des nouveaux professionnels est effectif.

La continuité des soins est assurée. Bien que l'activité soit intégralement programmée, la liste d'astreinte pour les éventuels problèmes post-endoscopiques, est à la disposition des soignants.

Le processus d'accréditation des médecins est en cours selon les recommandations de la SFED. Il est envisagé une accréditation en équipe.

Les documents et procédures, nécessaires à l'activité sont accessibles. Certains sont imprimés à partir de l'outil de gestion documentaire intégrée au système d'information de l'établissement. Les procédures sont régulièrement actualisées.

Le système d'information du secteur d'endoscopie sera intégré au système d'information de l'établissement lors de la prochaine mise en place du nouveau logiciel en cours de déploiement sous la responsabilité de l'informaticien du CCDP. Il intégrera les plannings, les comptes-rendus, la prise en charge médicamenteuse.

Les ressources matérielles sont en adéquation avec les besoins. Les endoscopes sont en nombre suffisant, ainsi que les lave-endoscopes. Le parc est récent. Chaque endoscope possède un carnet de vie, de même que les lave-endoscopes.

Le carnet de vie des endoscopes comprend tous les événements concernant l'endoscope (maintenances préventives, curatives, séquestrations...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le système de prise en charge des patients est totalement intégré (accueil, hébergement, plateau médicotechnique, désinfection des endoscopes), permettant une sécurisation maximale à toutes les étapes de la prise en charge des patients, et une capacité de réaction en cas d'imprévu.

Le parcours du patient est formalisé de l'entrée à la sortie. Le patient est accueilli par la secrétaire administrative qui établit le dossier administratif du patient et recueille l'ensemble des pièces nécessaires : éléments de prise en charge administrative (carte vitale et son attestation, contrat de mutuelle entre autre), éléments du dossier médical (lettre du médecin traitant, résultats des examens complémentaires, électrocardiogramme, radiologies, consentement éclairé pour la procédure ambulatoire et d'anesthésie, consentement pour le ou les actes d'endoscopie devant être réalisés).

Les patients sont installés sur un brancard muni de ridelles de sécurité, qu'ils conservent jusqu'à la sortie de la SSPI. Ses effets personnels sont placés sous le brancard.

L'équipe est composée de professionnels qui connaissent parfaitement le processus et suivent les procédures. Le travail es équipe est encouragé par l'encadrement.

La procédure check-list « endoscopie » est faite conformément aux recommandations, et sa traçabilité des actes est assurée. Le risque ATNC est renseigné et tracé.

L'identito vigilance est une préoccupation constante des professionnels. Elle est réalisée à toutes les étapes du circuit. Chaque patient porte un bracelet d'identification, et son identité lui est demandée à chaque étape de sa prise en soins.

Les consentements, suite aux consultations d'anesthésie réanimation et de gastro-entérologie, sont systématiquement vérifiés et intégrés au dossier du patient.

Les comptes-rendus d'endoscopie sont réalisés à chaque fin d'acte, remis en mains propres (avec les images) aux patients lors de leur entretien de sortie avec le gastro-entérologue.

La cadre hygiéniste et le CLIN supervisent la prise en charge du risque infectieux spécifique de l'endoscopie. Les prélèvements bactériologiques et anatomo-pathologiques sont gérés par des laboratoires extérieurs. Les endoscopes en attente de résultats de prélèvement sont systématiquement séquestrés dans un chariot spécifique. La régulation des activités, gérée par la cadre du service, permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc...). Elle valide le programme des vacances tous les jours pour le lendemain.

Les patients pris en charge au niveau du secteur d'endoscopie sont très majoritairement traités en ambulatoire. Les patients en hospitalisation complète sont intégrés au programme d'endoscopie et l'interface est gérée. Pour ceux-ci, le service est informé de l'heure de l'examen (vision du planning informatisé partagé) et les personnels d'endoscopie en assurent le transfert.

La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc...). Elle est tracée sur des supports informatiques et papier. En particulier, le nombre de passages par endoscope (2000 par an pour un endoscope) est colligé.

Le principe de la marche en avant est respecté tout au long du processus. La traçabilité (des actes, de l'effectivité de la réalisation de la check-list, du ménage) est organisée, opérationnelle et contrôlée par le biais d'audits réguliers.

La désinfection et les nouvelles modalités de stockage des endoscopes permettent d'éviter la désinfection matinale. Chaque endoscope et chaque lave-endoscope bénéficient d'un carnet de vie.

La surveillance en SSPI est effective et les actes sont tracés. Le score de Chung est utilisé, c'est l'anesthésiste qui autorise la sortie de la SSPI.

Les patients sont alors autorisés à rejoindre les boxes d'accueil/sortie. Le score de mise à la rue (score d'Aldrete) est fait par les IDE. Les patients sont revus par le gastro-entérologue, qui valide la sortie et remet le compte-rendu d'examen et les images aux patients.

Tous les personnels présents en secteur d'endoscopie respectent le port d'une tenue adaptée, un vestiaire unique à l'entrée du secteur d'endoscopie permet l'habillage.

L'entretien des locaux est externalisé, et la traçabilité est assurée. Les prélèvements de surface, eau, appareils, lave-endoscopes sont réalisés régulièrement (tous les trois mois). Il existe des protocoles en cas de non-conformité. Les personnels connaissent les mesures conservatoires à mettre en place, en cas de suspicion d'ATNC ou de bactéries multi-résistantes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un programme institutionnel annuel d'évaluation, est mis en oeuvre en secteur d'endoscopie.

Plusieurs EPP concernant l'endoscopie digestive sont en cours : prise en charge de la perforation colique, mucoséctomie, réalisation de la check-list endoscopie, appel du lendemain en endoscopie.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables, avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience, est en place. Les FEI sont renseignées sur la GED, par exemple : pannes des laveurs, problèmes d'identito vigilance. Les déclarations sont analysées et induisent la mise en place d'actions d'amélioration. Une RMM a été réalisée en 2019 pour une perforation intestinale.

Le dispositif d'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc...) et qualitatifs (événements indésirables, délais, etc...) est organisé par la responsable du service. La cellule qualité surveille les indicateurs de pratique suivants:

- taux de conversion des séjours ambulatoires en hospitalisation complète,
- taux de séjours nécessitant une nouvelle hospitalisation dans un délai de cinq jours après l'intervention initiale,
- taux de patients transférés en dehors de l'établissement pour les suites opératoires,
- taux événements indésirables analysés en réunion avec une méthode validée (AMDE, 5M, HACCP, ALARM...).

Des audits sont réalisés régulièrement, notamment audit pour le traitement des endoscopes, conformément aux recommandations de la SFED, ainsi que pour la traçabilité de la check-list dont les derniers ont été réalisés en décembre 2019.

A noter également l'intérêt des «quicks audits»: tous les trimestres et de façon inopinée, la cadre du service les réalise sur des pratiques professionnelles, telle la prise en charge de la douleur, le recueil du consentement, la traçabilité du risque ATNC.

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

Les audits, évaluations, résultats des enquêtes de satisfaction, l'analyse des plaintes ont abouti à la mise en place d'actions d'amélioration et d'un MAQ: Manuel Assurance Qualité en endoscopie.

Suite aux RMM et EPP, des actions d'amélioration ont été mises en place dans le secteur (par exemple, la position latérale de sécurité est systématiquement appliquée pour chaque double acte gastro/coloscopie).

Le suivi des EPP est assuré.

Les résultats des analyses d'événements indésirables, des enquêtes et des audits sont présentés en CDU.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus et notamment la réalisation d'un cahier de fermeture de la SSPI, l'amélioration de la marche en avant dans la salle de désinfection, la création de couvercles de couleurs différentes sur les containers des endoscopes (rouge pour le sale, vert pour le propre).

L'utilisation généralisée du gaz carbonique pour l'insufflation permet de prévenir les perforations intestinales et d'en atténuer la gravité.

Le plasma froid d'azote pour sécher et désinfecter les endoscopes, permet de les conserver prêts à l'usage pendant sept jours, sans avoir à les relaver toutes les 12h.

La communication dans cette unité, particulièrement compacte et bien organisée, se fait par des réunions hebdomadaires, par la GED et par le journal de l'établissement "le petit Prince".