



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL DE POISSY
- SAINT GERMAIN EN LAYE**

10 rue du Champ Gaillard
78300 POISSY

JUIN 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	10
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	10
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	10
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	10
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
5. SUIVI DE LA DÉCISION	10
PROGRAMME DE VISITE	12
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	12
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	12
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	14
MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE	15
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	19
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	23
DROITS DES PATIENTS	27
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	56
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	61
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	65

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - SITE DE POISSY	
Adresse	10 rue du champ gaillard 78300 POISSY
Département / région	YVELINES / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	780001236	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL POISSY ST-GERMAIN EN LAYE	20 rue armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE
Etablissement de santé	780022497	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMP	1 allée andre chenier 78260 ACHERES
Etablissement de santé	780000337	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - SITE DE SAINT GERMAIN	20 rue amargis 78100 ST GERMAIN EN LAYE
Etablissement de santé	780826558	CHI DE POISSY-SAINT GERMAIN EN LAYE - HAD	10 RUE DU CHAMP GAILLARD 78300 Poissy
Etablissement de santé	780022513	CMP	78955 CARRIERES SOUS POISSY
Etablissement de santé	780820379	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMPI	14 rue de l'écho 78570CHANTELOUP LES VIGNES
Etablissement de santé	780011698	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - HOPITAL DE JOUR MAISON CRAPOTTE	10 avenue carnot 78700 CONFLANS STE HONORINE
Etablissement de santé	780804175	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - SLD SAINT-GERMAIN	20 rue amargis Bp 132 78100 ST GERMAIN EN LAYE

Etablissement de santé	780822078	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - HOPITAL DE JOUR PEDOPSY	1 rue des chasses marees 78700 CONFLANS STE HONORINE
Etablissement de santé	780011938	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - HOPITAL DE JOUR ET CMPI LA SOURIS VERTE	23 boulevard gambetta 78300 POISSY
Etablissement de santé	780022505	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMPI	5 place georges brassens 78260 ACHERES
Etablissement de santé	780007399	CHI DE POISSY-SAINT GERMAIN EN LAYE-CONSULTATION PRE ET POST NATALE	20 RUE ARMAGIS 78105 Saint-Germain-En-Laye
Etablissement de santé	780809471	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMP	10 rue du champ gaillard 78300 POISSY
Etablissement de santé	780826053	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - HOPITAL DE JOUR GALLIENI	30 rue gallieni 78100 ST GERMAIN EN LAYE
Etablissement de santé	780022521	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMP	9 rue armagis 78100 ST GERMAIN EN LAYE
Etablissement de santé	780809281	CMP	15 allée des tamaris 78480 VERNEUIL SUR SEINE
Etablissement de santé	780000311	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - SITE DE POISSY	10 rue du champ gaillard 78300 POISSY
Etablissement de santé	780824033	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMPI	1 rue charles bourseul 78700 CONFLANS STE HONORINE
Etablissement de santé	780820361	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMPI	23 boulevard gambetta 78300 POISSY
Etablissement de santé	780809273	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - CMP	10 avenue carnot 78700 CONFLANS STE HONORINE

Etablissement de santé	780800892	CHI DE POISSY SAINT-GERMAIN - LONG SEJOUR LES MAISONNEES	10 rue du champ gaillard 78300 POISSY
Etablissement de santé	780017976	CHI DE POISSY-SAINT GERMAIN EN LAYE - SLD	10 RUE DU CHAMP GAILLARD 78300 Poissy

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	121	/	21	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	80	9	/	/
MCO	Médecine	367	64	/	9041
Santé mentale	Psychiatrie générale	87	52	/	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto juvénile	/	20	/	/
SLD	SLD	136	/	/	/
SSR	SSR	90	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> - Assistance médicale à la procréation (AMP), certifiée ISO 9001 depuis mars 2012 - Laboratoire d'hygiène environnementale (accréditation COFRAC depuis juin 2013) et engagement du laboratoire dans la démarche d'accréditation COFRAC (notification d'entrée dans la démarche : Août 2013)
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> Convention de coopération – CH de Mantes et Pontoise Convention de coopération – CHI de Meulan/Les Mureaux Convention de coopération – CH de Versailles Convention de coopération – MGEN de Maisons-Laffitte Convention de coopération – CH de Montesson Convention de coopération – CHI de Meulan/Les Mureaux et SSR de Bazincourt Convention de coopération – CH de Versailles Convention de coopération – Centre de Santé de Conflans Sainte Honorine Convention de coopération – CH de Mantes Convention de coopération – CMC Foch de Suresnes Convention de coopération – CMC Foch de Suresnes Convention de coopération – Clinique de l'Europe de Port-Marly Convention de coopération – CH de Mantes et CMC Foch de Suresnes Convention de coopération – CHI de Meulan/Les Mureaux Convention de coopération – HGMS Plaisir/Charcot Convention de coopération – Hôpital Les Courses, Maisons-Laffitte Syndicat inter-hospitalier – Blanchisserie Inter-Hospitalière

Groupement de coopération sanitaire – IFSI d’Ile-de-France
 Convention de prestation – Hôpital Les Courses, Maisons-Laffitte
 Convention de prestation – CeSSRIN (MGEN Maisons-Laffitte)
 Convention de prestation – Institut Théophile Roussel, Montesson
 Marché – Hôpital Charcot, Plaisir
 Marché – HGMS, Plaisir
 Convention de prestation – Clinique de Bazincourt
 Convention de prestation – EHPAD Richard, Conflans-Sainte-Honorine
 Convention de prestation – EHPAD Le Belvédère, Maisons-Laffitte
 Convention de prestation – MGEN Maisons-Laffitte
 Convention de prestation – Institut Théophile Roussel, Montesson
 Convention de prestation – Hôpital de jour enfants, Poissy
 Convention de prestation – Fondation Mallet, Richebourg
 Convention de prestation – EHPAD Les Augustines, Saint-Germain-en-Laye
 Convention de prestation – Mairie de Maule

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	<ul style="list-style-type: none"> - HAD Obstétrique depuis le 25/04/2014 - Médecine nucléaire (fermée au 01/07/2015)
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none"> - Urgences de Saint-Germain converties en Centre de consultations urgentes adultes (CCUA) depuis le 12/11/2012 - Unité de surveillance continue (USC) depuis le 05/11/2012 sur le site de St Germain - Unité de dialyse médicalisée (UDM) depuis le 05/05/2014 sur le site de Poissy

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

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

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé. Le Centre hospitalier intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye, ce sont 17 établissements recevant du public (ERP). Le bâtiment principal de l'hôpital de Poissy et l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye sont classés en 1ère catégorie. Il y a également 6 ERP de 4ème catégorie et 9 ERP de 5ème catégorie. A ce jour, l'ERP de 1ère catégorie de Poissy est en avis défavorable à la poursuite de son exploitation depuis le changement de catégorie intervenu en mai 2011 (passage de 2ème catégorie en 1ère catégorie). Ce changement de catégorie a induit une élévation du niveau d'exigence de la Sous-commission départementale de sécurité. L'absence de désenfumage principalement sur les ailes C et D est le motif premier de cet avis défavorable. L'absence de joint de dilatation coupe-feu, de colonne sèche, de réseau de robinets d'incendie armés est également notée. La demande est celle d'une mise en sécurité du bâtiment. Depuis 2012, le nombre des réserves portées dans les rapports de vérification réglementaire a très fortement diminué. Un effort significatif a été réalisé pour répondre aux prescriptions essentielles figurant dans les procès-verbaux des visites périodiques. Conformément à la demande des autorités administratives, un diagnostic de sécurité a été élaboré. Il a permis de produire un schéma directeur de sécurité incendie validé en octobre 2013 dont la mise en œuvre est en cours de préparation. Un assistant à maîtrise d'ouvrage et un maître d'œuvre ont d'ores et déjà été désignés. Ils préparent actuellement la réalisation de la 1ère phase dudit schéma directeur de sécurité incendie. A Saint-Germain-en-Laye, le schéma directeur de sécurité incendie, validé le 3 septembre 2010, va commencer à être mis en œuvre dans les prochains mois grâce aux moyens exceptionnels accordés par l'Agence régionale de santé. Pour autant, depuis quatre ans, des travaux ont déjà été réalisés notamment pour permettre le désenfumage du Pavillon Nivard. De même, il n'y a plus, depuis septembre 2014, que 4 pavillons sur 14 en avis défavorable à la poursuite de leur exploitation sur le site de Saint-Germain-en-Laye, car les efforts réalisés pour la mise en sécurité du Pavillon d'Ourches ont récemment permis d'obtenir l'avis favorable à la poursuite de son exploitation. Au total, seuls les 2 ERP de 1ère catégorie (sur les 17 établissements gérés par le CHIPS) sont concernés, peu ou prou, par un avis défavorable à la poursuite de leur exploitation. L'établissement mobilise des moyens importants en termes d'équipe de sécurité, de formations des personnels, et d'accompagnement externe pour élever son niveau de vigilance et de réactivité dans l'attente de la finalisation du schéma directeur de sécurité incendie (assistance à maîtrise d'ouvrage). Un directeur adjoint, assisté d'un ingénieur, assurent la coordination managériale de cette problématique. Dans le cadre du dialogue de gestion entre l'établissement et l'ARS, cette dernière vient d'accorder une somme de 1 million d'euros pour le lancement dès 2015 de la première tranche de ce schéma directeur sur les sites de Poissy et de Saint-Germain-en-Laye.

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management stratégique, gouvernance
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en radiothérapie
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	H ou F	"Gastro-entérologie Site Poissy"	Pathologie digestive	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en gastrologie a visé diagnostic	MCO
2	H ou F	"Cardiologie Site Poissy"	Troubles du rythme cardiaque	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en ambulatoire en cardiologie ave	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
3	H ou F	"Oncologie médicale Site Saint GERMAIN"	cancer	Hospitalisation programmée	1 patient(e) en ambulatoire pec pour une chimiothé	MCO
4	H ou F	"Chirurgie Ophtalmique Site ST GERMAIN"	Cataracte	Hospitalisation programmée	Un(e) patient(e) hospitalisé(e) pour une intervent	MCO
5	"Patient(e) (adulte ou enfant)"	"Chirurgie Site Poissy"	Traumatologie	Urgence	1 PATIENT (adulte ou enfant) hospitalisé après pas	MCO
6	Femme	"Maternité Site Poissy"	Accouchement	Hospitalisation programmée	1 patiente en obstétrique pour un accouchement pro	MCO
7	Prématuré	"Néonatalogie Site Poissy"	Broncho pneumo	Hospitalisation programmée	1 patient(e) nouveau-né en néonatalogie	MCO
8	H ou F	"SSR Site poissy"	Affections de l'appareil locomoteur	Hospitalisation programmée	complexe (Passage par la balnéothérapie si possible)	SSR
9	H ou F	"Soins de suite Site St germain pavillon Maurice	Affections de la personne polypathologique, dépend	Hospitalisation programmée	complexe	SSR
10	H ou F	"Psychiatrie Adulte HC Site St germain (secteur 6	Troubles anxio-dépressifs de l'adulte	Urgence	complexe (passage par les urgences psy de poissy s	Santé mentale
11	"G ou F Enfants "	Psychiatrie infanto-juvénile HDJ Site Poissy "La S	Pathologies psychiatriques	Hospitalisation programmée	complexe	Santé mentale
12	H ou F	" LONG SEJOUR LES MAISONNEES Site Poissy"	Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pris(e) en charge pour troubles cogni	SLD
13	H ou F	"UDM Site Poissy"	/	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pris(e) en charge pour une séance de	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE

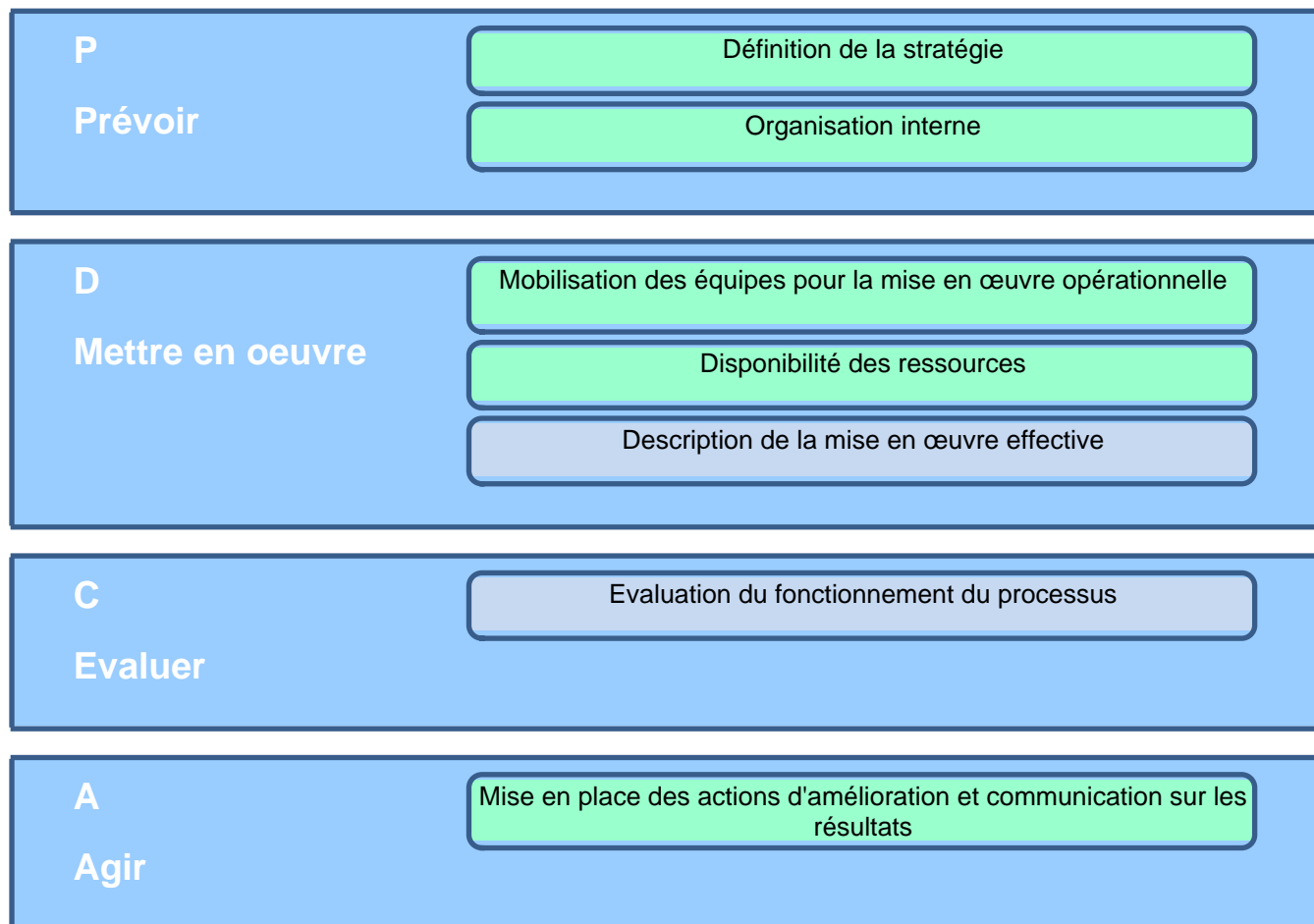
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement s'est doté de règles lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions. Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, intégrant un engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises.

L'évaluation de ce processus consiste aussi à s'assurer que l'établissement a pris en compte dans la définition de sa stratégie, les orientations fixées par la puissance publique au travers des outils de la planification.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Projet d'Etablissement du centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain en laye (CHIPS) élaboré en 2013 définit les orientations stratégiques de l'établissement en prenant en compte les besoins de la population, l'analyse des risques sur ce processus et les coopérations sanitaires du territoire de santé. Adopté par les instances (Conseil de surveillance, CME et CTE), il est approuvé par l'autorité de tutelle (ARS). Elaboré en concertation avec les professionnels (chef et cadre de pôle et de service, responsable d'UF), le Projet d'Etablissement comporte des objectifs d'amélioration structurants ; projet immobilier, redéfinition du périmètre d'activité sur les deux sites du CHIPS. Il prend en compte les données issues du contexte (établissement hospitalier bi-sites) et les spécificités de l'établissement ; mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre financier (PREF). La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

La direction a mis en place une organisation renouvelée depuis sa prise de fonction en 2013. Un organigramme identifie les rôles et responsabilités de l'équipe de direction. Les instances, conseil de surveillance, Directoire se réunissent régulièrement. L'encadrement des pôles est en place. L'établissement a engagé des actions pour s'assurer de l'existence de ressources :

- a) Humaines en terme de compétence et d'effectif ; mise en place d'une démarche volontariste et concertée pour déterminer le niveau des effectifs en rapport avec l'activité, promotion d'un schéma de gouvernance avec délégation de gestion aux chefs de pôle, recrutement adapté aux enjeux sécuritaires des deux sites
- b) Matériels avec l'adoption d'un schéma directeur immobilier et un schéma directeur informatique. Des actions de communication sont organisées pour associer les professionnels aux décisions en rapport avec la mise en œuvre du projet d'Etablissement (PE). Des tableaux de bord de gestion sont mis à disposition des pôles par la direction des finances – pilotage médico-économique du CHIPS. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'élaboration du projet d'Etablissement engagée dès 2012 a associé, les directions fonctionnelles, la communauté médicale et l'encadrement soignant. Le PE se décline à travers les objectifs inscrits dans les contrats de pôle. Les questions éthiques sont traitées par un comité éthique actif, plusieurs rencontres par an sont organisées, ouvertes aux professionnels, aux représentants des usagers et à des personnalités externes. Les objectifs en lien avec le Développement Durable sont repris dans le PE et l'établissement a mis en place un groupe de travail institutionnel sur cette thématique. Le directeur adjoint est en charge du Plan de retour à l'équilibre financier (PREF) en coordination étroite avec la direction des fonctions finances – pilotage médico-économique et systèmes d'information. Pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, la direction a adopté une approche participative privilégiant le dialogue pour accompagner la réalisation des objectifs du PE. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les chefs et cadres de pôle sont désignés. Au sein des différentes directions ; fonctions exécutives de la Direction général, fonctions stratégiques et administration générale, fonctions logistiques-infrastructures et sécurité. Les effectifs sont formés et répondent aux besoins. Un plan de formation institutionnelle est adopté chaque année par les instances. Le CHIPS a élaboré un projet immobilier inscrit dans le projet d'Etablissement 2013-2017 pour conduire la rénovation de la structure actuelle sur les deux sites. Les projets, Médical, de Soins et de Gestion sont mis à la disposition des professionnels sur l'intranet du CHIPS. Les contrats de pôle sont disponibles dans les secteurs d'activité. Une gestion documentaire informatisée est en cours d'installation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans le cadre du processus de contractualisation avec les pôles, deux réunions formelles sur le dialogue de gestion ont lieu chaque année en présence du directeur ou son représentant. Les bureaux de pôle se réunissent à périodicité définie et sont saisies des questions relevant de leur compétence. Ils traitent

depuis 2014 les conclusions du compte de résultats analytiques (CREA) et chaque trimestre la cellule de contrôle de gestion leur communique un tableau de bord retraçant l'activité, les dépenses et recettes du pôle. La fonction achat a été réorganisée en 2014 pour renforcer son efficacité et la même année, l'établissement s'est engagé dans une démarche de certification des comptes. Concernant la fonction achat, le CHIPS s'engage dans la construction d'un premier Plan d'Actions Achat et Logistique (PAAL). Piloter par la directrice des fonctions logistiques-infrastructures-sécurité-environnement, ce projet associe les acheteurs du CHIPS. Le directeur adjoint, accompagne la mise en œuvre du PREF de rencontres avec les professionnels pour en expliquer les enjeux et les objectifs. Le CHIPS participe à la constitution d'un Groupement Hospitalier Territorial (GHT) Yvelines-Nord et une synthèse des pistes de coopération entre les établissements adhérents au projet ont été proposées. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un comité de suivi du projet d'Etablissement. Le suivi de l'exécution des contrats de pôle est organisé deux fois par an. Le CPOM intègre des indicateurs de suivi et est évalué chaque année. Une évaluation conduite par le Comité de la performance et la modernisation de l'offre de soins hospitalier (COPERMO) a concerné la mise en œuvre du PREF. Une seconde évaluation réalisée par l'ANAP portait sur un diagnostic médico-économique du positionnement territorial du CHIPS. Les conventions de partenariat sont évaluées chaque année. Un rapport annuel d'activité est élaboré avec le concours des directions fonctionnelles.

A / AGIR

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

Les évaluations citées engagent l'établissement à mettre en œuvre des actions d'amélioration portant notamment sur l'efficacité et l'optimisation des organisations ; effectuer le virage ambulatoire, ajuster les capacités aux besoins, optimiser le circuit du médicament, mettre en place la sécurité incendie des bâtiments. Le Compte qualité recense les actions d'amélioration engagées sur la fonction achat. Le PAQSS intègre plusieurs actions d'amélioration en lien avec le processus. Les pilotes de ces actions communiquent sur les résultats devant le directoire. Un journal (newsletter) est diffusé en interne.

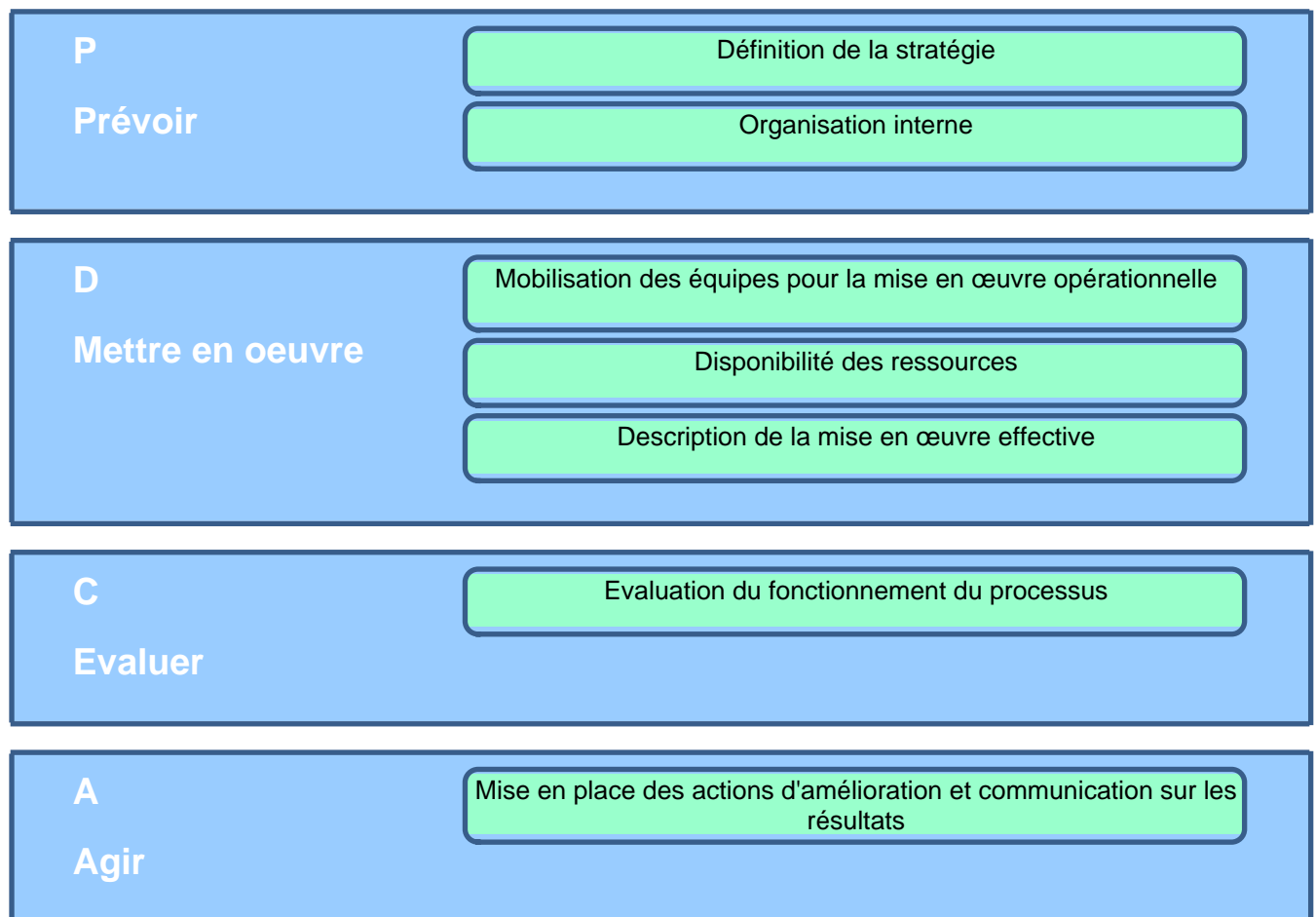
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est engagé dans une démarche volontariste d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui constitue un axe du projet d'établissement 2013-2017. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2013-2015 est formalisée. Elle a été validée par les instances (CME, Directoire, Conseil de Surveillance). La politique d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles est intégrée à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Un plan d'actions d'amélioration transversal et institutionnel traduit les objectifs de l'établissement et les priorise. Il a été défini à partir de la certification V2010, des objectifs des sous-commissions de la CME et des risques identifiés. Il est complété de programmes d'actions spécifiques tels que PAQSS du circuit du médicament, PAQSS de radiothérapie, PAQSS du laboratoire de biologie médicale. Les contrats de pôle signés en 2014 comprennent des objectifs qualitatifs et quantitatifs d'amélioration de la qualité. Une première évaluation a été réalisée et a donné lieu à la signature du contrat de pôle 2015. L'établissement définit chaque année une progression des objectifs et indicateurs du pôle. La CRUQPC est associée à la démarche d'amélioration définie par l'établissement. Le compte qualité identifie les risques et les actions sont précisées. Il est articulé avec le PAQSS global. Cependant, le PAQSS et le compte qualité ne sont pas totalement finalisés (l'établissement n'a pas défini les modalités de suivi de toutes les actions du PAQSS institutionnel et du compte qualité).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la démarche est formalisé. Un organigramme définit les différents niveaux décisionnels et opérationnels. Un COPIL qualité, sécurité des soins réunit une fois par an l'ensemble des acteurs, les représentants des usagers et les sous-commissions de la CME pour établir le bilan du PAQSS et valider les objectifs du programme N+1.

Depuis 2012, l'établissement a créé la SIGRHYQ (Structure Interne Gestion des Risques Hygiène et Qualité) qui assure le pilotage et le suivi opérationnels. Elle est composée de professionnels d'hygiène, de la qualité et de gestion des risques. Les missions sont définies. L'établissement a mis en place une gestion documentaire accessible par intranet. Il est en cours de déploiement de la gestion électronique documentaire ; un pilote est désigné et accompagne ce déploiement.

Le développement d'une culture qualité est une préoccupation du CHIPS. La communication est réalisée au niveau des instances, des pôles et de l'encadrement médical et paramédical. L'implication des pôles permet une acculturation jusqu'à ce niveau. La diffusion d'informations est réalisée par l'encadrement et intranet. Une newsletter comporte quelques axes qualité. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en œuvre opérationnelle relève de l'encadrement médical et paramédical des pôles et des unités de soins. Tous les secteurs à risques, voire d'autres secteurs, sont en cours d'élaboration d'une cartographie des risques selon une méthodologie définie et avec le soutien de membres de la SIGRHYQ. Les nouveaux professionnels sont formés : le programme comprend, entre autres, une information sur la démarche qualité, la gestion des risques et les modalités de déclaration et d'accès à la gestion documentaire. Les internes bénéficient également d'une formation. La SIGRHYQ assure des formations au cœur des unités. L'établissement communique par le biais des instances, des conseils de pôle, intranet, affichage et par une newsletter diffusée avec les fiches de paie et accessibles sur intranet. L'encadrement s'assure de l'application des bonnes pratiques. En cas d'évènement indésirable grave, un retour d'expérience est organisé avec les professionnels concernés. Des actions correctives et des rappels de bonnes pratiques sont mis en place si nécessaire. Les professionnels sont associés notamment lors de REX, EPP ou RMM, RCP. 27 EPP sont en étape 4 ou 5.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La SIGRHYQ dispose des personnels nécessaires permettant l'accompagnement et le suivi des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurisation des soins : responsable qualité, ingénieur risques, cadre de santé qualitatif, documentaliste et secrétaire. Un organigramme précise les liens hiérarchiques et fonctionnels. Des profils de poste définissent les missions de ces personnels. Les membres de la SIGRHYQ apportent une aide méthodologique aux professionnels que ce soit pour l'élaboration de cartographies, d'EPP ou RMM. La gestion documentaire est disponible sur intranet. L'établissement dispose d'une gestion électronique documentaire sur un logiciel spécifique. Elle est en phase de déploiement. La gestion des risques est

effective avec une déclaration informatisée des EI. Les professionnels ont tous accès à un poste informatique. Un outil "CartoGRRIFES" est déployé et utilisé pour réaliser les cartographies des risques a priori. L'établissement a mis en place une formation pour les nouveaux arrivants avec une partie dédiée à la qualité et à la gestion des risques. Les internes sont également formés. La procédure des procédures et des modèles de document sont accessibles par les professionnels (trame de manuel qualité, de procédure...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

La coordination des risques associés aux soins est assurée par le vice-président de la CME, qui dirige également la SIGRHYQ. Des formations relatives aux dommages liés aux soins sont organisées annuellement. Le CH remplit ses obligations légales et réglementaires. Il assure une veille juridique.

Néanmoins, la démarche qualité institutionnelle est partiellement connue des professionnels de terrain. Les professionnels rencontrés ne connaissent pas la structuration de l'organisation et les plans d'actions institutionnels. L'établissement a mis en place une méthodologie d'élaboration de cartographie des risques s'appuyant sur la méthode AMDEC. Certaines cartographies sont finalisées, d'autres sont en cours. Le plan blanc a été actualisé en 2015. Il est accessible sur intranet. Des exercices ont été réalisés.

Le circuit de déclaration des EI est opérationnel : déclaration informatisée, orientation de la déclaration vers une vigilance ou en fonction du type d'évènements, vers une personne ou groupes de personnes prédéfinis. Toutes les FSEI sont visées chaque jour par le service qualité. Sauf urgence, elles sont analysées tous les 15 jours par la cellule d'analyse des EI, groupe pluriprofessionnel, qui demande soit un CREX, soit une RMM et/ou réoriente la déclaration. Le déclarant peut être sollicité pour des informations complémentaires. Il est informé par le logiciel du suivi de sa déclaration. L'analyse des causes profondes est effectuée. Des actions d'amélioration sont définies si nécessaire. Un bilan semestriel des EI est réalisé par pôle et un bilan global est diffusé par internet. Le bilan est présenté aux instances. La mesure d'impact des actions est réalisée par le biais du nombre de déclarations postérieures à la mise en place d'un plan d'actions.

Cependant, la déclaration des EI n'est pas exhaustive. Les personnels rencontrés reconnaissent ne pas déclarer systématiquement les EI, notamment les erreurs médicamenteuses ou en endoscopie. Au premier semestre 2015, le CH a enregistré 739 déclarations, hormis les déclarations relatives à l'activité radiothérapie.

Les correspondants des vigilances sont identifiés. Les acteurs de terrain connaissent les principales vigilances.

L'établissement met en œuvre des actions pour maîtriser le risque transfusionnel : Csth, désignation d'un hémovigilant, de référents dans les unités avec des réunions des référents chaque trimestre, autoévaluation des connaissances pour tout recrutement d'IDE, formation des professionnels aux bonnes pratiques et actualisation tous les 3 ans, utilisation du dossier transfusionnel, transfert en hôpital de jour des patients d'USLD et de SSR qui nécessiteraient une transfusion pour garantir un niveau de sécurité.

Un dépôt d'urgence vitale est situé en réanimation sur le site de Poissy et un en USC sur le site de St Germain. Les IDE de ces services sont formées et habilitées à délivrer. L'organisation est structurée et vérifiée par le cadre de santé du laboratoire qui est correspondant paramédical d'hémovigilance.

Les plaintes et réclamations sont gérées en lien avec les professionnels et la CRUQPC. Les professionnels rencontrés connaissent le circuit. Les représentants des usagers sont très impliqués dans l'établissement et ses instances. L'établissement recueille la satisfaction des usagers par le biais des questionnaires de sortie. Il a fixé à chaque pôle un objectif de progression des retours des questionnaires. Il a mis en place le recueil e-SATIS en MCO en 2014 et à partir de septembre 2015. Il met en œuvre d'autres moyens de recueil de la satisfaction (en HDJ, psychiatrie, SLD par exemple).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par la SIGRHYQ et chaque sous-commission de la CME. Le COPIL QSS réalise une évaluation annuellement du PAQSS institutionnel. Des EPP sont réalisées dans tous les secteurs d'activité. La pertinence des soins est évaluée. Certains secteurs d'activité suivent des indicateurs par le biais d'un tableau de bord : obstétrique, bloc opératoire. L'établissement remplit ses obligations : recueil des IQSS, suivi des indicateurs du CBUM. Les résultats sont communiqués aux professionnels en CME, réunion de pôles, de cadres. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont transmis au médecin chef de pôle et au cadre de pôle pour l'ensemble du pôle et par unité. Il appartient aux cadres de communiquer auprès des équipes. Néanmoins, l'établissement ne dispose pas d'un tableau de bord permettant la visualisation de l'ensemble des évaluations. Il n'a pas mis en place un tableau de bord recensant toutes les évaluations et audits et leur périodicité.

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

A chaque réunion de CME, de la CRUQPC un point qualité sécurité des soins est effectué. Le vice-président de la CME, pilote de la SIGHRYQ, est invité une fois par mois au CODIR.

Cependant, les actions d'amélioration ne sont pas toutes coordonnées. Les actions définies par les services lors d'EPP, RMM ou CREX ne sont pas systématiquement intégrées dans le PAQSS institutionnel global. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne. La communication externe est effectuée par l'envoi de la newsletter au mairies de Poissy et Saint Germain, aux représentants des usagers et aux associations d'usagers. Toute personne désirant recevoir la newsletter peut s'inscrire sur le site internet de l'hôpital. Les résultats des IQSS et des résultats des questionnaires de satisfaction sont affichés et mis à disposition du public.

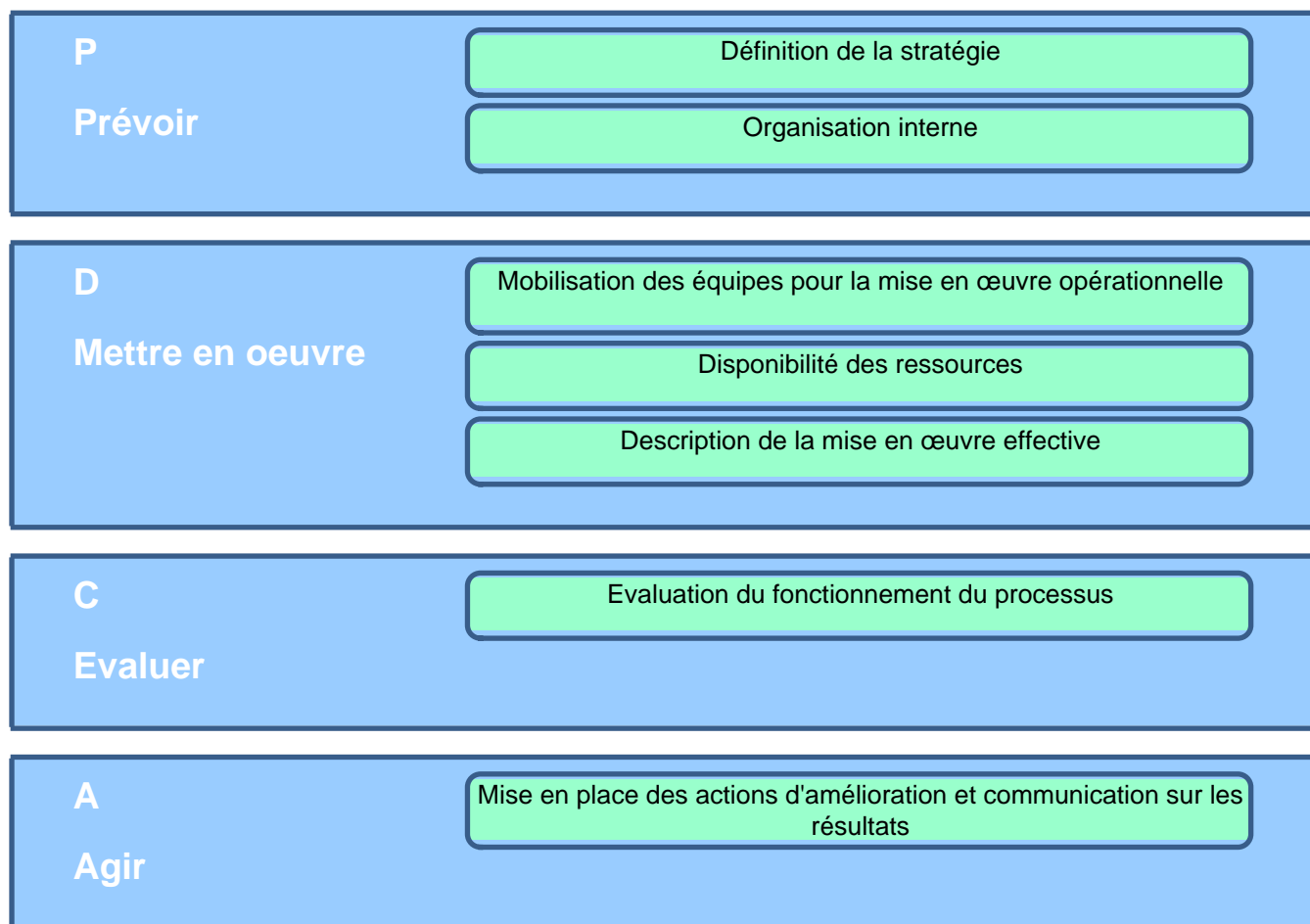
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Sur la base de documents de référence (signalements internes, signalements externes ESIN, évènements indésirables, évènements indésirables graves, indicateurs nationaux / internes, données d'analyse CREX RMM), l'établissement a établi plusieurs cartographies différentes :

- cartographie des risques liés au management et à la mise en œuvre de la maîtrise des risques infectieux
- cartographie risque infectieux liés aux surfaces (bionettoyage)
- autres cartographies (ISO, risque infectieux respiratoire etc.)

A partir de cette cartographie, une sélection des éléments les plus significatifs, les moins détectables et associés à un indicateurs en matière de risque infectieux a été réalisée par l'établissement en lien avec la CME et le Coordonnateur de la GDRAS.

Les 4 objectifs prioritaires retenus (faire appliquer les mesures de prévention du risque infectieux dans les soins, développer l'analyse et le suivi du bio nettoyage, identifier les infections respiratoires nosocomiales et identifier les cas de méningite virale) sont intégrés au Compte Qualité de l'établissement. Les 4 objectifs prioritaires précités ainsi que les orientations nationales sont regroupés en une politique gestion du risque infectieux associé aux soins (procédure en version 02 de juillet 2015), validé par le CLIN, la CME et le Coordonnateur de la GDRAS avec une organisation et des moyens adaptés définis. La politique gestion du risque infectieux associé aux soins est déclinée en programme d'action formalisé, priorisé et intégré au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

La politique, l'organisation et les moyens sont définis en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et la SIGHRYQ (Structure Interne de Gestion des Risques Hygiène et Qualité) afin de maîtriser le risque infectieux.

La SIGHRYQ pilote le processus réparti en 2 UF :

- UF hygiène et Laboratoire Hygiène Environnemental
- UF Qualité Sécurité des Soins et Gestion Documentaire.

Sur le plan des ressources humaines, les effectifs cités ci-dessous ne comprennent pas ceux du Laboratoire d'Hygiène Environnementale (LHE). Sont spécifiquement dédiés à l'hygiène hospitalière et à la gestion du risque infectieux :

1 ETP PH, 1,8 ETP cadre, 1 ETP IDE, et 0,4 ETP technicienne bio hygiénistes, 2 ETP ASH et 1 ETP secrétariat.

Toutes ces fonctions disposant de fiches de poste présentant rôles et responsabilités validés et actualisés. Il existe également un réseau d'environ 70 correspondants en hygiène hospitalière actifs et travaillant en interaction avec la SIGHRYQ.

Sur le plan des ressources documentaires, plusieurs éléments organisés sont mis à disposition sur l'intranet : CR de réunions, classeur hygiène, procédures, audits, documents d'information etc.

La SIGHRYQ élabore et réactualise de nombreux procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux.

La gestion des interfaces / circuits entre les services de soins et la SIGHRYQ est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

La SIGHRYQ organise des conditions d'hygiène optimales des locaux avec :

- un prestataire externe,
- la participation des équipes soignantes
- un renfort par les ASH du SIGHRYQ dans les situations particulières (bio nettoyage renforcé).

Les missions responsabilités, protocoles, suivi et traçabilité sont organisés.

Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est organisée avec une commission des anti-infectieux (environ 3 réunions par année), une fiche de poste du référent antibiotique (validé le 01/06/14), un antibio guide et un dispositif de surveillance épidémiologique très structuré est en place.

Une organisation pour le dépistage prospectif de certaines ISO (hystérectomie, chirurgie du sein, chirurgie bariatrique, hernie de l'aine et éveinage) permettant un calcul de l'incidence est en place depuis plus de 3 ans. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique gestion du risque infectieux associé aux soins, déclinée en programme d'action est mise en œuvre dans les secteurs d'activité par le biais des responsables d'activités en lien avec les correspondants en hygiène. Un manuel qualité relatif à la prévention du risque infectieux associé aux

soins est en cours de finalisation. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les procédures existantes et sur les risques identifiés. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines (membres de la SIGHRYQ) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux (niveaux 1 et 2 selon la fonction de l'agent) est effective deux fois par année, depuis plusieurs années. La formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques prévention du risque infectieux est en place (réunions CAI, réunions CLIN, formations diverses "ISO sein et antibioprophylaxie", "risque infectieux quoi de neuf, ou en est on ?", "qualité des antibioprophylaxies", formation aux internes "maîtriser les épidémies et les BMR"). Les ressources documentaires et matérielles pour la mise en place de prévention/maîtrise du risque infectieux sont disponibles dans les secteurs d'activités. Le Laboratoire Hygiène Environnemental accrédité COFRAC réalise les prélèvements et recherche de légionelles en routine.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités mettent en œuvre les procédures relatives à la surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux en lien avec la SIGHRYQ. La surveillance microbiologique et des paramètres physico-chimiques des eaux de dialyse et de balnéothérapie est en place (avec procédures, périodicité définie, traçabilité et actions correctrices en cas de non conformités). Cependant, les règles de prescription en matière d'isolement pour risque infectieux ne sont pas toujours mises en œuvre. Sur 4 dossiers de patients en isolement consultés, aucun ne contenait une prescription d'isolement émanant du praticien du service (référence à l'isolement et aux protocoles d'hygiène validés sur le dossier de soins). La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure n'est pas toujours inscrite dans le dossier du patient. L'antibiothérapie n'est pas réévaluée systématiquement après prescription initiale. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation périodique (le plus souvent annuelle) du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques à travers les outils suivants : indicateurs nationaux, indicateurs locaux, nombreux audits et EPP (précautions complémentaires gouttelettes, précautions complémentaires pour les porteurs de clostridium difficile toxino-gène, mini audit précautions complémentaires air ...), suivi des SARM, suivi des BLSE, suivi des souches Clostridium difficile, suivi des commandes de gel hydro alcoolique. L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration en matière de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont en place :

- sur les ISO seins : en 2011 puis 2012, révision des comportements et passage à un autre antiseptique avec mesure d'impact en terme d'incidence des ISO
- diminution du nombre de souche SARM : isolées
- diminution du nombre de souches clostridium difficile
- augmentation des commandes de gel hydro-alcoolique .

L'établissement dispose pour la gestion du risque infectieux associé aux soins un tableau de bord de ses objectifs 2015-2016 en relation avec le PROPIAS 2015-2019 sur 3 axes : BMR, antibiotiques et Risque infectieux et DMI avec une déclinaison opérationnelle avec échéancier, nom du responsable indicateurs de suivi.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Il existe une évaluation périodique (le plus souvent annuelle) du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques à travers les outils suivants : indicateurs nationaux, indicateurs locaux, nombreux audits et EPP (précautions complémentaires gouttelettes, précautions complémentaires pour les porteurs de clostridium difficile toxino-gène, mini audit précautions complémentaires air ...) et suivi continu de certains indicateurs SARM,

BLSE, hémocultures, ISO, infections urinaires, clostridium difficile, vaccinations, AES...).

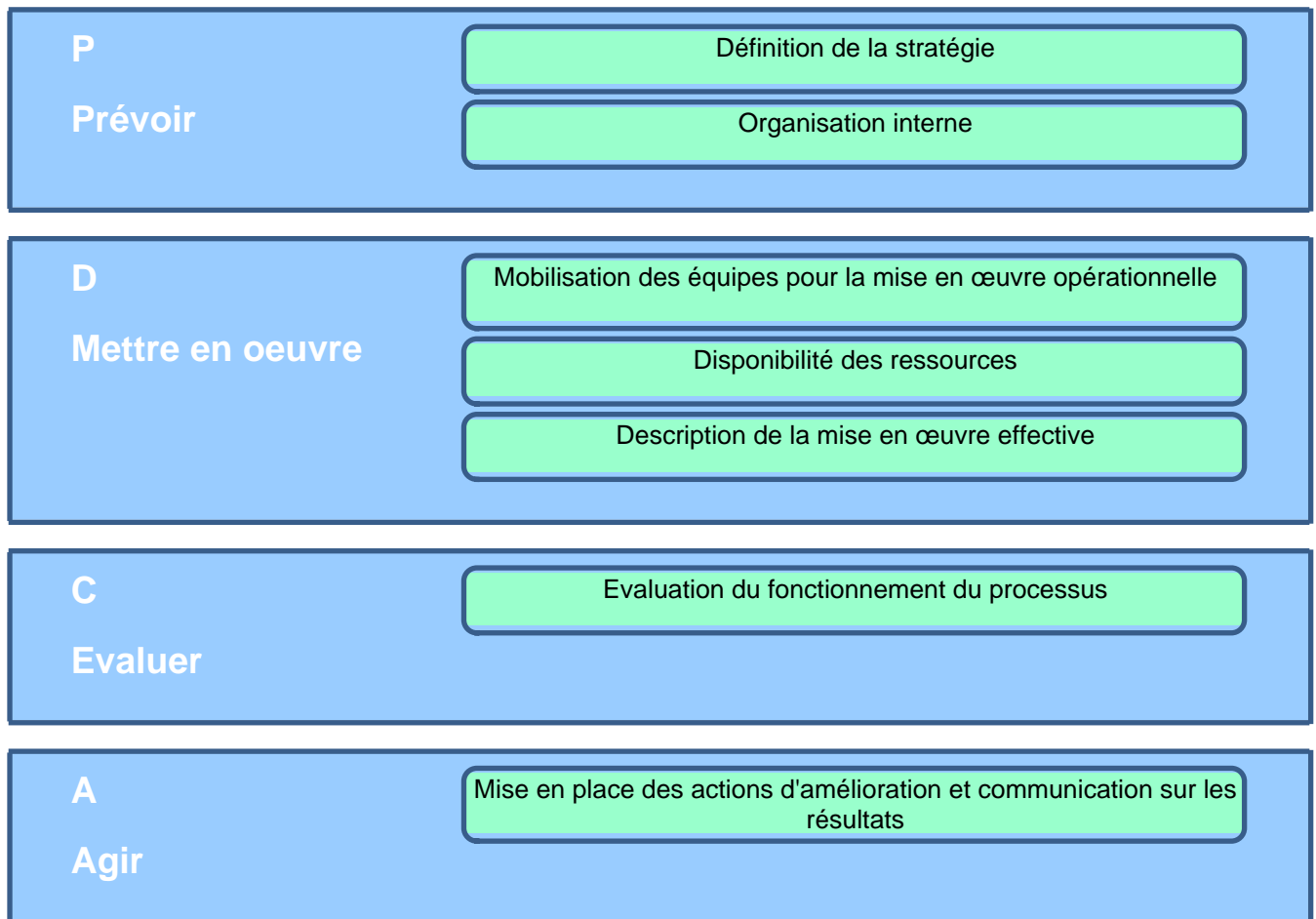
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'Établissement dans son volet projet de soins, fixe les orientations stratégiques en rapport avec les droits du patient (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, etc.). L'établissement a identifié ses principaux risques au regard du respect des droits du patient contribuant à définir les objectifs d'amélioration nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Les objectifs fixés prennent en compte les résultats des évaluations internes et externes de l'établissement. Le compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel sur cette thématique. La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Une direction « relations avec les usagers, qualité et gestion des risques » est en charge du processus. Elle est interfacée avec la CRUQPC et un groupe de travail institutionnel « Droits des patients » créé en 2010, responsable opérationnel de la mise en œuvre et du suivi des actions d'amélioration. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les pilotes du groupe "Droits des patients" sont désignés : le médecin médiateur, la responsable qualité, le directeur en charge des relations avec les usagers, un représentant des usagers et deux cadres de pôles. Ils leur appartient d'identifier les risques, de définir des actions d'amélioration et de les suivre. Les médiateurs médecin et non-médecin sont nommés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Deux EPP, l'une concernant l'évaluation du dispositif d'annonce en pneumologie, la seconde sur le bon usage de la contention physique chez le sujet âgé sont mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les procédures et protocoles en lien avec les droits du patient sont accessibles dans un classeur identifié et disponible dans les secteurs d'activités. Elles concernent le signalement des actes de maltraitance, la désignation de la personne de confiance, la recherche du consentement du patient, la gestion des plaintes et réclamations, l'annonce d'un dommage lié aux soins... Sur le site internet de l'établissement, les usagers peuvent accéder à une enquête de satisfaction en ligne. Des actions de formation sur la prévention de la maltraitance et promotion de la bienveillance sont organisées. La liste des associations intervenant auprès des patients est disponible dans le livret d'accueil du patient et sur le site Internet du CHIPS. Les ressources documentaires relatives au respect des droits du patient sont mises en place dans les unités de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Un groupe réflexion éthique pluriprofessionnel, ouvert aux représentants des usagers est en place et se réunit régulièrement. Un livret d'accueil est disponible. Son mode de distribution, individuel ou collectif, diffère d'un service à l'autre. L'organisation des pratiques soignantes lors des soins d'hygiène s'assure du respect de l'intimité du patient pris en charge. Dans les chambres à deux lits, majoritaire dans l'institution, des rideaux de séparation sont en place. Dès son admission le personnel s'enquiert de la désignation de la personne de confiance. En psychiatrie, les restrictions de liberté font l'objet de prescription médicale écrite. Le personnel soignant rencontré s'est montré attentif au signalement des actes maltraitants. Une fiche de traçabilité de l'annonce d'un dommage associé aux soins est mise à leur disposition. En pédiatrie, l'accueil de l'entourage de l'enfant et celui des associations est organisé. Huit projets d'éducation thérapeutique sont proposés aux patients. Une personne en charge des relations avec les usagers (PCR) participe aux réunions de la CRUQPC et fait le lien avec les assureurs dans le cadre de sa gestion des plaintes et réclamations. La

charte du patient hospitalisé est affichée dans tous les secteurs d'activité et sur le site internet du CHIPS. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient au cours de son séjour. Le relevé de ce questionnaire est semestriel. Le taux de retour est de 15% en 2014. L'établissement élabore des questionnaires de satisfaction patient tenant compte des spécificités des services ; consultations, hôpital de jour en pédiatrie, radiothérapie... Des enquêtes concernant les professionnels de santé sont conduites pour les questionner sur la promotion de la bientraitance ou la prise en charge de la douleur. Le CHIPS a participé à la campagne de recueil des données 2014 I-SATIS. L'ensemble de ces résultats, est communiqué aux membres de la CRUQPC, affiché en interne et diffusé sur le site internet de l'établissement. Deux EPP ont été effectuées (l'une concernant l'évaluation du dispositif d'annonce en pneumologie, la seconde sur le bon usage de la contention physique chez le sujet âgée).

A / AGIR

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

En fonction des résultats des évaluations, l'établissement inscrit des actions d'amélioration en lien avec la thématique dans le PAQSS institutionnel ; structurer l'intervention des associations, évaluer les informations données et reçues par le patient, promouvoir la bientraitance... La réalisation du projet immobilier sur les sites de Poissy et Saint Germain en laye visant à améliorer l'environnement du patient, en est une prioritaire, compte tenu des scores réalisés sur l'item « confort des chambres » obtenus suite aux enquêtes de satisfaction réalisées. La CRUQPC est destinataire des résultats de ces actions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

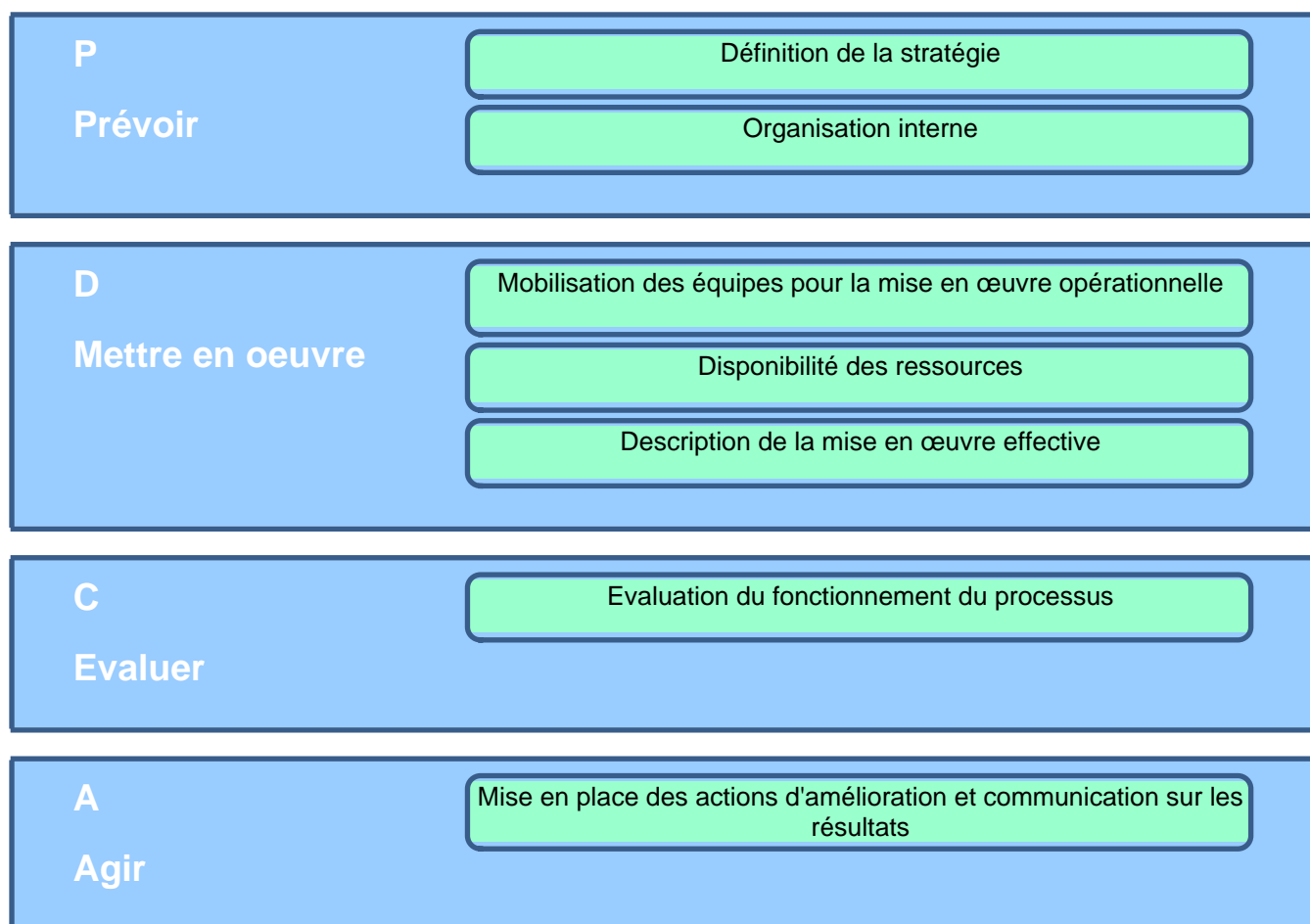
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain (CHIPS) a élaboré sa politique "parcours patient", sa stratégie et ses objectifs, sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie a été validée par les instances concernées à chaque étape. Elle est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le projet médical et de soins a été construit par des travaux concertés lors de séminaires ayant réuni médecins et cadres. Il est en phase avec le SROS et en cohérence avec l'ARS et les besoins de la population. La pertinence du projet a été réévaluée par la COPERMO et l'ANAP pour la dernière fois en avril 2015. Ce qui a permis de le compléter en améliorant la prise en charge des populations particulières (pédiatrie, filière gériatrique labellisée,...) et d'axer la prise en charge lourde sur Poissy et plus « légère » (ambulatoire, consultations, hôpital de jour,...) sur Saint-Germain. Les risques ont été évalués et hiérarchisés. Cinq risques communs ont été identifiés pour l'ensemble des prises en charge, de plus chaque service a sa "carte d'identité" qui contient entre autres ses risques et ses objectifs d'amélioration. L'articulation entre le compte qualité et le programme d'amélioration de la qualité est conforme aux attendus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus du parcours patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés (risques communs aux prises en charge et risque spécifique à chaque service), l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. L'organisation interne permet l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. La permanence des soins est assurée. Elle définit les règles de présence et d'un système de gardes et astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 sur l'ensemble des services le nécessitant (chirurgie, pédiatrie, cardiologie,...). Le dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence, grâce à trois circuits : le service d'accueil des urgences, le service des urgences gynécologiques et les urgences pédiatrie. Pour Saint Germain qui n'a pas de S.A.U. dans la journée, il y a un Centre de Consultations Urgentes Adultes (CCUA) et en dehors des heures ouvrables une procédure prévoit l'accueil et la prise en charge médicale lorsqu'un patient se présente pour une urgence. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : Il y a des staffs quotidien dans la majorité des unités de MCO, des réunions pluriprofessionnelles (pour exemple en pédiatrie pour les adolescents), des RCP dans les services prenant en charge le cancer, des staffs avec d'autres établissements (en cardiologie avec l'équipe de la Pitié Salpêtrière), staffs quotidien en gynécologie/obstétrique, maladies infectieuses..., des réunions de synthèse en psychiatrie et en SSR. L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est en place notamment pour la pédiatrie, les patients chroniques, les personnes âgées et les personnes démunies et les détenus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux services de soins sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les "cartes d'identité", créées par service, contiennent, entre autres, les objectifs du service, les indicateurs qualitatifs et sécurité des soins (performance ou surveillance), les démarches d'évaluation (audit, EPP), le ou les risques principaux identifiés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le parcours patient lors de réunions et par le journal interne distribué avec les feuilles de paye. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs. En général, les effectifs permettent de répondre aux besoins des patients. Les professionnels rencontrés avaient tous bénéficié de formation et/ou d'adaptation à l'emploi. La documentation est accessible dans les services, les professionnels peuvent y accéder soit par des classeurs contenant les procédures spécifiques aux services, soit sur informatique pour les classeurs hygiène, médicaments. Des accès direct au site de la SFAR, HAS,... sont installés sur l'intranet. Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont disponibles dans les

secteurs. La prise en charge des urgences vitales est assurée par un affichage des numéros à appeler, une sécurisation et une vérification des chariots d'urgence ainsi que par la formation des professionnels. En cas d'urgence vitale, la réanimation se déplace avec le matériel nécessaire dont le défibrillateur. Néanmoins, dans quelques services, les chariots d'urgence ne sont pas sécurisés (SLD, neurologie). Les locaux ne sont pas toujours adaptés aux personnes handicapés. L'ascenseur du secteur 4 en psychiatrie est en panne au moment de la visite, empêchant un patient en fauteuil roulant d'accéder à la cafétéria et à certaines activités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des secteurs d'activité du centre inter hospitalier connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée et retrouvée dans les dossiers de l'ensemble des secteurs MCO, SSR, SLD et de psychiatrie. La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, elle est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, la trace de cette évaluation est retrouvée dans tous les dossiers étudiés. Il y a une unité transversale de prise en charge de la dénutrition. La dénutrition est recherchée, l'IMC est retrouvée dans la très grande majorité des dossiers consultés.

On retrouve également dans les dossiers le projet de soins personnalisé, concerté, intégrant la réflexion bénéfico-risque. La réévaluation de l'état clinique ou des objectifs des soins est tracée. Il existe de nombreux programmes d'éducation thérapeutique (prise en charge du diabète prise en charge de l'hépatite C, du HIV, de la BPCO, de l'Asthme). De plus dans beaucoup de services des actions d'éducation thérapeutique sont menés (stomathérapie par exemple).

La sortie est organisée et si nécessaire le projet de prise en charge prévoit des activités de soins de suite et de réadaptation ou un relais avec les partenaires extérieurs

En psychiatrie, la traçabilité de l'examen somatique a été retrouvée dans tous les dossiers examinés. Le volet somatique est intégré dans le projet de prise en charge en santé mentale sur Poissy et Saint-germain. Cependant, la recherche du risque suicidaire n'est pas systématiquement tracée dans tous les services de MCO pour tous les patients. Par exemple, elle n'a pas été retrouvée en chirurgie digestive et en cardiologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint Germain assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Par exemple, il y a un suivi des événements indésirables, des réponses aux questionnaires de satisfaction, transferts, sorties, indicateurs ANAP. Il est à noter qu'il existe des tableaux de bord de pôle et que la « carte d'identité » prévoit les indicateurs propres à chaque service. Les contrats de pôle incluent une partie de ces indicateurs qualité sécurité des soins.

A / AGIR

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

Des actions propres à chaque service existe et sont suivis par des responsables. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont plus intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Des réunions permettent leur diffusion. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers lors de réunion de la CRUQ.

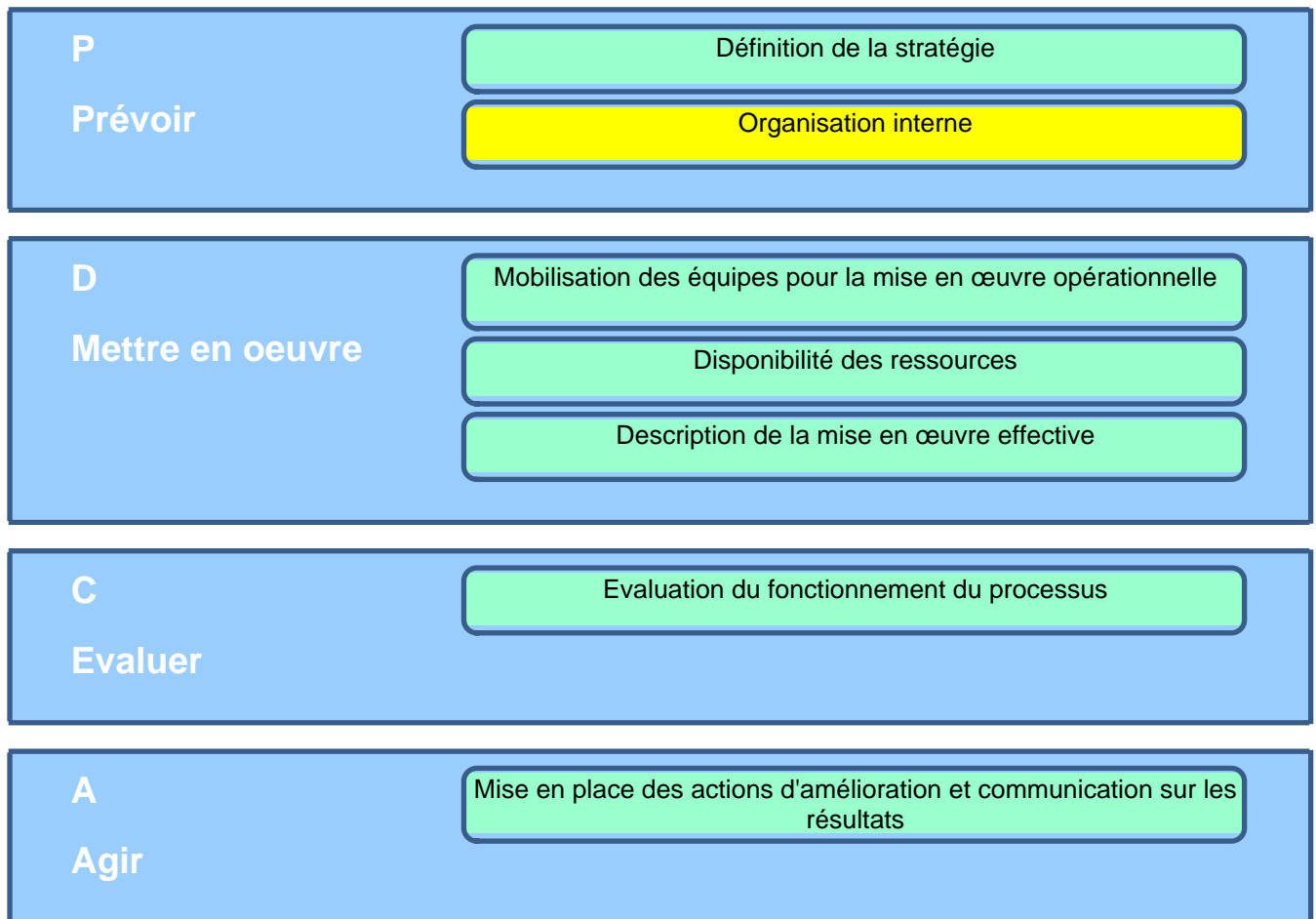
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un groupe de travail pluri-professionnel "Dossier Patient" a procédé à l'identification des risques en s'appuyant sur les événements indésirables en lien avec la gestion du dossier patient, les résultats des indicateurs IQSS sur "la Tenue du Dossier patient" et les conclusions de l'analyse de la crise des archives intervenue sur le site de Poissy courant 2008. Au regard des risques identifiés, des actions d'amélioration ont été priorisées et définies. Intégré au Compte Qualité et repris dans le PAQSS institutionnel, ce programme d'actions d'amélioration a reçu l'approbation des instances. L'informatisation du dossier patient figure parmi les objectifs stratégiques prioritaires du CHIPS. Au regard de cet objectif, les besoins en formation, en matériel ont été identifiés.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le directeur chargé des relations avec les usagers, de la Qualité et de la gestion des risques est responsable du processus. Un organigramme « de la gestion du dossier patient » précise les responsabilités au niveau stratégique et opérationnel. Au niveau stratégique le Directeur, la Présidente de la CME et le médecin DIM s'appuient sur un groupe de travail institutionnel « dossier patient » qui a eu pour principale attribution de définir, en fonction de l'identification des risques prioritaires, les actions d'amélioration à conduire. Le Département de l'information médicale est responsable de la bonne exécution de la procédure encadrant l'accès du patient à son dossier. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

Les règles de gestion du dossier patient au format papier sont rassemblées dans un « guide du dossier patient » diffusé en 2012 et complété par une fiche de classement du dossier médical. Le personnel médical et paramédical a accès dans les secteurs d'activités à des fiches spécifiques et formalisées relatives à l'organisation du dossier patient informatisé (DPI).

La procédure organisant l'accès du patient à son dossier est rédigée. Le guide du dossier patient a défini les responsabilités depuis la création jusqu'à l'archivage du dossier.

Toutefois, l'organisation de l'archivage des dossiers patients ne permet pas de garantir systématiquement son accès dans le délai réglementaire pour les dossiers patients de moins de 5 ans.

A l'origine de ce dysfonctionnement, des locaux inadaptés au volume des dossiers archivés et des règles d'archivage en voie d'appropriation par le personnel affecté aux archives. Un prestataire externe est requis pour archiver les dossiers patients afin de compléter les capacités de stockage internes insuffisantes compte tenu du volume annuel à traiter. Le délai moyen d'acheminement d'un dossier papier par le prestataire est de 5 jours en moyenne. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La composition du groupe « Dossier patient » mobilise le responsable du processus, le médecin DIM, le responsable des archives, le Directeur adjoint, le responsable de l'équipe en charge du déploiement du DPI, le directeur des soins, le responsable qualité, des cadres de santé et de pôle et une secrétaire médicale. Ce groupe est appelé à se réunir une fois par trimestre. Le projet DPI a été présenté aux membres des instances délibératives et consultatives. Le livret d'accueil mis à la disposition du patient et le site internet informe ce dernier des dispositions adoptées pour répondre à son droit d'accès au dossier médical. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Pour chacune des actions d'amélioration inscrites au PAQSS un pilote est identifié. Le responsable "Axe patient" au sein de la direction des systèmes d'informations et télécommunications (DSIT), est en charge de l'adaptation du système informatique de l'établissement aux contraintes de fiabilité qu'impose la généralisation du DPI. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles dans les secteurs. Des séances de formation auprès du personnel médical et soignant ont été organisées pour accompagner le déploiement du dossier patient informatisé (DPI). Le guide du dossier patient est disponible dans les unités de soins. Les services utilisateurs du DPI dispose des outils informatiques adaptés et en nombre suffisant. Au

Département d'Information Médicale (DIM), un personnel dédié assure la gestion des demandes adressées au directeur par les patients désireux d'accéder au contenu de leur dossier médical. Les locaux d'archivage des dossiers au nombre de trois sur le CHIPS sont sécurisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Une équipe "déploiement de l'outil informatique" animée par un cadre supérieur de santé a pour mission de faciliter l'appropriation du DPI par les professionnels. Cette équipe assure l'interface avec le service informatique. Les professionnels appelés à mettre en œuvre le DPI sont accompagnés en amont et pendant la phase d'installation du progiciel sur une durée variable entre 8 et 15 jours par les membres de cette équipe. Un pharmacien référent sur le DPI, organise les formations à destination des médecins et des internes. Le mode de classement des dossiers patient aux archives, permet une communication de celui-ci répondant aux besoins des services dans un délai moyen de 24h. En cas d'urgence, les archives sont organisées pour réduire ce délai. Les demandes d'accès au dossier sont adressées au directeur de l'établissement. Après que le service juridique de l'établissement ait vérifié la recevabilité de la demande, l'agent responsable du traitement au DIM, en accuse réception auprès du patient et organise le rassemblement des pièces du dossier avant leur transmission.

Toutefois, l'accès du patient à son dossier n'est pas toujours assuré dans les délais définis par la réglementation. La trace du recueil de la personne de confiance n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient.

La trace du recueil de la personne de confiance n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier patient. En cardiologie, le recueil de la personne de confiance n'a pas été retrouvée dans les dossiers patients examinés lors de la visite. Lors de la rencontre du patient traceur dans le service de gastro-entérologie, la personne de confiance n'est pas renseignée dans le dossier informatisé ni dans le dossier papier. Le document a été distribué et remis à la patiente mais non récupéré malgré un passage au bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les critères IPAQSS sont évalués à périodicité définie. Les scores obtenus sur la tenue globale du Dossier Patient en MCO et en SSR ont conduit l'établissement à mettre en place, entre deux évaluations IPAQSS, un audit interne. Ce « Quick Audit » réalisé pour la première fois en juin 2015, mobilise tous les secteurs cliniques. Il porte sur 5 dossiers de soins et 5 dossiers médicaux par unité de soins. Les délais de transmissions des dossiers aux patients sont évalués.

A / AGIR

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

Les résultats des différentes évaluations de la tenue du dossier externe et interne ont conduit l'établissement à identifier des points d'amélioration ; sur la traçabilité de l'évaluation de la douleur, celle du Poids et de l'IMC, le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation. Ce plan d'actions a été proposé par le groupe institutionnel « dossier patient » et approuvé par les instances (CME, CRU). L'action d'amélioration prioritaire concerne la poursuite de l'informatisation du dossier patient avec un objectif fixé à 70% des lits fin 2016. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

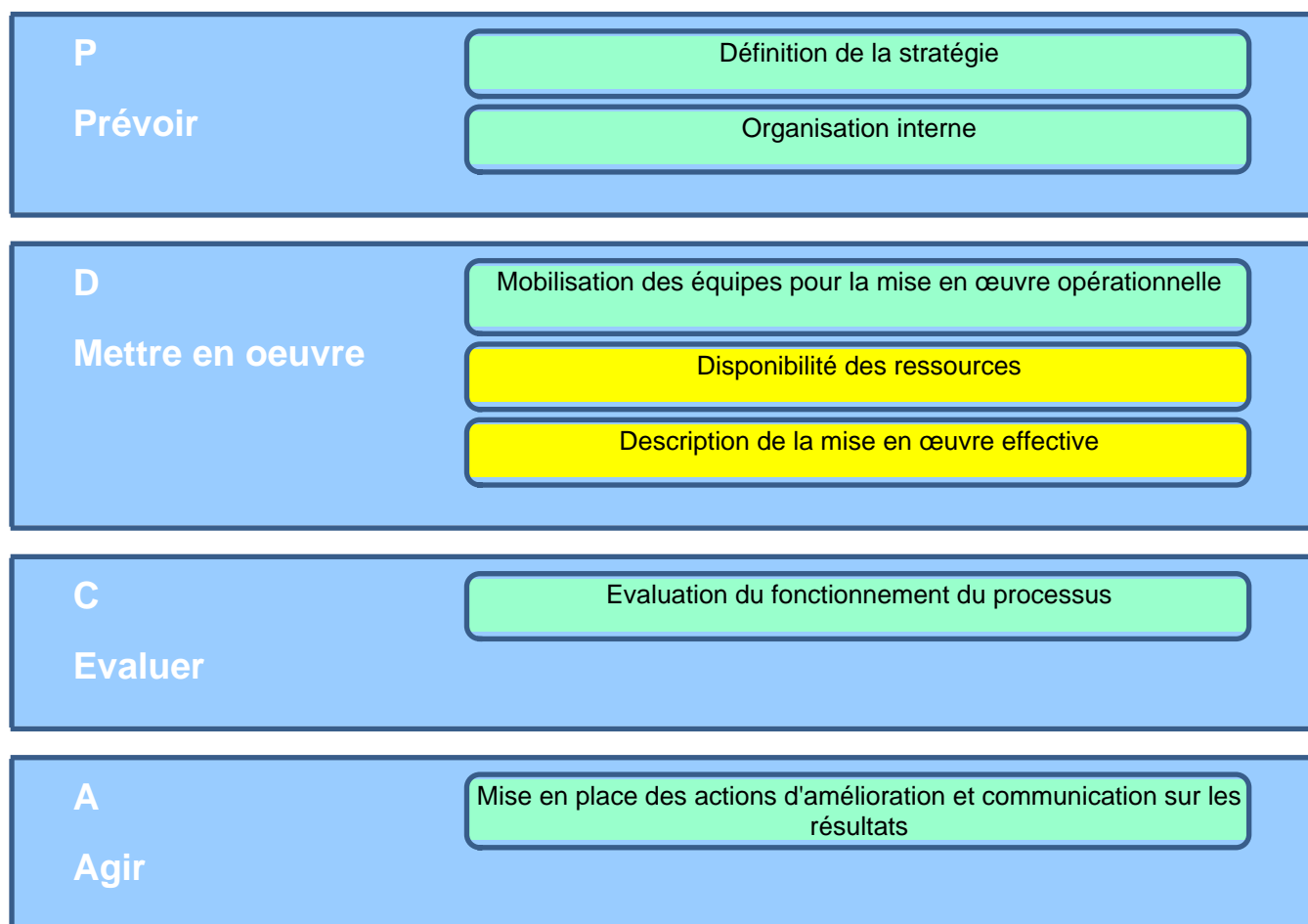
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le projet médical 2013-2017 comprend des axes spécifiques à la qualité et sécurité des soins. La politique de la prise en charge médicamenteuse est élaborée à partir d'une cartographie des risques réalisée selon la méthodologie ARCHIMED en 2013, des résultats des certifications précédentes, des résultats des IQSS et de l'évaluation du CBUM. Elle intègre la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée. Un plan d'actions qualité sécurité des soins spécifique médicaments est formalisé. Il définit les objectifs d'amélioration, les pilotes, les priorités et les échéances. L'établissement a élaboré un compte qualité qui est articulé avec le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré, un responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est désigné ; les missions et le temps dédié sont définis. Le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse a été validé en septembre 2015 et diffusé. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La COMEDIMS, la Commission des anti-infectieux sont chargées de la mise en œuvre de la politique et des actions définies. De plus, un groupe « sécurisation » représentatif de tous les pôles d'activité et des catégories professionnelles a pour mission la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQSS est décliné au sein de chaque pôle d'activité. Le management et les référents « Médicaments » sont chargés de la communication relative aux orientations définies et de la mise en œuvre opérationnelle dans les unités. Les cadres et les référents sensibilisent les professionnels sur les bonnes pratiques liées au processus. Une check-list a été élaborée pour vérifier les bonnes pratiques inhérentes au circuit du médicament (fermeture des armoires à pharmacie, bonnes pratiques et traçabilité d'administration...). Elle est en cours de test. Il appartient aux cadres de s'assurer de la conformité des pratiques. Dans certains services, le cadre a édité les protocoles et procédures indispensables pour les IDE. Une affiche institutionnelle a été réalisée pour rappeler les règles pour des prescriptions sécurisées. L'établissement a enregistré 40 déclarations d'événements indésirables relatifs au circuit du médicament au premier semestre. Néanmoins, les professionnels sont peu sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses et ne les déclarent pas systématiquement. Les IDE rencontrés n'ont pas été sensibilisés au risque d'erreurs médicamenteuses (hormis au cours de leurs études). Les IDE informent le médecin et le cadre en cas d'erreurs mais affirment ne pas déclarer. Des EPP, CREX et RMM sont mis en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a nommé des pharmaciens référents de différents domaines. Les préparateurs en pharmacie sont des préparateurs en pharmacie hospitalière ou en cours de VAE. Les préparateurs intervenant en URC ont suivi une formation spécifique et sont habilités. La permanence pharmaceutique est effective : des internes en pharmacie assurent une garde et les pharmaciens seniors sont d'astreinte. La PUI sur le site de Poissy est située au sous-sol. Les locaux de stockage sont multiples et dispersés dans ce sous-sol. L'espace dédié à la rétrocession est conforme. Cependant, la PUI ne dispose pas de locaux suffisamment vastes pour permettre un stockage des médicaments et DM conformément aux bonnes pratiques. A Poissy, l'espace de stockage et de dispensation des médicaments est encombré de cartons et de palettes. Certains locaux sont détériorés et non nettoyés (local de stockage des biberons stériles). La PUI reste ouverte sur un couloir où circulent des patients et consultants tout le temps que les magasiniers et préparateurs réceptionnent les médicaments et DM, c'est-à-dire quasiment toute la journée (sur le site de Poissy, sont réceptionnés chaque jour une centaine de colis et une dizaine de palettes). Les services de soins disposent d'armoires à pharmacie fermées à clé et de chariots de distribution situés dans des salles de soins, elles-mêmes sécurisées par digicode. Les professionnels disposent d'outils d'aide à la prescription : livret thérapeutique, Thériaque en lien d'accès sur l'intranet de l'établissement. Des procédures et protocoles sont accessibles à tous par intranet. Une liste des médicaments écrasables est mise à disposition des soignants. La prescription et la traçabilité de l'administration s'effectuent sur un même support papier.

358 lits bénéficient d'une prescription informatisée. L'indicateur Hôpital Numérique est de 27%. Les services informatisés disposent de matériel informatique fixe et mobile. Un mode dégradé permet la continuité de la prise en charge en cas de panne. Les outils d'aide sont intégrés au logiciel. Un personnel dédié accompagne le déploiement de l'informatisation. L'établissement est engagé dans un programme de formation relatif aux erreurs médicamenteuses depuis 2014. 4 pharmaciens et 96 personnes ont été formés, 2 groupes sont prévus en 2016. L'établissement dispose d'un secteur de pharmacotechnie intégrant une unité de reconstitution des cytotoxiques et une unité de préparations parentérales pour la néonatalogie. Ces secteurs répondent aux normes exigées. Les préparateurs intervenant en URC ont suivi une formation spécifique dispensée par les pharmaciens suivant 3 modules et contrôle des pratiques. A l'issue des 3 modules ils sont habilités. Un test annuel de remplissage est effectué. Une unité de reconditionnement permet de délivrer dans les unités les médicaments livrés globalement par les prestataires. Ces médicaments sont délivrés dans les unités en dose unitaire étiquetée avec le nom et la date de péremption.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prescription médicamenteuse est effectuée par les médecins ou sages-femmes. Des protocoles existent dans certains secteurs (obstétrique notamment). La prescription informatisée est conforme aux exigences. La prescription sur support papier s'effectue sur un support permettant la traçabilité de l'administration. Cependant, les prescriptions manuscrites ne sont pas toujours conformes. Les prescriptions ne comportent pas systématiquement le nom et la signature du prescripteur dans la plupart des services rencontrés. Elles ne sont pas toutes signées (chirurgie orthopédique). Le traitement personnel des patients est pris en compte à l'admission et pour l'ordonnance de sortie. La conciliation médicamenteuse a été initiée dans certaines unités. Si le patient vient à l'hôpital avec ses propres médicaments, ceux-ci sont étiquetés, stockés dans la salle de soins et remis au patient à la sortie. La validation pharmaceutique est effective pour les prescriptions informatisées et les médicaments à dispensation contrôlée (antibiotiques, médicaments dérivés du sang, médicaments T2A).

Cependant, les pharmaciens ne valident pas toutes les prescriptions. Les pharmaciens ne valident pas les prescriptions effectuées sur support papier, hormis ceux à dispensation contrôlée. Les dotations des armoires à pharmacie sont réalisées et affichées dans les armoires. La commande de médicaments est effectuée par les IDE informatiquement. Le transport des médicaments est effectué par les professionnels des unités de soins dans des caisses. Pour le transport de médicaments entre les deux sites, les caisses sont scellées. Le transport des stupéfiants est effectué par les cadres de santé ou une IDE identifiée. Cependant, il n'est pas totalement sécurisé. Il n'existe pas de système de transport sécurisé des stupéfiants. Les médicaments sont stockés dans les unités dans des armoires fermées et dans des réfrigérateurs réservés aux médicaments. Le suivi des péremptions est réalisé et tracé. L'administration est réalisée par les personnels habilités qui tracent l'administration en temps réel. Cependant, toutes les administrations ne sont pas sécurisées. L'identité des patients n'est pas mentionnée pour toutes les préparations injectables. En réanimation, les pousse-seringues ne sont pas étiquetés avec le nom du patient ; en neurologie et en chirurgie orthopédique, les HBPM sont identifiées uniquement par le numéro de chambre.

De plus, la préparation des médicaments injectables et non injectables n'est pas effectuée au fur et à mesure de la chronologie de l'administration. En réanimation, tous les médicaments injectables et non injectables pour 4 patients sont sortis de l'armoire à pharmacie et centralisés dans une boîte commune pour 24h. En réanimation, l'IDE modifie les doses d'adrénaline ou de noradrénaline injectées en pousses seringues selon l'évolution des constantes sans validation médicale et en l'absence de tout protocole. Néanmoins, l'établissement a créé et présenté un document de travail le 24 novembre 2015 procédurant la sécurisation de l'administration des catécholamines. La surveillance des traitements est effectuée par les médecins et les IDE. Le patient est informé de son traitement. Il existe des plaquettes ou livrets pour certaines thérapeutiques et/ou pathologies ; l'établissement développe des programmes d'éducation thérapeutique intégrant des médicaments. Des fiches conseils sont données aux patients dans le cadre de la rétrocession.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Hormis les statistiques de consommations des médicaments et les coûts, la pharmacie suit plusieurs indicateurs dont les non conformités internes et externes à la PUI. Pour l'URC, lors du staff hebdomadaire, une revue des non conformités est réalisée et les préparations non administrées sont analysées. L'établissement a élaboré une checklist permettant aux cadres d'évaluer les bonnes pratiques relatives au circuit du médicament. Le recueil des IPAQSS est effectué. Les taux sont en progression mais sont encore inférieurs aux attentes.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Le PAQSS est évalué annuellement. Les résultats sont communiqués aux instances et aux professionnels. Cependant, l'établissement ne diffuse pas systématiquement les actions d'amélioration et les résultats issus des CREX et RMM : ceux-ci ne sont pas communiqués à l'ensemble des professionnels de l'établissement ni intégrés dans le PAQSS global.

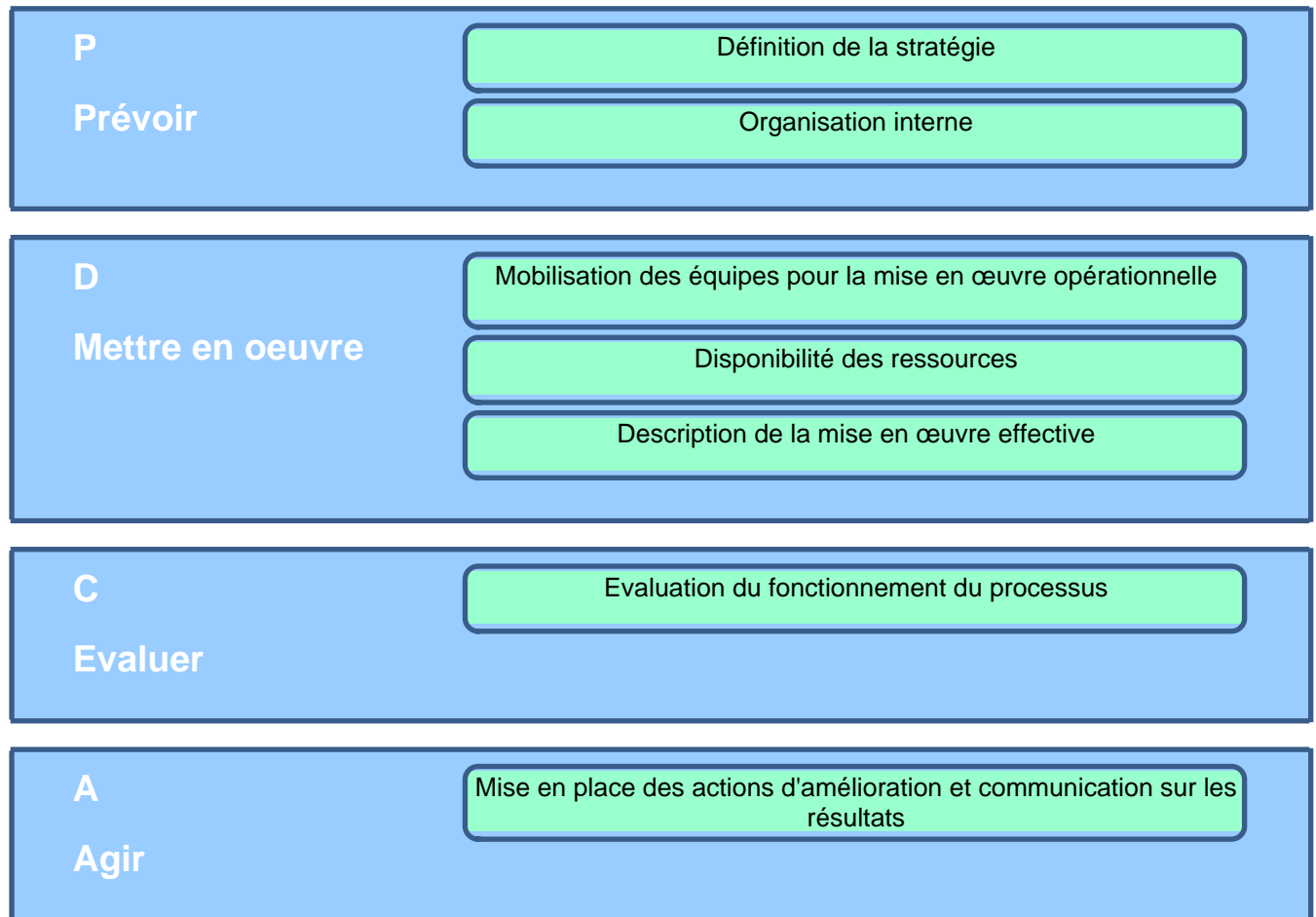
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie inscrite au projet médical 2013-2017. Il a redéfini et restructuré les missions des urgences : le SAU, SMUR, maison médicale pédiatrique centrée sur Poissy et une unité de consultations urgences adultes et post urgences sur le site de St germain. Le SAU identifie 3 filières d'accueil (adulte, enfant, gynéco obstétrique) qui assurent la couverture des besoins du territoire du nord Yvelines. Elles appartiennent à 2 pôles distincts (pôle réanimation-urgences et pôle femme-enfant). Au sein des filières, les circuits des patients ont été définis et formalisés (cartes d'identité : pilote, patient cible, circuit, indicateurs). Le projet médical a identifié des besoins notamment en architecture. Il a installé un "comité nouveau bâtiment" et présenté un dossier éligible ce jour à la COPERMO. Il a analysé ses risques. Les 3 filières ont identifiés 6 risques communs avec des priorités différentes sauf pour les 2 premiers. Les cartographies des risques sont en cours et ajoutent des axes complémentaires d'amélioration par filières. Des données issues des IPAQSS, RMM, EPP et de la CRU sont utilisées. Les objectifs et plan d'action des 3 filières sont retrouvés dans le PAQSS global de l'établissement. Celui ci est validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Un bureau "département d'accueil d'urgence" (DAU) est en cours de restructuration (depuis le 3 novembre 2015). Un pilote est identifié et a pour mission de développer les REX avec les 3 services d'urgences. Les filières sont décrites sur une "carte d'identité" :obstétrique et gynécologique, puis pédiatrique et UHCD pédiatrique, puis adulte, traumatologie pédiatrique, psychiatrique, détenus, déchoquage, UHCD adulte, ... Les pilotes par filières sont identifiés. Leur rôles et responsabilité sont identifiés. Des fiches de postes sont formalisés à 80%. Un manuel qualité gestion des risques est en cours d'élaboration en URGO, au SAU adulte, SAU pédiatrique. Ces pilotes se rencontrent au niveau du comité "nouveaux bâtiments" et du comité "fermeture des lits".

Le centre de consultation urgences adultes (CCUA) de St germain s'est organisé pour l'accueil de patients des médecins libéraux ainsi que les patients se présentant spontanément de 9 à 18 h. Les patients sont accueillis et pris en charge et réorientés si besoin vers les urgences de Poissy. Au delà de cet horaire, une garde d'interne et un médecin de l'unité de soins continus (USC) sont présents pour évaluer et rendre en charge une urgence vitale ou réorienter les patients vers les urgences de Poissy si nécessaire. L'ARS a autorisé des vacances d'hospitalisation de jour pour valoriser le suivi et la sécurité des patients avant le retour au domicile.

Une consultation post urgence participe à dégager les urgences adultes de la traumatologie du sport avec un horaire déterminé en fin de journée. Pour la pédiatrie, une maison médicale pédiatrique assure une garde aux horaires de pointe du SAU pédiatrique (horaires définis 18h30-23h00). Les ressources humaines nécessaires sont identifiés en fonction des recommandations et des filières. Le plan de formation est établi annuellement à partir des évaluations des professionnels. La formation à l'accueil et à l'orientation des patients est prise en compte dans les 3 filières. Le recrutements des nouveaux arrivants prévoit un temps de formation et de tutorat pendant 1 mois pour assurer la maîtrise des spécificités : IOA, puéricultrice, médecine de catastrophe, DESC urgences, sages femmes ... Les 3 filières possèdent un manuel qui regroupe les protocoles et procédures appelé "guide" au format papier. Il est remis à jour annuellement. Il comporte des procédures de fonctionnement interne et de coordination avec l'aval.

La procédure de recours aux avis spécialisés est présente dans le guide. La continuité des soins est organisée avec les services d'aval. Les nouveaux documents ou les mises à jour sont intégrés maintenant à la GED globale depuis sont installation récente (2015).

Le livret d'accueil du patient existe. Les documents d'informations "conseil" sont en nombre au SAU adulte, enfant, CCUA et en déploiement dans les autres secteurs.

L'organisation permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits. Une unité de coordination renseigne les services d'urgences 4 fois par jour. Le comité des fermetures des lits est organisé. Une procédure existe décrivant l'hospitalisation d'un patient hébergé avec la dénomination du médecin référent.

La prise en charge des soins non programmés directement dans les secteurs de soins est organisée : AVC (logigramme suspicion d'AVC-AIT, procédure d'orientation du patient AVC), psychiatrie, addictologie (modalité de prise en charge en addictologie), IDM et syndrome coronarien aigu en cardiologie, l'urgence en endoscopie digestive haute...

Les services sont organisés pour évaluer et suivre les temps d'attente: le dossier informatisé installé (juillet 2015) aux urgences adultes et pédiatriques permet le recueil de ces données.

Les véhicules de SMUR sont l'objet d'une convention avec un prestataire externe. Une hélistation permet le transport des patients en externe. Le système d'information repose sur l'informatisation du dossier aux urgences pédiatriques et adultes. L'informatisation du dossier patient du service d'urgence de gynéco obstétrique est planifié en 2016. La formation des professionnels est organisée en amont de la mise en place de l'outil. Au sein des 3 filières, des documents spécialisés sont accessibles sur des sites partagés

en intra : GED SAU, Transit Poissy, Blue medi. L'interface avec les services d'aval est organisée (procédures existantes). L'interface avec le laboratoire est informatisé et assure le retour des résultats dans des délais compatibles avec la prise en charge. Une procédure décrit le transfert au bloc en urgence. Des conventions sont effectives avec le CH Meulan et cliniques des Courses. Le centre de consultation urgences s'est organisé avec Unité de court séjour pour la continuité des prise en charge après 18h, heure de fermeture du service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions des services est en déclinaison du PAQSS institutionnel. La formalisation des cartographies des risques initialise des plans plus spécifiques propres aux urgences. Le travail est en cours. La sensibilisation régulière des professionnels sur les risques identifiés se réalise à partir de : registre de transmission, réunion de service 3 fois par an, staff clinique quotidien à la relève de la garde, registre de transmission signé par le cadre, 1 réunion d'équipe tous les 2 mois, staff médicaux, staff inter établissement, bilan hiver en pédiatrie. L'information sur les évolutions, les résultats des analyses de évènement indésirable s'y retrouvent. Les professionnels participent aux analyses et identifient les actions correctives. L'information est claire au niveau de l'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le recrutement des personnels est conforme au normes des spécialités: infirmier IOA, médecin DEC de médecine de catastrophe, puéricultrice, auxiliaires de puériculture, sage femmes, pédiatre, gynécologue obstétricien. L'intégration paramédicale se déroule sur 4 à 5 semaines. Les internes ont un programme de cours sur 2 fois 3 semaines à chaque changement de semestre. La formation à la fonction IOA est importante en pédiatrie (14 IOA pris sur le pool du service de pédiatrie pour assurer la gestion des risques, support de cours effectifs, 3 jours de formation de réanimation avancée). Le plan 2016 est arrêté. Les plannings sont ajustés en fonction de l'activité : exemple en pédiatrie entre l'hiver et l'été. Le guide des procédures (version17 en pédiatrie) est accessible dans les 2 secteurs sous forme papier et pour certain sur des sites extra hospitaliers: processus de tri en URGO, prise en charge psychiatrique au SAU... Le SAU adulte s'est positionné comme service pilote pour le développement de la GED centralisée.

Les formulaires du dossier papier sont référencés. Des fiches conseils pour le patient sont éditables sur de nombreuses spécialités (au SAU adulte, enfant). Le dossier patient est informatisé pour le SAU adulte et pédiatrique. L'accès par les professionnels est opérationnel. Les postes informatiques sont en nombre suffisant. Les locaux du SAU adulte et gynéco obstétrique ont fait l'objet d'étude et de repérage des causes de risques : surface, les normes, la vétusté. En effet les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de l'intimité, dignité confidentialité du patient. En fonction du flux croissant des urgences et des normes d'aujourd'hui, les locaux, construits en 1974, font que les allers et venues des patients se croisent, les attentes secondaires sont effectives dans les couloirs, les portes des boxes restent ouvertes pour certains. Le matériel est adapté en nombre et aux spécificités. Les examens de laboratoire sont expédiés par pneumatique. Les résultats sont informatisés et accessibles en temps utile. L'organisation des locaux permet de respecter des filières de prise en charge. Le matériel permet la sécurité de la prise en charge des patients. La maintenance est organisé ainsi que le bio nettoyage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La fiche des disponibilités des lits est envoyée au service d'urgence 4 fois par jour : par le cadre dédié à cette tâche le jour et par le cadre de garde la nuit. Une procédure bed-management en gynéco-obstétrique est formalisée (version 1/2015). Une secrétaire d'admission ouvre ou crée le dossier administratif. Sa mission est reprise par l'IOA en dehors de son horaire de présence. Les IOA sont effectives dans les 3 secteurs. Le tri et le temps d'attente sont visibles sur le dossier informatisé. Les éléments de triage selon le degré d'urgence et la typologie des patients sont intégrés au logiciel. Les procédures d'admission, un logigramme d'orientation sont formalisés en gynéco obstétrique. Au sein du SAU adultes, les zones de prise en charge sont mises en place : salle d'attente primaire consultation IOA, 3 salles de déchoquage, traumatologie enfant, psychiatrie, circuit court, attente secondaire allongée ou assise, chambre d'isolement infectieux, chambre d'isolement patient agité, circuit détenu... UHCD adulte, UHCD enfant. La recherche du risque suicidaire est formalisée selon un arbre décisionnel. Un centre d'accueil de thérapie de courte durée est en place sur le site de St Germain pour les patients psychiatriques. Le planning des paramédicaux est arrêté à 1 mois celui des médecins au quadrimestre. En pédiatrie le planning est adapté entre l'activité hiver-été. La liste des gardes et astreintes est accessible et affiché dans les 3 secteurs. La liste des médecins référents d'une spécialité pour les avis spécialisés est accessible. En pédiatrie le service d'hospitalisation est contiguë aux urgences. Aux urgences adultes le formalisme est réel pour la prise en charge des AVC et les malades psychiatriques, la présence à H 24 de psychiatre est effective, formalisation de la permanence des soins en gynécologie obstétrique. La responsabilité du nettoyage est bien identifiée entre la société prestataire et les ASH de l'établissement. Une IDE est dédié aux commandes hebdomadaires, à la réception. Le réassort des secteurs est dévolu aux IDE de nuit et du déchoquage. Le service bio médical assure la maintenance et permet une disponibilité

des matériels en temps réel.
La répartition des tâches entre le CHIPS et le prestataire des 3 véhicules du SMUR est formalisée : entretien et réarmement des véhicules. La traçabilité est effective.
La traçabilité des actes dans le dossier informatisé du patient est effective : heures de prise en charge, prescriptions médicamenteuses, diagnostique... les données des documents papier du SMUR sont retranscrites par le médecin puis scannées avant destruction.
Au SAU pédiatrique l'interface avec la pédopsychiatrie est sur papier qui est aussi scannée dans le dossier informatisé.
L'interface informatique avec le laboratoire est fonctionnelle. L'interprétation des scanners et des IRM sont réalisés en temps utile. L'avis d'un neuro-chirurgien aux urgences pédiatriques est sollicité. Un logiciel de partage des images radiologiques permet l'accès aux documents en temps réel. Cependant, les examens ne sont pas toujours réalisés dans le respect des bonnes pratiques. L'interprétation des radiologies standards n'est pas réalisée pour la plupart. Ce point reste d'actualité malgré que l'établissement a ciblé un risque de priorité 1 sur ce point.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs se retrouve dans les bilans d'activité. Les indicateurs qualité sont ceux formalisés de façon transversale dans les contrats de pôle: les indicateurs d'état de tension, des délais de prise en charge du service sont suivis régulièrement (les indicateurs relatifs aux événements indésirables restitués par service, les audits du service hygiène, IPAQSS). La gestion des événements indésirables est centralisée. Le dispositif se structure avec les cartographies des risques dans les quelles des plans d'actions spécifiques au service se développent. La maîtrise des risques est assurée par les RMM : Au SAU gynéco obstétrique une sage femme est dédiée aux RMM depuis 2010 et participe aux RMM de réseau MIPA, programme de gestion du risque/EPP, des questionnaires de satisfaction spécifique au service. Aux urgences adultes les professionnels participent aux RMM et programme gestion des risques et EPP organisées par les services d'aval (existence d'une charte de fonctionnement, EPP urgence psychiatrique par ex), staffs cliniques quotidiens à la relève de la garde. Le bureau DAU oriente son activité sur les REX (1 réunion en novembre 2015). Les données de l'accréditation des médecins se développent. Le tableau de bord est effectif en gynéco obstétrique et pédiatrique.

A / AGIR

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

6 risques identifiés ont été suivi de 33 actions d'amélioration. La plupart sont abouties. Au SAU pédiatrique, les actions d'amélioration sont suivies par des référents : activité hiver, douleur, tri IOA, hygiène, information des internes sur la fonction "puer". Elles ont fait l'objet de communication des résultats dans les réunions de service. Le bilan et suivi de l'ensemble des actions inscrites au PAQSS sont communiqués aux instances enfin d'année échue.

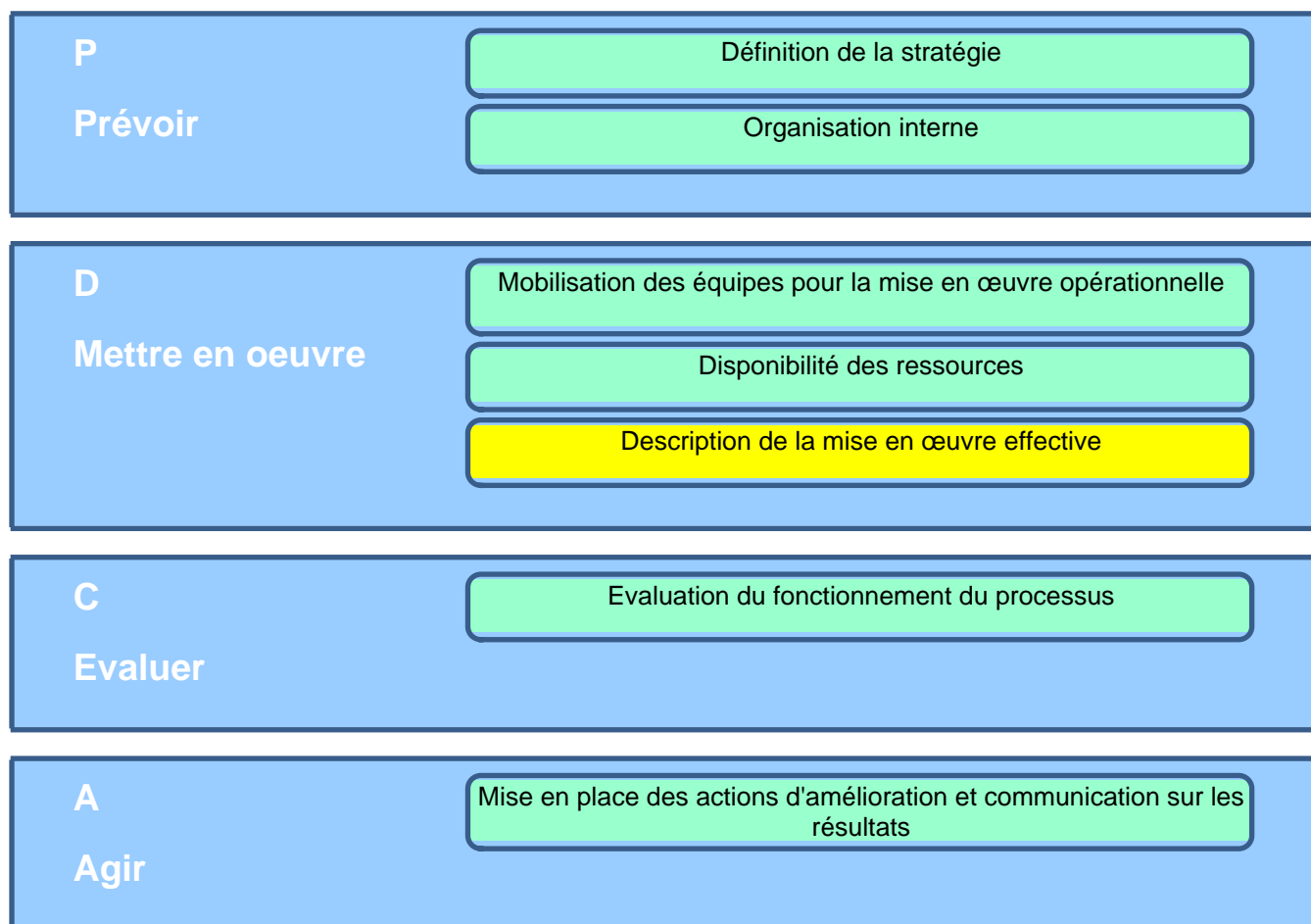
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

Le bloc opératoire du CHIPS comporte 3 secteurs répartis sur 2 sites: à Poissy 7 salles au bloc central et 2 salles de bloc obstétrical; à Saint Germain 6 salles dans un bloc central. Les SSPI sont au nombre de deux: sur le site de Poissy la SSPI comporte 12 places (dont 4 d'USCCO = obstétrique) ouverture 7j/7, 24h/24 (avec 10 salles ouvertes en moyenne le week-end). Sur St Germain 12 places de SSPI sont ouvertes de 8 heures à 20 heures les jours ouvrables en raison de l'activité exclusive ambulatoire. Le pilotage institutionnel repose sur les orientations du projet d'établissement 2013-2017 et sur le projet médical 2013-2017 qui lui est associé. En cohérence avec le SROS des Yvelines et le regroupement récent avec le centre hospitalier de Mantes, la politique est soutenue par le pôle "anesthésie-bloc-chirurgie". Une activité de chirurgie ambulatoire est prévue sur les deux sites, le site de Saint Germain réalisant son activité chirurgicale en ambulatoire exclusivement. Une démarche qualité est en place. 9 risques ont été identifiés dans le compte qualité. Une analyse pluriprofessionnelle des risques a été élaborée et ceux ci ont été hiérarchisés, alimentant le compte qualité de l'établissement. Pour chaque risque identifié, un dispositif de maîtrise est proposé. Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux en lien avec le management du bloc opératoire sont suivis: "présence d'un ou des compte(s) rendu(s) opératoires", DAN renseigné, taux d'ISO global des interventions sentinelles. Des plans d'action sont élaborés en rapport avec les risques identifiés, des actions d'amélioration sont proposées dans le compte qualité, en articulation avec le PAQSS de l'établissement, avec désignation d'un pilote et formalisation d'un échéancier.

ORGANISATION INTERNE

Le CHIPS a inclus les blocs opératoires au sein du pôle 5 d'activité : CHIRURGIE / BLOCS OPÉRATOIRES / ANESTHÉSIE. La chirurgie gynécologique se pratique dans les deux blocs centraux de Poissy et de Saint Germain mais n'appartient pas au pôle 5. L'organisation est formalisée dans la charte de fonctionnement des blocs opératoires, le document a été réactualisé en novembre 2015, ce dernier est en attente, au moment de la visite, de validation par les chirurgiens et les instances. Le conseil de pôle a validé la charte qui décrit le mode de fonctionnement des circuits de prise en charge, les responsabilités et les missions des personnels. Deux secteurs de chirurgie ambulatoire fonctionnent chacun sur un site. Actuellement, deux règlements intérieurs sont en place. La charte réactualisée du service de chirurgie ambulatoire est en cours d'élaboration et doit être finalisée puis validée en janvier 2016. Celle ci comporte l'élaboration d'un chemin clinique du patient de la consultation chirurgicale à J+30 post opératoire.

La gouvernance du bloc est assurée par le médecin coordonnateur et par une équipe pluridisciplinaire identifiée composée de deux cadres IBODE et deux cadres IADE ayant un rôle reconnu dans les blocs opératoires des 2 sites. Le coordonnateur médical prévu dans la charte est un médecin anesthésiste. Actuellement son rôle est tenu par le chef de pôle CHIRURGIE / BLOCS OPÉRATOIRES / ANESTHÉSIE. La gynécologie obstétrique n'est pas incluse dans le pôle CHIRURGIE / BLOCS OPÉRATOIRES / ANESTHÉSIE mais fonctionne en collaboration étroite avec celui-ci. Le chef de pôle et l'équipe d'encadrement du bloc élaborent et assurent le respect du programme opératoire de façon hebdomadaire.

Le programme opératoire est élaboré à partir d'un logiciel interne qui permet la gestion des salles, du personnel affecté dans chaque salle.

L'organisation des interfaces avec les services de soins est facilitée par l'IDE régulatrice au bloc central de Poissy qui permet l'échange d'informations concernant la prise en charge péri-opératoire des patients et la coordination des professionnels.

A saint Germain, ce rôle est rempli par le cadre aidé par des brancardiers qui assurent l'interface avec les services de soins.

L'interface avec les services cliniques est organisée (mise à disposition du dossier du patient au bloc, fiche de liaison recto-verso comportant les prescriptions anesthésiques et chirurgicales). Des liens avec les secteurs médico-techniques (EOH, labo, imagerie, PUI) sont organisés. Ainsi que ceux avec les secteurs logistiques (linge, déchets, transports, eau, air) ainsi qu'avec les secteurs administratifs (équipe QGDR).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation en place réparti l'activité chirurgicale sur les deux pôles: sur Poissy est pratiquée la chirurgie lourde, prenant en compte les urgences et les interventions nécessitant une surveillance post opératoire renforcée. Le programme opératoire tient compte de cette répartition et met à disposition les personnels, les cadres sont communs aux deux secteurs. La régulation des activités du bloc opératoire

par "l'IDE de régulation" du bloc central de Poissy, comportant des IDE expérimentées, permet de garantir le respect de la programmation, les ajustements nécessaires en temps réel, l'intégration des urgences et contribue à la sécurité des patients. Chaque cadre assure l'information des professionnels sur le fonctionnement du secteur par le biais d'affichage et dans le cadre de réunions régulières interprofessionnelles. Des RMM sont organisées. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées disponibles au sein du bloc opératoire dans des classeurs papier. En matière d'hygiène, les règles de bonnes pratiques sont respectées, les circuits des instruments utilisés, de l'évacuation des DASRI et autres déchets sont conformes. Le vestiaire contenant les tenues du personnel sont organisés sur les deux sites. Les règles concernant la prise en charge du patient au bloc, le respect de l'intimité et de la confidentialité sont respectées. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation permet la mise à disposition des personnels nécessaires sur le plan chirurgical (IBODE, IBO, AS) et anesthésique (MAR, IADE) conformément au programme opératoire affiché. Deux salles du bloc de Poissy sont réservées pour les urgences. En SSPI, le personnel (IDE, IADE, AS) assure l'accueil et la surveillance des patients en post opératoire, les IADE procèdent à l'extubation éventuelle du patient en liaison avec le médecin anesthésiste. La surveillance post opératoire des patients est assurée par l'IADE et les IDE de "salle de réveil" formés. Les périodes de plus faible activité (absence des praticiens, vacances...) sont prises en compte dans le déploiement des personnels. Les ressources nécessaires en matériel pour les interventions sur les deux sites sont prises en compte et nécessitent parfois le transport de certains matériels opératoires (ORL...).

Cependant, certains locaux de bloc opératoire et de SSPI ne permettent pas de garantir le respect des règles de l'hygiène hospitalière. Dans des secteurs anciens du bloc de Poissy, le sol est revêtu d'un pavage de petits carreaux aux joints en mauvais état ; dans la SSPI du bloc de Poissy un grand trou dans le sol plastifié est réparé sommairement par des bandes adhésives sales. Le vestiaire du bloc de Poissy est exigu, vétuste et encombré. Ceci ne permet pas le nettoyage optimal des sols et le respect strict des règles d'hygiène. Les documents sont à disposition des personnels du bloc sous forme de classeurs papier accessibles en temps réel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques en hygiène sont respectées au sein du bloc par les personnels. Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical présents dans les blocs opératoires et les SSPI sont appropriés à l'activité. Les deux SSPI sont placées sous la surveillance d'IADE ou d'IDE formées à cette activité. Dans les salles de bloc l'activité chirurgicale est réalisée par des IBODE ou IDE formées. Le personnel affecté aux deux UCA est formé aux spécificités de la chirurgie ambulatoire, les procédures spécifiques sont mises en œuvre. L'intervention est proposée par chaque chirurgien au moment de la consultation. La consultation d'anesthésie est organisée et tracée dans un dossier papier d'anesthésie. La programmation est organisée à partir de cette consultation. Elle est validée au sein de chaque bloc lors d'une réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire.

Cependant, l'informatisation du bloc opératoire n'est pas intégrée au SIH. L'outil de programmation opératoire, développé en interne, ne concerne pas le dossier anesthésique, la check-list, la traçabilité des DMI...

Le programme opératoire est ajusté si nécessaire pour tenir compte autant que possible des réductions transitoires prévisibles des effectifs disponibles ou des urgences.

La permanence des soins est assurée. La continuité des soins est effective sur le secteur de Poissy s'appuyant sur le service d'urgence et le plateau technique. La disponibilité du dossier du patient est assurée à toutes les étapes de la prise en charge, y compris après la sortie en ambulatoire.

Les interfaces entre les secteurs de soins et les blocs opératoires sont opérationnelles et reposent sur des fiches de liaison bloc-services.

Le transport des patients est assuré dans des conditions appropriées par des équipes de brancardiers affectés aux deux blocs et qui sont régulés par l'IDE de régulation pour le bloc de Poissy. L'accueil du patient au bloc opératoire est approprié.

La check-list est en place dans les deux blocs opératoires. Cependant, les règles de mise en œuvre de la check-list au bloc opératoire ne sont pas respectées dans certains secteurs. Lors de la visite du site de Saint Germain, une chirurgie au bloc central comportait la mise en œuvre d'une check-list n'était pas renseignée en temps réel (le post opératoire était prérempli dès le début de l'intervention).

Les médicaments sont stockés dans des armoires spécifiques au sein des blocs opératoires.

La traçabilité des DMI et des actes est réalisée dans les deux secteurs sous forme manuscrite. La liaison avec la pharmacie est assurée. La recherche d'un patient et/ou d'un DMI en cas d'alerte ou d'incident est assurée. Les ouvertures des salles de bloc et des SSPI sont assurées et tracées sur un registre spécifique.

Les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés. Les procédures et supports de signalement des événements indésirables au bloc opératoire sont mis en œuvre et comporte un échelon interne au bloc et possibilité de renseigner le système de déclaration des événements indésirables institutionnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Afin d'assurer l'analyse des risques à postériori, l'établissement a mis en place deux outils qui permettent la remontée des événements indésirables liés au processus interventionnel :

- l'un permet aux professionnels IBODE et IADE de faire remonter les dysfonctionnements au niveau du pôle.
- l'autre est le logiciel institutionnel de déclaration des EI de l'établissement.

Des indicateurs quantitatifs sont recueillis et qualitatifs : Tenue du dossier d'anesthésie, Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s), Taux ISO global des interventions sentinelles (classe 1-2), Temps réel d'occupation des salles / temps de vacation offert ; Nombre d'EI déclarés sur le logiciel institutionnel de déclaration des EI concernant le bloc.

Les indicateurs du bloc opératoire sont régulièrement communiqués aux équipes du bloc, aux instances et aux directions. La réalisation d'EPP et de RMM est effectuée au niveau du pôle auquel l'activité est rattachée.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées dans le compte qualité, un échéancier a été proposé pour les 9 risques identifiés, un pilote désigné. Certaines de ces actions sont finalisées au moment de la visite : évaluation de l'observance du protocole par l'IDE d'accueil, amélioration du recueil de la check-list "code rouge", respect du processus réglementaire d'utilisation de la check-list, formalisation dans la charte de l'accord entre chirurgien et anesthésiste (conclu lors du REX de 2014), mise en place d'une évaluation des pratiques "éviter les complications liées aux installations chirurgicales", Fiabiliser la mise à disposition du dossier transfusionnel dès les urgences, Mettre en place une feuille de préparation de l'opéré type check-list, Maitriser les bonnes pratiques de préparation et de transport des pièces anatomiques, Amélioration du dispositif de gestion des événements indésirables (déclaration et REX inter-services).

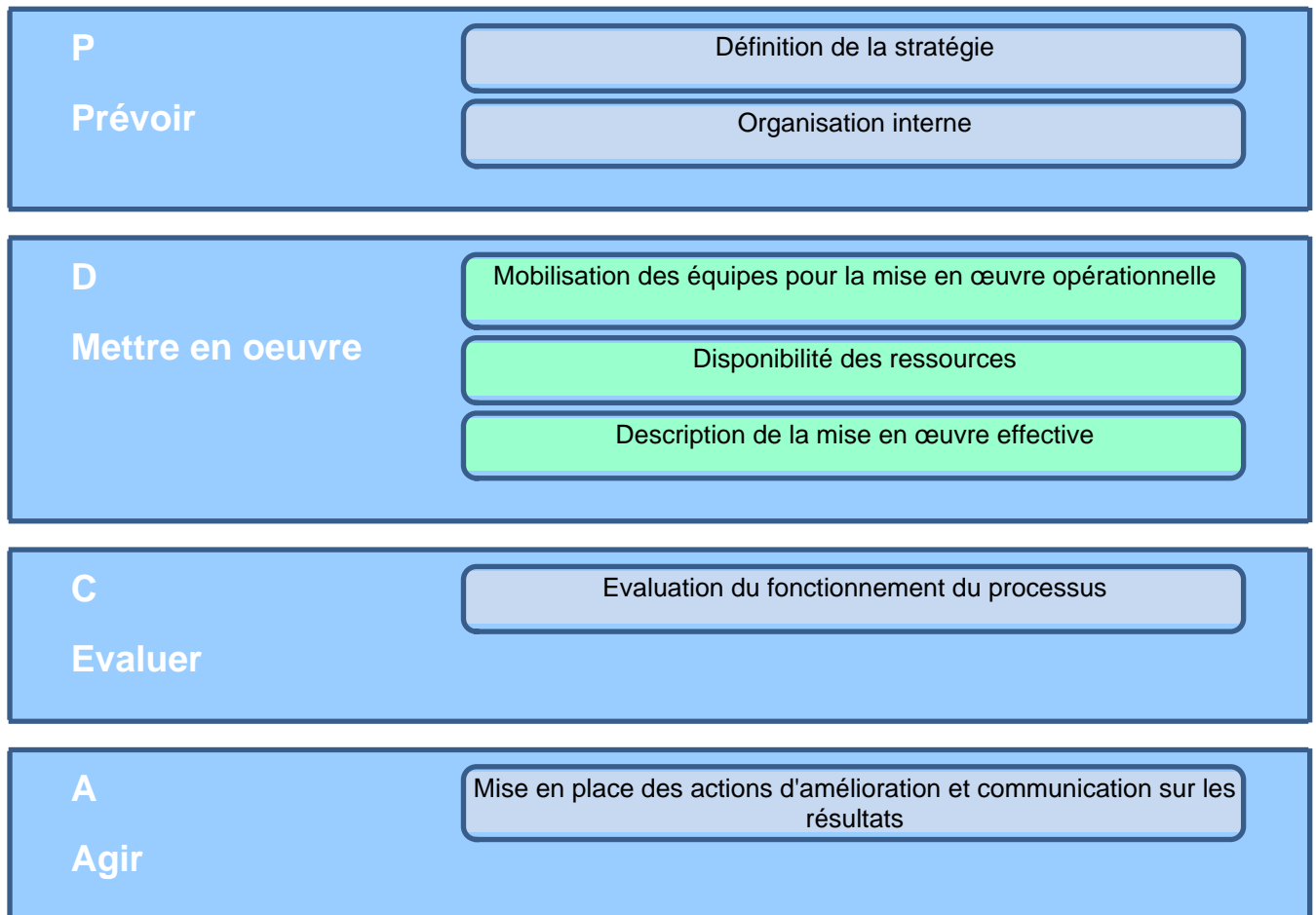
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Sur la base de documents de référence (rapports d'inspection ASN des 21/03/13, 25/06/14 et 27/03/15, rapport de certification HAS V2010, données des événements indésirables, données des CREX...), l'établissement a réalisé une identification, analyse et hiérarchisation des sous- processus à risques (validation du traitement, préparation des plans de traitement, contournage, réalisation du traitement et suivi post-traitement) intitulée "cartographie des risques : assurer la prise en charge du patient en radiothérapie" dernière mise à jour du 25/03/15. Les principaux risques identifiés et intégrés au Compte Qualité de l'établissement comprennent : erreur d'identité sur le parcours patient en radiothérapie, erreur de préparation de traitement de dosimétrie, erreur de positionnement lors du traitement ORL et sein en particulier, impossibilité d'effectuer le traitement et erreur de réglage de débits de référence des machines. Une politique d'amélioration de la qualité et de sécurisation des traitements avec des objectifs d'amélioration en lien avec les principaux risques cités ci dessus intitulée : "politique qualité de l'unité de radiothérapie " dernière mise à jour du 05/05/14" est en place avec un pilotage institutionnel. Un programme d'actions préventives et de surveillance découlant de cette politique est formalisé. Un "Plan d'Organisation de la Physique Médicale CHI de Poissy-Saint Germain en Laye" (POPM) dernière mise à jour du 21/08/15 dans sa version 18 est en place signé du radio-physicien et du directeur d'établissement. Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à la radiothérapie sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnements identifiés par signalement interne CREX, EPP ou indicateur chiffré.

ORGANISATION INTERNE

Une revue de direction annuelle associant le Directeur général, la Direction des Finances, les membres de la SIGRHYQ, les cadres de pôle, le PCR et l'ensemble du personnel de radiothérapie est organisée une fois par année afin de fixer les objectifs stratégiques, arbitrer certaines décisions et assurer un suivi régulier du Système Management Qualité en radiothérapie. Son fonctionnement est décrit dans la procédure "revue de direction en radiothérapie" dernière actualisation 15/07/14.

Un comité de pilotage radiothérapie (3 réunions par année) associant un membre de la Direction, la SIGRHYQ et l'ensemble des corps de métier de la radiothérapie est en place pour assurer le suivi de la démarche qualité gestion des risques et du programme d'actions préventives et de surveillance. Son fonctionnement est décrit dans la procédure "règlement intérieur du comité de pilotage de radiothérapie" dernière actualisation 20/05/15.

Une organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge), est définie à travers le "Manuel Qualité " dans sa version 4, dernière actualisation 01/07/15.

Les responsabilités et missions, notamment des radiothérapeutes et radio physiciens sont décrites dans la procédure "responsabilités, autorités, délégations et suppléants du processus clinique service de radiothérapie" dernière actualisation 22/10/14.

Ces deux documents décrivent la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.).

Les ressources humaines du service comprennent 1,5 ETP Radiothérapeute, 2,8 ETP Physicien, 1,4 ETP Dosimétriste, 1 ETP cadre, 10,4 ETP MER, 1 ETP ASH et 0,6 ETP Responsable Opérationnel Qualité (ROQ), ressource qualité interne à la radiothérapie et 0,2 ETP Cadre SIGRHYQ, ressource qualité externe à la radiothérapie permettant de faire le lien avec la SIGRHYQ. Le rôle et les responsabilités des différents acteurs œuvrant dans la Qualité gestion des risques interne et externe sont définis ROQ 0,4 ETP, ROQ adjointe 0,2 ETP travaillant avec le cadre SIGRHYQ 0,2 ETP. Le système d'information est intégré au SIH, opérationnel et permet la production de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre manipulateur en électroradiologie est responsable (en lien avec le ROQ et en étroite collaboration avec le chef de service de radiothérapie et le radio-physicien référent de la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.). Le cadre manipulateur en électroradiologie (en lien avec le ROQ), élabore le planning des patients compte tenu de critères précis (programmation des contrôles, maintenances des équipements, reprogrammations suite à l'annulation de séances) et organise les interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les secteurs et professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Le recueil et l'analyse des événements indésirables est en place avec implication des professionnels / retour d'expérience et mise en œuvre des actions d'amélioration. Tous les événements y compris les événements précurseurs / porteurs de risque y sont

traités, on recense entre 15 à 70 événements par mois.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'effectif minimum nécessaire pour le fonctionnement du service de radiothérapie est fixé à 1,5 ETP radiothérapeute (les radiothérapeutes en association libérale s'arrangent entre eux pour garantir cet effectif), 2 ETP radio - physicien, 0,8 ETP dosimétriste, 0,6 ETP cadre et 0,4 ETP ROQ. Le "Manuel Qualité", la procédure "responsabilités, autorités, délégations et suppléants du processus clinique service de radiothérapie", le POPM, les fiches de poste des différents professionnels etc... fournissent une documentation qualité actualisée et validée assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité sécurité en service de radiothérapie.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le secteur lors des signalements internes et CREX. Les professionnels appliquent les procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les règles d'identitovigilance sont en place à travers plusieurs procédures par corps de métiers. De nombreux outils de suivi sont disponibles.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures actualisées, validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues comme par exemple: «scanner dosimétrique encéphale v16/09/14», «réalisation des images de contrôle selon chaque localisation v14/10/14», «mise en place sein et paroi thoracique v09/06/14». A l'arrivée, les radiothérapeutes font l'objet d'un accueil et d'une évaluation conformément à la procédure « accueil et évaluation des pratiques d'un nouveau radiothérapeute 30/06/15 ». La formation des professionnels à l'identification des situations indésirables et dysfonctionnements a été réalisée le 03/06/12.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation décrite dans le "Manuel Qualité » et dans la procédure "responsabilités, autorités, délégations et suppléants du processus clinique service de radiothérapie" est mise en œuvre. Il existe une chaîne précise de préparation et mise en œuvre des traitements :

- création du dossier par dosimétriste / radiophysicien,
- contourage du volume cible et des organes à risques / contourage simple par radiothérapeute
- réalisation de la dosimétrie par radio-physicien
- validation médicale par radiothérapeute.

Le dossier médical et le dossier technique du patient comportent la traçabilité des points critiques de la prise en charge, des différentes validations et vérifications. La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (traitement, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc..)

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation est en place, il comprend :

- le recueil / analyse des événements indésirables au sein du dispositif événements indésirables du CHIPS avec implication des professionnels / retour d'expérience et mise en œuvre des actions d'amélioration est en place.

Tous les événements y compris les événements précurseurs / porteurs de risque y sont traités, on recense entre 15 à 70 événements par mois.

- des CREX régulièrement réalisés en application de la procédure "fonctionnement du CREX " dans sa version 4 dernière actualisation 08/07/15.

- des EPP sont en place : identitovigilance et tenue du dossier patient en radiothérapie

- un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place comme par exemple : le nombre des séances réalisées par semestre, le nombre de patients traités par année, le nombre de patients mal positionnés pour le scanner dosimétrique, le pourcentage de CR de fin de traitement présent dans les dossiers ou le pourcentage de procédures revues par trimestre.

Une première partie des Contrôles Qualité Externes sur les 2 appareils ont été réalisés en 2012 puis le 16 avril 2015 pour le 1er appareil, celui pour le 2ème appareil étant prévu le 03 décembre 2015. Les Contrôles Qualité Internes sont réalisés périodiquement : quotidiens, hebdomadaires, mensuels ou semestriels par l'équipe interne. L'audit des Contrôles Qualité Internes et Externes est prévu le 11 décembre 2015.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus avec identification du pilote, suivi régulier avec traçabilité totale et mise en œuvre des actions d'amélioration. Une réactualisation un programme d'amélioration est réalisé une fois par année en revue

de Direction. En vue de la future mise en place de la technique IMAT, l'établissement se prépare aux différentes phases : des MER référents ont été formés en août 2015 et sont prévus dans un futur proche : l'installation du logiciel PINACLE, un accompagnement constructeur et une réunion d'actualisation de la gestion documentaire de radiothérapie. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

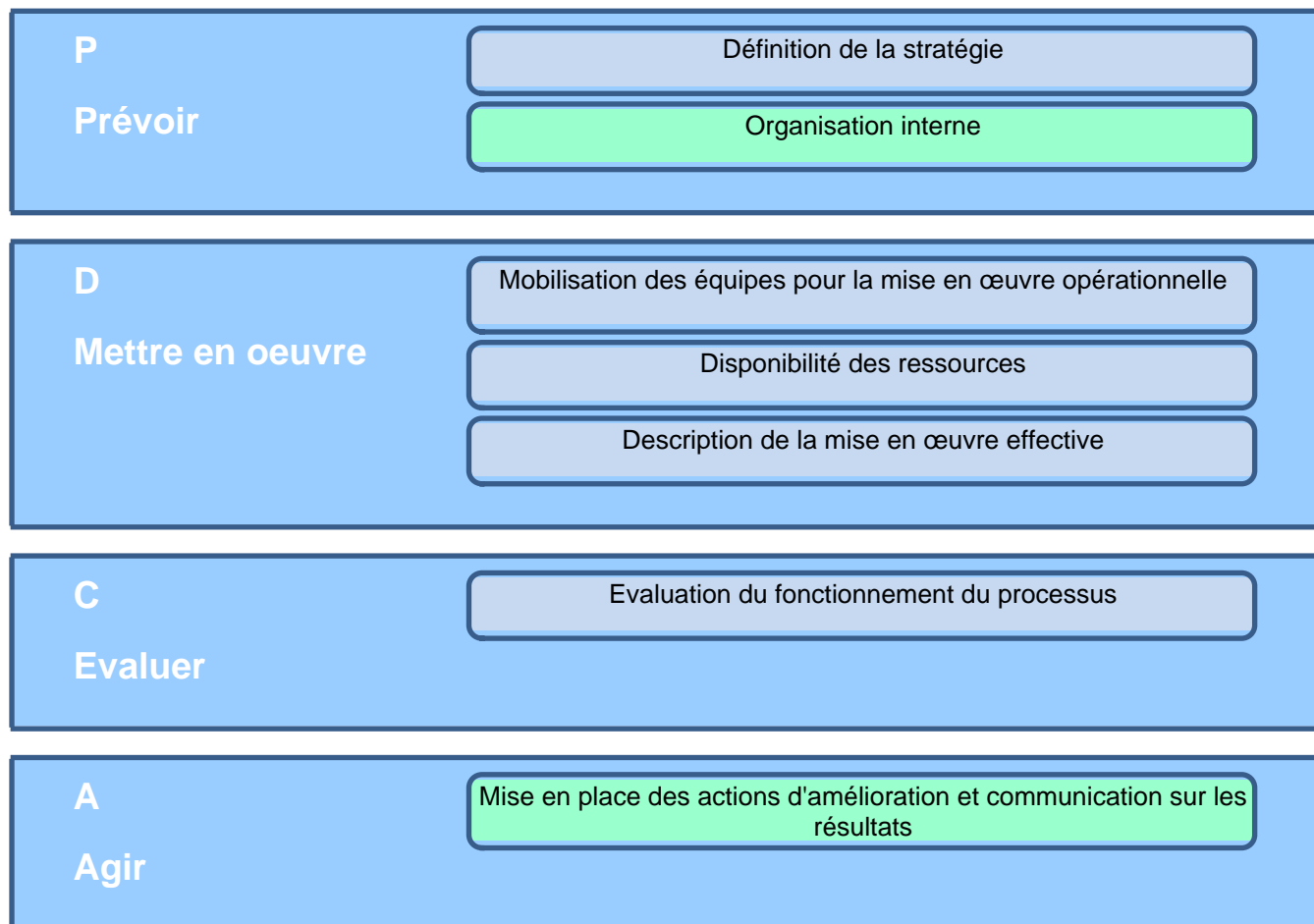
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un projet médical 2013-2017 formalise une stratégie de l'établissement quant à la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle. 2 secteurs sont identifiés : cardiologie interventionnelle (coronarographie, angioplastie, rythmologie interventionnelle, pose de défibrillateur implantable) pour l'un et pour l'autre imagerie vasculaire et non vasculaire (embolisation, picc Line, drainage, infiltration, ponction, biopsie). Concernant ce dernier secteur l'imagerie interventionnelle se situe sur les 2 sites Poissy et St germain lié à l'environnement technique (2 scanners et échographes). Le programme global est élaboré à partir de données issues de l'analyse de risques du compte qualité, de déclaration d'évènements indésirables, de travaux issues de RMM, EPP, audits, du contexte territoriale. Une cartographie des risques à priori sur les 2 secteurs est en voie d'aboutissement (échelle définie, liste des risques et un plan d'action en évolution). Le programme global formalise les actions d'amélioration, désigne les pilotes et un calendrier prévisionnel. Les actions sont priorisées selon une méthodologie retenue au sein de l'établissement. Il est validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation est formalisée pour les 2 secteurs à travers leur manuel qualité qui pour l'un sera validé en fin d'année 2015. Ces manuels concernent les services de cardiologie et d'imagerie dans leur globalité dans lesquels il est retrouvé les volets concernant l'imagerie interventionnelle. Ces manuels décrivent l'organigramme, le système documentaire, le périmètre des structures et leur implantation géographique, l'organisation du personnel (effectifs 6 DU en cardiologie interventionnelle et angioplastie, 2 manipulateurs dédiés à la coronarographie, planification des actes, continuité des soins), la structure de communication, la gestion des équipements (notamment les DMI) et leur maintenance, le bio-nettoyage, le circuit du patient concernant les actes invasifs (pertinence, programmation ou urgence, l'information du patient, la préparation...), l'organisation de la radioprotection, la surveillance post interventionnelle, les cas particuliers (détenus), les indicateurs, l'organisation de la gestion des risques (cartographie des risques, RMM, REX, EPR, EPP, risques professionnels). Elle prévoit une revue de direction annuelle. En imagerie les circuits sont bien distincts et protocolisés : AVC, enfants, détenus, femmes enceintes, personnes handicapées. 80% des fiches de poste sont formalisées. Un plan de formation est tenue à l'échelle des 2 service et en phase avec le plan global. Le partenariat en cardiologie (avec 2 hôpitaux parisiens pour un travail de recherche A.Paré et P.Salpêtrière et avec 2 autres pour la continuité des soins Meulan et Mantes) est conventionné ainsi que l'agrément de lieu de stage médical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et actions retenues dans le cadre du plan global de l'établissement sont connus des professionnels. Un plan d'action propre au secteur d'imagerie interventionnelle est en cours de structuration en lien avec la mise en œuvre de la cartographie des risques. Celui de cardiologie est effectif. Lors de réunions de service les dysfonctionnements sont identifiés. La tenue des registres de traçabilité des actes, des maintenances, du bio nettoyage des différentes salles est contrôlée par le cadre. Une cellule de radioprotection avec son ingénieur spécialisé à plein temps sur l'établissement tient une réunion régulièrement. Le circuit de déclaration des évènements indésirables est connue des professionnels (38 EI déclarés en 2014 et autant en 2015). 5 Réclamations en 2015 ont concerné ce secteur. Des campagnes de sensibilisation à la déclaration sont assurées par la structure institutionnelle (SIGRHYG) dans le service et diffusion d'une charte (formalisée). Les réunions RMM-REX, EPR sont effectives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'imagerie réserve dans son planning 2 manipulateurs radio pour le programme de la cardiologie interventionnelle. Lors des interventions un binôme IDE/manipulateur assiste le praticien. L'activité de rythmologie se réalise avec le personnel uniquement de cardiologie. En imagerie interventionnelle vasculaire ou non vasculaire l'intervenant médical est présent selon le planning déterminé à l'avance. La formation continue est effective. L'évaluation des agents recueille leurs souhaits. La formation des nouveaux arrivants se réalise sur 1,5 mois dont 2 semaines dédiées à la coronarographie et au vasculaire: période de formation théorique puis tutorat, formation aux gestes d'urgence. Des ajustements de formation sont réalisés du fait de l'augmentation de l'activité pour une planification des personnels répondant à l'activité. La cardiologie possède l'agrément pour recevoir les étudiants DES en cardiologie interventionnelle, rythmologie et stimulation cardiaque notamment.

Le dossier du patient n'est pas informatisé sauf sur la partie technique des actes invasifs. En cardiologie le calendrier prévoit son installation au 1er décembre 2015. Le personnel a été formé en amont de l'installation du nouvel outil. Le classeur des protocoles est accessible formule papier et informatique. Le matériel informatique est en place pour l'acte technique en salle et en en doublon dans le sas, de même pour la saisie des données de suivi avec l'ARS. Le PACS permet de lire à distance les images. Les dosimètres sont en nombre pour chaque professionnel et patient. Une salle de SSPI est attenante à la salle de coronarographie ou de rythmologie avec 3 places.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation des 2 secteurs d'imagerie interventionnelle est effective: pour l'activité de cardiologie sur le secteur de Poissy et les actes sur St Germain. Le fonctionnement des processus de prise en charge est opérationnel, connu des professionnels dédiés : lors d'un acte de coronarographie, 2 médecins spécialisés l'un pratiquant l'autre de secours si nécessaire, 1 manipulateur radiologiste, 1 infirmier par salle de coronarographie. Pour les autres spécialités : 1 manipulateur et le médecin pratiquant l'acte invasif sous imagerie.

La formation des nouveaux arrivants a été constatée : tutorat pendant 1 mois et planning en charge progressive.

Le relais entre SAMU, service des urgences, est opérationnel (feuillet du SAMU, des urgences, retrouvés dans les dossier). La permanence des soins est en place quant aux prises en charge en urgence. le planning des gardes médicales, celui des manipulateurs prévoit une disponibilité H24. Une check-list de préparation cutanée de l'opérée est mise en œuvre depuis juillet 2015 dans les 2 secteurs.

La salle de SSPI est contiguë en coronarographie. Pour le transport des patients de coronarographie (rez de chaussée) à USIC (4ème étage) Un ascenseur dédié au bloc est aussi accessible. Le patient est scopé et accompagné du médecin.

Les classeurs de protocoles sont accessibles dans les locaux et mis à jour annuellement en cardiologie

La programmation est effective. En cardiologie un registre est en place pour la coronarographie et un second pour la rythmologie. En imagerie un dossier informatique partagé tenu par une secrétaire permet l'inscription selon les plages réservées des spécialités.

La traçabilité des actes (horaire, DMI, injection, irradiation du patient) est effective dans le dossier du patient. En cardiologie les différentes phases de la réalisation des actes font l'objet d'un suivi semestriel au niveau de l'ARS. La protection et le contrôle de la radioprotection sont mis en place (tablier de plomb, dosimètre patient et professionnel, planchette de protection des mains, suivi particulier depuis l'utilisation de la voie humérale en cardiologie).

Le risque infectieux est maîtrisé. Le contrôle du flux de l'air est effectif.

Le bionettoyage est tracé. En salle de rythmologie des ajustements ont été effectués après un contrôle (juillet 2015).

A fait suite une formation des ASH au bionettoyage comme pour une de salle de bloc et à une procédure version 3. La préparation cutanée du patient a été ajustée et pris modèle sur celle du bloc.

La douleur du patient est tracée en post opératoire.

Le consentement du patient est recueilli lorsqu'il s'agit de soins programmés.

La sortie est prescrite dans le dossier de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La revue de direction annuelle examine les formations médicale et para médicales, les RMM (1 fois tous les 2 mois), les EPR et REX (3 fois par an), les dysfonctionnements organisationnelles, les enquêtes de satisfaction. Le service cardiologie a structuré son plan d'actions. Il utilise une liste d'indicateurs (IPAQSS, du compte qualité, indicateurs transversaux en hygiène, de la radioprotection, ASN, traçabilité des DMI : audit en 2014 = 100%, questionnaire de sortie). La certification HAS des 6 médecins cardiologues interventionnistes est en cours (évaluation le 23 novembre 2015 pour l'un d'entre eux). Le service de cardiologie interventionnelle travaille avec l'ARSIF (transmissions tous les 6 mois d'une liste d'indicateurs via un outil informatique cardio ARSIF). Une EPP depuis 2009 concerne le suivi des irradiations et compare les doses en fonction des voies d'accès fémorale ou humérale. Une EPP est reconduite annuellement sur suivi des cicatrices causées par la pose de défibrillateur implantable. Un interne participe à la surveillance des irradiations des professionnels. Un audit sur l'information du patient ayant besoin de stent depuis 2014. Une EPP sur la prévention de l'irradiation des femmes en âge de procréer est conduite depuis juin 2014. Le service d'imagerie est en cours d'organisation de son plan d'actions: cartographie des risques, formalisation d'indicateurs par action. Les cadres du service appréhendent progressivement une méthode de mise en forme de tableau de bord (le GANT) pour suivre ses actions d'amélioration.

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

Le travail sur les risques prioritaires du Compte Qualité ont abouti à mettre en place un protocole et à la mise en place d'un feuillet de préparation de l'opéré depuis juillet 2015. Des actions de gestion du risques infectieux sont conduites régulièrement en transversal mais aussi plus spécifiquement : exemple en salle de rythmologie des ajustements ont été effectués suite à un contrôle (juillet 2015). A fait suite une formation des ASH au bio nettoyage de salle de bloc et à une procédure version 3. La communication de la cardiologie est structurée en direction des professionnels, des usagers, des tutelles : réunion quotidienne clinique, une réunion de service organisationnelle tous les 6 mois, une réunion annuelle sur la radio protection, notes de service, réunions d'équipe par quadrimestre, un staff clinique médico-chirurgical tous les 15 jours avec 2 hôpitaux parisiens, transmission quotidienne, communication en direction des usagers (internet), tous les 6 mois envoie de données de l'imagerie interventionnelle de coronarographie à l'ARS. La revue de direction s'est tenue une première fois en fin d'année 2015. En imagerie, la communication est effective : affichage des résultats IPAQSS, informations pour le patient, compte rendu de réunions d'équipe (toutes les 3 semaines), un dossier partagé informatique, des réunions au niveau du pôle, intranet, internet, newsletter du CHIPS, article dans revue spécialisées.

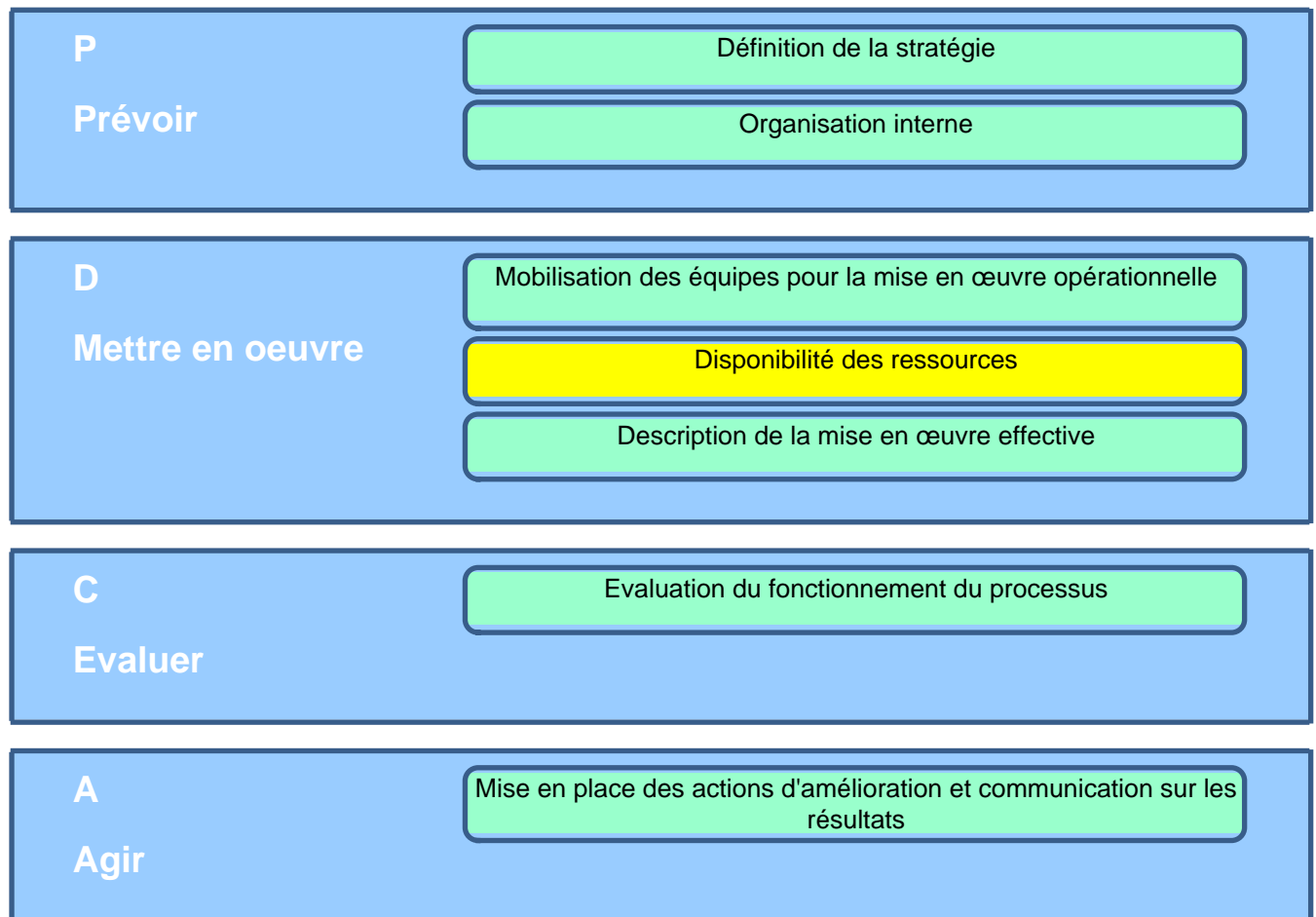
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose de 9 disciplines utilisant des techniques endoscopiques réparties sur deux sites : le site de Saint Germain et le site de Poissy.

Les spécialités concernées sont :

- La Gastro-entérologie qui réalise des endoscopies, oeso-gastro-duodénale coloscopies, echo-endoscopies, Cholangio-pancréatographies rétrogrades endoscopiques, des entérosopies par vidéo-capsule.
- La Pneumologie qui réalise des Fibroscopies broncho-pulmonaires,
- L'urologie qui réalise des cystoscopies, des urétéroscopies, des Néphroscopies.
- L'ORL réalise des rhinofibroscopies, des sinuscopies et des Laryngoscopies
- La réanimation réalise des Bronchoscopies et des Laryngoscopies
- L'anesthésie Bloc réalise des Laryngoscopies / fibroscopies bronchiques.
- Les blocs opératoires effectuent des cholédoscopies Echo per op
- La cardiologie réalise des echo-endoscopies transoesophagiennes
- La gynécologie réalise des Hystéroscopies endo-vaginales.

Des objectifs spécifiques en termes de qualité et de sécurité sont fixés et suivis par chacun des pôles de rattachement.

L'ensemble des secteurs d'endoscopie digestive et d'endoscopie bronchique ont identifié des risques et élaboré des plans d'actions figurant dans le compte qualité. En ce sens, le processus a été identifié de façon méthodologique et une analyse des risques a été élaborée et intégrée à la cartographie générale du CHIPS. Les actions d'amélioration communes et spécifiques à chaque secteur sont définies et sont intégrées au PAQSS de l'établissement. Les principaux risques et plans d'actions sont intégrés dans le compte qualité de l'établissement. Cependant, il n'existe pas de stratégie formalisée commune au CHIPS sur les deux sites et décrivant des objectifs et orientations précises et mesurables en endoscopie. Le secteur d'endoscopie digestive et l'endoscopie bronchique fixent des objectifs spécifiques chacun dans leurs pôles de rattachement.

ORGANISATION INTERNE

L'activité est pilotée sur chaque secteur d'endoscopie par les responsables de services : cadre soignant et responsable médical. Les rôles et les missions de chacun sont formalisés dans des fiches de mission. Il est ainsi décrit pour les activités d'endoscopie digestive et l'endoscopie bronchique : le cadre de l'activité réalisée, les ressources humaines en place, les locaux et matériels prévus. L'organisation interne de ces 2 secteurs d'endoscopie est formalisé. Ce document n'intègre pas les actes d'endoscopie réalisés dans les autres services de l'établissement (urologie, réanimation, cardiologie). Les interfaces sont définies entre les secteurs d'endoscopie et les secteurs de soins d'amont et d'aval. La programmation des activités est réalisée de manière différente pour les services d'endoscopie digestive ou d'endoscopie bronchique. Sur le site de Saint Germain où sont réalisées les endoscopies digestives, la planification des rendez-vous se fait au niveau d'un secrétariat spécifique. Les endoscopies réalisées au bloc opératoire sont planifiées par la programmation du bloc. Les endoscopies bronchiques sont organisées par les pneumologues. La programmation des interventions est manuelle et les demandes sont colligées dans un cahier de suivi par secteur d'endoscopie dans lequel la traçabilité est manuscrite. Un système d'astreinte est en place pour le secteur d'endoscopie digestive (médicale et paramédicale). En cas d'urgence, les endoscopies sont réalisées sur le site de Poissy.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés dans le compte qualité et dans la cartographie des risques et des besoins de chaque secteur, les responsables d'endoscopie organisent la déclinaison de la démarche qualité et de l'activité du pôle en objectifs et plan d'actions. Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques, les événements indésirables et sur le processus (actions de communication, information régulière). Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans les secteurs d'endoscopie, les professionnels sont formés à travers des formations institutionnelles et des formations propres aux secteurs. Il est ainsi dispensé des formations aux signalements des événements indésirables, à l'hygiène aux IDE et AS qui participent à l'activité d'endoscopie. La formation

des nouveaux agents est réalisée sur la base d'un accompagnement de 3 à 6 mois par un senior. Les ressources en professionnels et en compétences sont adaptées dans les secteurs d'endoscopie. Dans le secteur d'endoscopie digestive, en l'absence de professionnels anesthésistes ou d'IADE dédiés à l'activité, l'antalgie est pratiquée sous MEOPA par l'IDE du secteur. Toutefois, l'utilisation de cette technique nécessite une formation préalable du personnel ; celle-ci n'est pas en place.

Les ressources documentaires en place sont disponibles aux professionnels de chaque secteur par le biais de classeurs internes et pour certains documents via une gestion documentaire informatisée interne au secteur. Les procédures de désinfection sont affichées ou disponibles dans des classeurs. Des documents « cadre » sont formalisés (Procédure de désinfection des endoscopes, check-list interventionnelle, procédure de prélèvement, procédure d'hygiène, documents de traçabilité, modes opératoires, information du patient). Cependant, chaque secteur d'endoscopie dispose au moment de la visite de ses propres modalités de gestion documentaire (classeurs, logiciel interne...) dans lesquels les procédures sont décrites. Il existe un projet, non abouti, d'intégrer celles-ci dans le logiciel de gestion documentaire institutionnel.

Les matériels et locaux utilisés pour l'endoscopie sont adaptés aux besoins de l'activité dans la majorité des secteurs mais la marche en avant ne peut être respectée partout en raison des contraintes architecturales. Le stockage des endoscopes est organisé dans des tiroirs. Les endoscopes sont en nombre suffisant par rapport à l'activité. Leur maintenance est en place et le renouvellement du matériel est effectuée sur demande des professionnels. Le parc d'endoscope est en place avec une politique de renouvellement à 3-5 ans.

Cependant, les locaux de stockage des endoscopes de gastroentérologie du site de Poissy ainsi que les locaux de désinfection des endoscopes ne sont pas conformes. Le local de stockage des endoscopes propres sur le site de Poissy est une salle d'examen où se pratique une activité de proctologie. Le local de désinfection des endoscopes du bloc central de Poissy est situé dans le couloir de circulation des DASRI dans un secteur non cloisonné quoique bien ventilé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie pour leur secteur et réalisent l'activité dans le respect des procédures et protocoles en place. Les circuits identifiés sont respectés et les interfaces entre l'endoscopie et les services de soins sont effectives. Dans les secteurs réalisant de l'endoscopie au bloc opératoire, un registre d'ouverture de bloc est renseigné. Une check-list endoscopie au bloc où l'on retrouve la traçabilité du traitement anticoagulant papier est en place et mise en œuvre. Toutefois, la déclaration des EI en endoscopie n'est pas exhaustive. Les personnels rencontrés reconnaissent ne pas déclarer systématiquement les EI. Son informatisation est prévue. Pour les endoscopies réalisées en dehors du bloc opératoire, la check-list est en projet. Le risque infectieux est pris en compte pour la désinfection des endoscopes. Les bonnes pratiques de désinfection sont respectées par les AS formés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation sont réalisés dans les deux secteurs d'endoscopie: endoscopie digestive et en pneumologie. Le secteur d'endoscopie digestive est engagé dans un dispositif d'accréditation en équipe (Gastro Medical Team) depuis le 12/12/14. Les événements indésirables déclarés conduisent à une analyse et à la mise en œuvre d'actions correctives. Le recueil d'indicateurs quantitatifs sont en place dans les secteurs (nombre d'actes réalisés...). La qualité de la prise en charge est évaluée dans le secteur d'endoscopie digestive. Une EPP a été mise en place en 2008 : Evaluation du risque infectieux en endoscopie lié à l'utilisation du matériel thermosensible. La check-list en endoscopie au bloc est en place au bloc opératoire, on y retrouve la traçabilité du traitement anticoagulant. Les praticiens de gastroentérologie sont engagés dans un dispositif d'accréditation en équipe (Gastro Medical Team) depuis le 12/12/14. Des prélèvements bactériologiques sont réalisés par l'EOH qui assure le suivi des endoscopes afin de garantir la conformité bactériologique du parc d'endoscopes de l'établissement. Des actions d'évaluation des pratiques sont réalisés dans chaque secteur par l'EOH. Les audits ont réalisés sur le respect des procédures de désinfection des nasofibrosopes en 2013, sur les cystoscopes en 2013, en endoscopie digestive en 2013 (derniers résultats présentés). L'évaluation de la conformité des pratiques de traitement des endoscopes (digestif, bronchique, cystoscope) repose sur ces d'audits.

Cependant, il n'existe pas de dispositif d'évaluation commun à tous les secteurs d'endoscopie de l'établissement. Il n'a pas été réalisé de tableau de bord commun permettant de mutualiser les retours expériences et les actions d'évaluation. La réponse à l'audit national 2015, non réalisé au moment de la visite mais en projet, sera un élément contributif.

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

Les actions d'améliorations sont mises en œuvre au regard des risques identifiés dans le compte qualité. Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement et dans les plans d'action des pôles des différents secteurs d'endoscopie. Ces actions d'amélioration concerne notamment la formalisation et la révision des protocoles, nécessaire préalable à leur intégration au logiciel de gestion documentaire institutionnel, après validation de ceux-ci. Des actions de formations en endoscopie et en hygiène sont réalisées, ainsi qu'en matière de déclaration des événements indésirables. La communication de ses actions est réalisée aux professionnels des services.

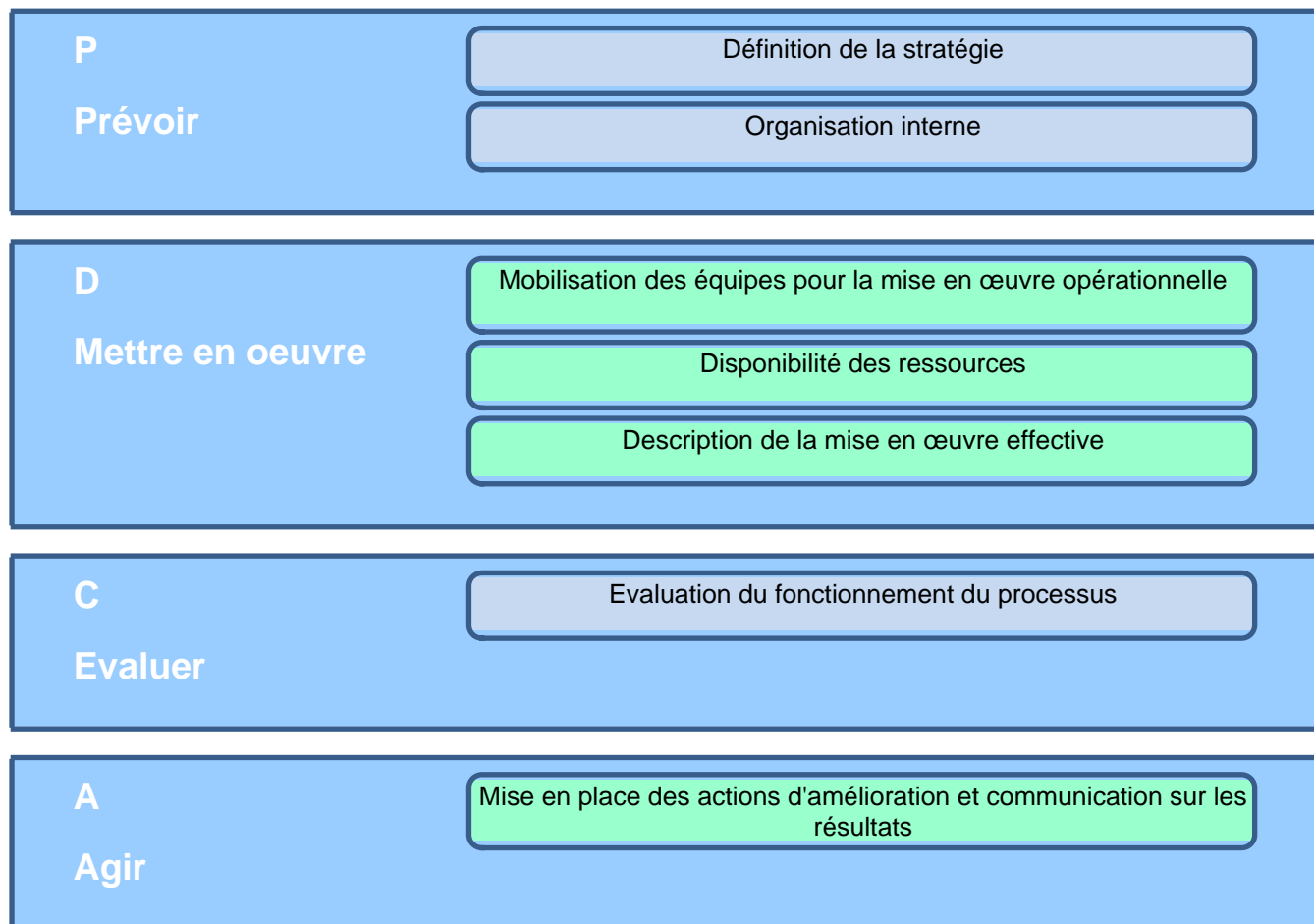
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Pour le management des salles de naissances de l'hôpital de Poissy. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres aux spécificités de ce service (maternité de niveau 3A). La cartographie des risques est élaborée et des recherches sur les risques propres aux salles de naissances, à la gynécologie et aux hémorragies du postpartum sont mises en œuvre. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le service se compose d'une seule salle de pré-travail de huit salles d'accouchement et dans la continuité géographique du service de deux salles pour les césariennes. Une salle est prévue pour la réanimation du nouveau-né et doit permettre de prendre en charge trois enfants de façon simultanée.

ORGANISATION INTERNE

Le service de la maternité a formalisé son organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'organisation du service est décrite dans un « règlement intérieur qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance » qui précise la qualité et le nombre de professionnels nécessaires, le fonctionnement du service, la gestion des ressources matérielles techniques et logistiques, la prise en charge des patientes et des nouveaux nés ainsi que l'organisation de l'activité programmée (décision de césarienne actée en staff, programmé sur un logiciel). L'organisation de la prise en charge des urgences (HPP par exemple avec le protocole rose) est décrite dans des procédures. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires (dont document pour les nouveaux professionnels médecins et sages-femmes) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. L'organisation de la formation est effective y compris pour les nouveaux arrivants. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement dans le « règlement intérieur ». Pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : il y a des staffs quotidiens des staffs médico-sociaux, des staffs hémostase,...

Le dossier patient est remis à la parturiente dès les premières consultations et permet ainsi à tous les acteurs de prendre connaissance de son contenu et de tracer ses interventions. Le service travaille activement avec des réseaux dont le réseau maternité Yvelines péri natalité active. Cette organisation et ces interfaces permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres à la salle de naissance sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les staffs réguliers permettent de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés, les bonnes pratiques, les actions ou objectifs d'amélioration. L'encadrement sages-femmes et/ou les médecins seniors s'assurent de la conformité des pratiques (respect des procédures) par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Un point est effectué tous les matins lors du staff journalier avec discussion sur des dossiers ciblés (ayant posé un problème), discussion des événements indésirables avec éventuellement déclenchement d'une RMM. Des professionnels du service participent également à des RMM du réseau. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur de la salle de naissance. Les effectifs respectent les recommandations du décret de périnatalité (nombre de sages-femmes, gynécologue, pédiatres). Il y a la possibilité de renforts. Les professionnels bénéficient des formations nécessaires pour parfaire leur compétence. Le matériel nécessaire est présent : monitoring, échographes, mallette pour hémorragie du postpartum (HPP) avec sonde de Bakri, trousse d'accouchement... Trois tables de réanimation pédiatrique sont opérationnelles avec possibilité d'en monter une quatrième en cas de nécessité. La gestion documentaire est accessible aux professionnels. De nombreuses procédures sont présentes : Pour la prise en charge de la mère et de l'enfant, pour les prises en charge courante ou en urgence,... Cependant, il n'y a qu'une salle de pré-travail. Les locaux ne permettent pas d'en créer d'autres.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la salle de naissance connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge de la parturiente. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier patient dont le partogramme. Le management suit les activités et le traitement des dysfonctionnements. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclut les vérifications effectuées (check-list d'ouverture, check-list au bloc opératoire pour les césariennes, actes, matériel, ...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de naissance assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils : Analyse rétrospective et systématique de l'application du protocole rose, audits IQSS, indicateurs de bonnes pratiques dans l'HPP, enquête INCISO après césarienne, évaluation du partogramme, suivi du taux de péridurales de césariennes programmées et non programmées, RMM. L'ensemble des indicateurs et des processus d'évaluation est décrit dans le "règlement intérieur" qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance et dans la procédure programme gestion du risque clinique et EPP.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre. Elles sont suivies au sein du service de naissance et sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des sages-femmes.