



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ASSISTANCE PUBLIQUE -
HOPITAUX DE PARIS
HOPITAUX UNIVERSITAIRE
EST PARISIEN**

184 rue du faubourg saint-antoine
75571 Paris
DÉCEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	3
2. LA CERTIFICATION V2014	3
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	4
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	5
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	5
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	6
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
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	11
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	11
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	11
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	13
QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL	14
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	20
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	26
DROITS DES PATIENTS	30
PARCOURS DU PATIENT	36
DOSSIER PATIENT	43
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	53
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	63
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	69
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	74
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	81
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	87

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

HOPITAUX UNIVERSITAIRE EST PARISIEN-SITE SAINT-ANTOINE (AP-HP)	
Adresse	184 rue du faubourg saint-antoine 75571 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750712184	ASSISTANCE PUBLIQUE- HOPITAUX DE PARIS	3 avenue victoria 75004 Paris
Etablissement de santé	950100024	HOPITAL DE LA ROCHE GUYON (ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS)	1 r de l'hospice 95780 La Roche-Guyon
Etablissement de santé	750100109	GRUPE HOSPITALIER ARMAND TROUSSEAU - LA ROCHE GUYON (AP-HP)	26 avenue docteur a. netter 75571 Paris
Etablissement de santé	750100083	HOPITAL ROTHSCHILD	5 rue santerre 75571 Paris
Etablissement de santé	750100273	HOPITAL TENON (AP-HP)	4 rue de la chine 75970 Paris
Etablissement de santé	750100091	HOPITAUX UNIVERSITAIRE EST PARISIEN-SITE SAINT- ANTOINE (AP-HP)	184 rue du faubourg saint-antoine 75571 Paris

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	339	/	19	/

MCO	Gyneco-Obstétrique	155	7	/	/
MCO	Médecine	1051	164	/	10722
Santé mentale	Psychiatrie générale	57	5	/	/
SLD	SLD	32	/	/	/
SSR	SSR	314	7	/	/

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

- Accréditation laboratoire (COFRAC) - Pôle de biologie médicale et pathologie satisfait aux exigences de la norme NF EN ISO 15189 : 2012 et NF EN ISO 22870 : 2006 pour les activités d'examen /d'analyse en :

- * Biologie médicale
- * Biochimie
- * Hématologie
- * Immunologie
- * Microbiologie
- * Génétique

- Laboratoire d'Hygiène du Service de Bactériologie-Virologie du pôle Biologie Médicale et Pathologie (accrédité NF EN ISO/CEI 17025 : 2005 ; 2015 (COFRAC) 16/02/2016

- Certification ISO - Centre des ressources biologiques HUEP certifié NFS96900 et ISO9001

- Centre d'assistance médicalisée à la procréation Tenon (certifié ISO 9001)

- Centre de physiologie et d'explorations fonctionnelles (Saint-Antoine, certifié AFNOR 3110 et ISO 9001) AFNOR Euro Quality System AFNOR Novembre 2014

- Accréditation JACIE Service d'onco-hématologie pédiatrique (Trousseau – Pr J. Landman–Parker) pour l'activité de greffe de moëlle autologue

- * Service d'hématologie et de thérapie cellulaire (Saint-Antoine – Pr M. Mothy pour l'activité de moëlle autologue et d'allogreffe
- * Service d'oncologie médicale (Tenon – Pr JP Lotz) pour l'activité de moëlle autologue (en cours)

- Labellisation Centre de Maladies Rares Histiocytose langerhansienne (TRS)

Maladie d'Huntington (TRS)

Maladie de Rendu Osler (TNN)

Amyloses d'origine inflammatoire et de la fièvre méditerranéenne familiale (TNN) (TRS)

Angioedèmes non histaminiques (SAT)

Anomalies du développement et syndromes malformatifs - IDF (TRS)

Cytopénies auto-immunes de l'adulte (SAT)

Déficiences intellectuelles de causes rares (TRS)

Dermatoses bulleuses acquises toxiques et auto-immunes (TNN)

Maladies endocriniennes rares de la croissance (TRS) (SAT)

Maladies inflammatoires des voies biliaires (SAT)

Maladies lysosomales (TRS)

Maladies neurogénétiques (TRS)

Maladies neuromusculaires - IDF / AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière (TRS) (RTH) (TNN)

Maladies ophtalmologiques rares (TRS)

Maladies osseuses constitutionnelles (TRS)

Maladies rares d'origine hypophysaire (TRS)

Maladies rénales rares d'origine génétique (TRS) (TNN)

Maladies respiratoires rares (TRS)

Malformations et maladies congénitales du cervelet (TRS)

Malformations rares de la face et de la cavité buccale (RTH)

Mastocytoses (TNN)

Microangiopathies thrombotiques (SAT) (TNN)
 Neurofibromatoses (TRS)
 Neuropathies amyloïdes familiales et autres neuropathies périphériques rares (RTH)
 Syndromes d'EVANS, des anémies hémolytiques et des cytopénies auto-immunes sèvres (TRS)
 Syndromes drépanocytaires majeurs (TRS) (TNN)
 Syringomyélie (TNN)
 Thrombopathies constitutionnelles (TRS)
 Syndrome néphrotique idiopathique (TNN) DGOS

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Conventions de partenariat entre le Service d'oncologie et l'hôpital Tenon avec le le Centre de Bligny, le CH Argenteuil, le GHI Le Raincy-Montfermeil, le CH Saint-Quentin - Conventions de partenariat entre le Service de neurologie de l'hôpital Saint-Antoine et le CMPR de Bobigny, les hôpitaux de Saint-Maurice, la clinique du Parc de Belleville - Convention de partenariat entre les Services d'accueil des urgences des hôpitaux Tenon et Saint-Antoine et le HIA BEGIN (SSA) - Convention sur la filière AVC et orthopédie - Convention de partenariat entre la cellule de coordination des prélèvements sur le GH HUEP et le GHI Le Raincy-Montfermeil - Convention de partenariat entre le l'Hôpital Trousseau (HUEP - AP-HP), l'AFM-Téléthon, Association Institut de Myologie et l'UPMC - Conventions de partenariat entre la société SAS Eurodialyse en formation avec : <ul style="list-style-type: none"> * Service de réanimation de l'hôpital Saint-Antoine, s * Service de néphrologie et Dialyses de l'hôpital Tenon * Service d'urgences néphrologiques et transplantation rénale de l'hôpital Tenon
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	- Transfert de l'activité de transplantation hépatique de Saint-Antoine vers la Pitié-Salpêtrière depuis novembre 2014
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une activité de chirurgie reconstructrice, plastique et esthétique depuis le 29 juillet 2015 - Transfert de la grande garde d'endoscopie de Lariboisière vers Saint-Antoine depuis le 1er novembre 2015

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques

Dossier patient

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

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 GH HUEP fait l'objet d'avis défavorables relatifs à la sécurité incendie sur le site de St Antoine (Jacques Caroli, Moiana, Lemierre, Horloge) Un Schéma Directeur Incendie est en place sur le site de Saint Antoine validé par la préfecture notifié le 3 mars 2015. - Étude 2016 et travaux de 2017 à 2023 Le GH HUEP fait l'objet d'un avis défavorable relatif à la sécurité incendie sur le site de TROUSSEAU (Labrouste Lesné, Lacaze) Un Schéma Directeur Incendie est en place sur le site de Trousseau validé par la préfecture notifié le 25 mars 2015. - Étude 2016 et travaux 2017 à 2018

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
Qualité de vie au travail
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
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 médecine nucléaire
Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion du système d'information

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	Enfant/Adolescent	urgence pédiatrique Site	Pathologies Pédiatriques	Urgences	1 patient(e) pour urgence pédiatrique	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
2	H ou F	Pneumologie Site TENON	Affections respiratoires	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en pneumologie avec endoscopie	MCO
3	H ou F	unité d'hémodialyse Site TENON	Insuffisance rénale	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en dialyse	MCO
4	H ou F	Cardiologie USIC Site Saint Antoine	Troubles du rythme cardiaque	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en ambulatoire en cardiologie	MCO
5	H ou F	Oncologie médicale Site TENON	Cancer	Hospitalisation programmée	1 patient(e) en ambulatoire pec pour une chimiothé	MCO
6	Enfant/Adolescent	Chirurgie thoracique Site TENON	Pathologie thoracique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chirurgie thoracique	MCO
7	Femme	Chirurgie orthopédique Site Saint antoine	Pathologie orthopédique	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour une chirurgie ambulatoire	MCO
8	Prématuré	Chirurgie orthopédique Site Trousseau	Pathologie orthopédique	Urgences	1 patient(e) pec pour une chirurgie orthopédique	MCO
9	H ou F	Maternité Site TENON	Accouchement	Hospitalisation programmée	1 patiente en obstétrique pour un accouch progr	MCO
10	H ou F	Néonatalogie Site	Pathologies néonatales	Urgences	1 prématuré hospitalisé en néonatalogie	MCO
11	H ou F	Service de Psychiatrie Adulte Site St Antoine	Troubles psychopathologiques	Hospitalisation programmée	1 patient(e) hospitalisé(e) pour trouble psychopat	Santé mentale
12	Enfant/Adolescent	Service de Psychiatrie Adulte Site Tenon	Troubles anxio-dépressifs	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pr des troubles anxio-dépressifs	Santé mentale
13	H ou F	Soins de suite ortho Site Hôpital Rotschild	Affections de l'appareil locomoteur	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en SSR orthopédique	SSR
14	H ou F	Neuro-orthopédie Rééducation Site Laroche Guyon	Affections du système nerveux	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en HC Rééducation Neuro	SSR
15	H ou F personne âgée	SLD Site Hôpital Rotschild	Polypathologies et /ou de troubles cognitifs	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec pour polypathologie	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

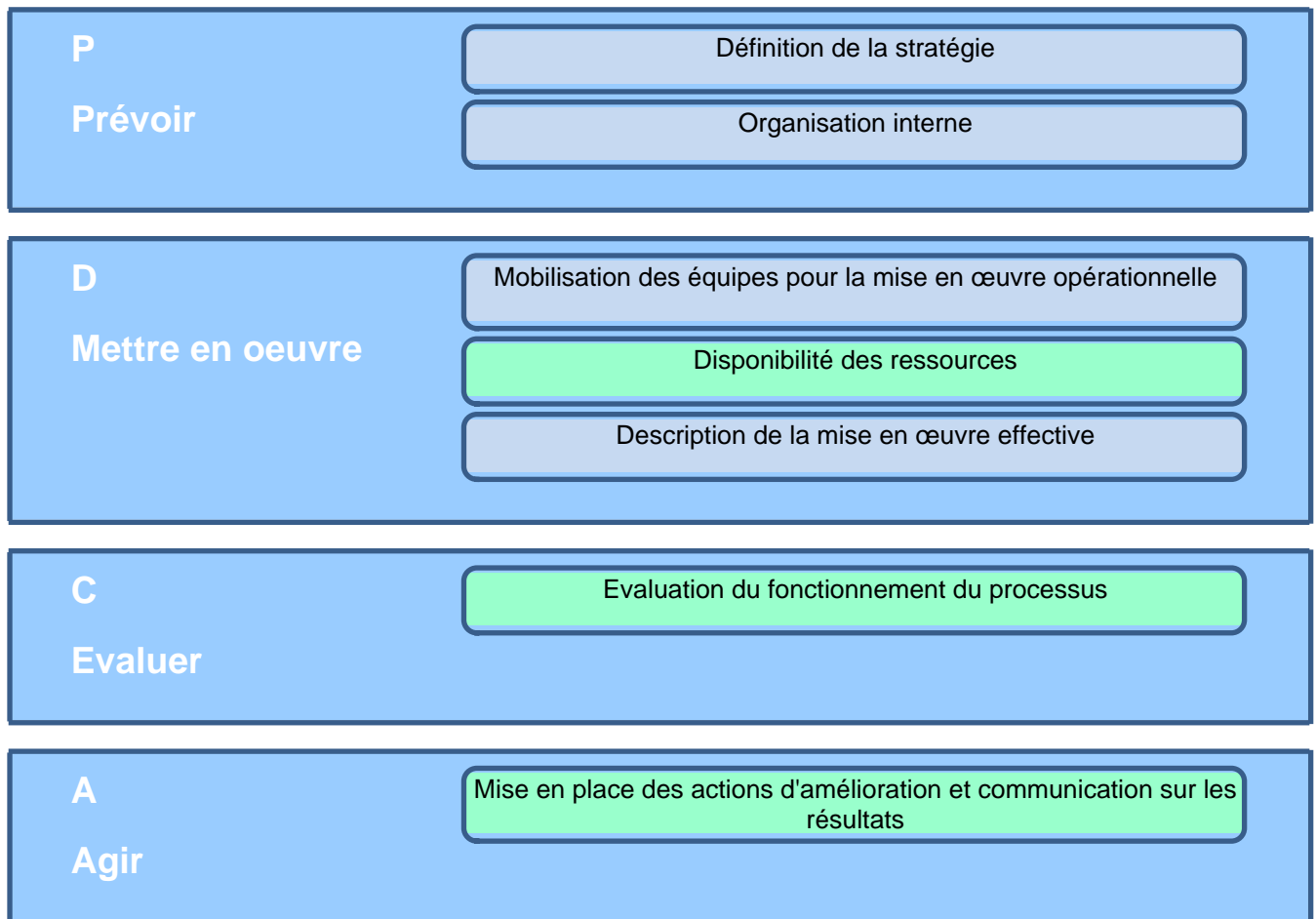
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à mesurer la stratégie et le mode de management mis en place par l'établissement pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail,
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels,
- à mieux soutenir les professionnels, dans leur engagement au quotidien dans le travail,
- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'engagement de l'AP-HP dans une politique et une stratégie visant à promouvoir la qualité de vie au travail (QVT) a été concrétisé dans le projet d'établissement 2015-2019 notamment au travers de son axe 3 « améliorer la performance sociale et managériale » qui identifie précisément les principaux enjeux de la qualité de vie au travail (management, responsabilité et dialogue social, organisations, responsabilité sociale AP-HP).

L'objectif pour l'AP-HP est d'intégrer progressivement un « regard transversal QVT » sur l'analyse des différentes thématiques de la certification, en associant à tout nouveau projet une approche QVT. Par ailleurs, un plan d'action du directoire de l'AP-HP visant à prévenir et à traiter les situations individuelles complexes concernant le personnel médical, adopté le 4 janvier 2016, fixe les priorités de travail concernant le personnel médical. Il fait l'objet d'un suivi par un groupe de travail auquel participe un chef de pôle et un PH.

Les Hôpitaux Universitaires de Est Parisien (HUEP) s'inscrivent dans cette démarche de promotion de la QVT. En effet, l'amélioration de la qualité de vie au travail est un axe du développement de la politique des ressources humaines et à ce titre, intègre les priorités des HUEP : axe du projet social et professionnel 2015-2019 (orientation 3 et 2) ; axe du projet de soins 2015-2019 (axe I et II) ; axe du projet gestion des risques et qualité (axe IV). Cette politique concerne l'ensemble du personnel GH (personnel médical et personnel non médical). La prévention des RPS fait partie intégrante de cette politique.

Pour définir les orientations stratégiques en lien avec la QVT, le GH a mobilisé un certain nombre de données d'entrée, notamment les remontées issues du mouvement cadre AP-HP 2012, les résultats du baromètre interne de satisfaction (septembre 2013), les retours des groupes de travail spécifiques (« conditions d'exercice de la fonction managériale » ; « améliorer le dialogue de proximité » groupe cadre paramédical de pôle et directions fonctionnelles sur la gouvernance), les travaux de la commission de vie hospitalière, les instances, les comités RPS Papripact, ATMP, et les indicateurs sociaux (absentéisme).

Sur la base de ces données, l'établissement a priorisé 7 risques. Au regard de ces risques, des objectifs ont été identifiés et les plans d'actions prioritaires ont été inscrits dans le compte qualité après discussion, notamment avec les organisations syndicales. Ces priorités ont fait l'objet d'une communication auprès des professionnels et des instances. Un référentiel QVT a été formalisé par les pilotes en lien avec les Directions associées et les acteurs concernés. Il définit des priorités d'actions autour de la QVT. Il a été présenté aux instances et à l'encadrement et sera présenté aux professionnels à l'occasion de la semaine nationale QVT prévue en octobre 2017. En outre, le GH s'est engagé dans le projet PACTE, mettant l'accent sur le travail en équipe, avec deux équipes engagées en réanimation (TNN) et en médecine interne (SAT).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique de la thématique est assuré par un binôme constitué du Directeur du GH et par le Président de la CMEL. Ils sont assistés des 4 Directions fonctionnelles (Direction qualité ; Direction des soins ; Direction des affaires médicales ; Direction des RH). Ces pilotes assurent le suivi du PAQSS QVT et travaillent notamment avec le CHSCT. Ils rendent compte de la mise en œuvre du PAQSS QVT aux instances du GH. Ils assurent la communication au plus près des secteurs au travers de l'affichage et du site intranet du GH. Le champ des ressources humaines a été réorganisé avec création, fin 2010, d'un département RH, développement RH PNM, afin de faciliter la coordination des différents champs concourant à la QVT. Deux psychologues sont également rattachés à la DRH et interviennent en tant que de besoin (notamment conseillère en RH, prévention RPS, soutien psychologique individuel /collectif en cas de situation de crise). L'organisation du temps de travail fait l'objet d'un suivi assuré par un comité constitué de représentants des organisations syndicales, DRH, cadres qui se réunit tous les trois mois.

Concernant les restructurations au sein du GH, une cellule mobilité permet d'accompagner les professionnels vers leur nouvelle affectation. Concernant la gestion des remplacements en cas d'absence de courte durée, une mobilité intra pôle ou intra site est organisée. Une Charte qui en fixe les modalités et l'accompagnement est en cours de déploiement et les encadrants sont sensibilisés aux enjeux que cette mobilité représente et aux conditions de sa mise en œuvre. Par ailleurs, des dispositifs spécifiques de maintien dans l'emploi des personnels en restriction d'aptitude sont prévus.

Concernant la formation, le département RH organise le recueil des besoins au plus près du terrain afin d'adapter l'offre et faciliter l'accès pour les professionnels. Par ailleurs, des formations en lien avec le projet managérial sont proposées aux cadres de proximité et responsables d'équipe (formation au co développement intra GH et inter GH proposée en février 2017 pour favoriser la démarche réflexive).

Concernant la démarche d'évaluation des risques professionnels du GH, elle est pilotée sous la responsabilité du Directeur des ressources humaines du GH, par les conseillers en prévention des risques professionnels de site et elle est encadrée par le COPIL DU/PAPRIPACT. Le document unique est en place et actualisé.

Concernant la prévention des RPS, il existe un COPIL RPS au niveau du GH et un comité par site. Celui-ci est composé de différents représentants (RH, préventeur risque professionnel, organisations syndicales, personnel médical, psychologue, médecine du travail).

Spécifiquement pour le personnel médical, une organisation est en place pour assurer l'accompagnement et le suivi des personnels médicaux :

- La Commission de la vie hospitalière du GH (CVHL) créée fin 2013 qui se réunit une fois par trimestre et dispose d'un programme spécifique QVT concernant le personnel médical.
- Le comité de suivi des situations complexes créé en 2016 qui peut être saisi en cas de difficultés concernant le corps médical. Ce comité travaille en lien avec le COPIL RPS.
- Le bureau des internes et des étudiants au niveau de la faculté
- Une Hotline (BIP) qui permet un accueil et soutien téléphonique par un médecin H24 7J/7.

Le pilotage jusqu'au plus près des secteurs d'activité pour les personnels non médicaux est assuré en première intention par le pôle, avec les exécutifs de pôle et le bureau de pôle. Ensuite, le lien est fait avec les équipes de professionnels par le binôme constitué du chef de service et du cadre de proximité.

Les chefs de pôle bénéficient d'une formation au management proposée par la Direction des Affaires Médicales du siège afin de les aider dans l'exercice de leurs fonctions. Le chef de service a un rôle particulier dans la QVT, notamment dans le pilotage et l'optimisation du temps de travail médical pour les internes et les praticiens.

Les besoins en personnel sont établis en partenariat entre la DRH et la Direction des soins. Les besoins en compétence sont pris en compte notamment au travers des entretiens d'évaluation et se traduisent par un plan de formation validé en instance. Il est prévu des formations au management tant pour les cadres que pour les chefs de service.

Le Département Formation du service RH est partie prenante dans l'accompagnement des projets du GH pour adapter l'offre de formation aux besoins liés au contexte (formations institutionnelles en fonction des priorités). L'intégration des nouveaux arrivants est organisée avec un dispositif de tutorat et de nombreux supports d'accompagnement. Un temps d'accompagnement est prévu. Il est fonction des services et des compétences à acquérir.

Le dispositif d'accueil et d'intégration des médecins des internes et celle des praticiens hospitaliers (PH) est formalisé par une journée d'accueil avec présentation faite par les chefs de service et des entretiens réguliers pour faire des points d'étape. Différents supports (livret d'accueil, plaquette d'information, ...) sont remis aux internes à chaque changement de choix. Pour les chefs de clinique, deux journées de formation obligatoires sont organisées par la faculté. Des appels à projets sont prévus lors de la semaine QVT (octobre 2017) afin de soutenir la dynamique QVT : prix et financement des projets primés.

Concernant les prestations d'ordre social et afin de soutenir l'axe de conciliation vie familiale et vie privée, le GH développe une offre de logement (hébergement temporaire et habitat), de garde d'enfant (crèche sur les sites de SAT, TRS, TNN, ainsi que centre de loisirs), conciergerie (société proposant des prestations pour les patients, usagers et professionnels). Le recours au service social est organisé en cas de situation sociale difficile rencontrée par les professionnels. La Direction de la communication est en appui pour l'organisation des manifestations conviviales (inauguration, concours, fête de la musique à TRS, reportages, vidéos...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Qualité de vie au travail est mobilisée de manière effective dans le cadre des contrats de pôle, comme un levier d'amélioration de la performance. Les objectifs QVT ont été intégrés dans les contrats de pôle 2016-2019 (14 pôles dont huit monosites). Pour le projet managérial et le projet ressources humaines, le contrat de pôle liste les divers objectifs du pôle dont des objectifs directement en lien avec l'axe de promotion de la qualité de vie au travail, dans le cadre de la déclinaison locale des objectifs définis dans le Projet social et professionnel GH, ainsi que les outils, les tableaux de bord et les indicateurs de suivi, que ce soit pour les personnels médicaux ou non médicaux. Un suivi est réalisé au travers de diverses rencontres avec la DRH et la Direction Générale, et notamment des conférences de pôle. Le projet managérial promeut la participation des personnels et l'animation des différentes structures du pôle. L'ensemble de l'encadrement est fortement mobilisé pour accompagner au plus près les équipes.

Le GH a fait un focus tout particulier sur la fonction managériale du cadre. Un schéma d'encadrement définit les grands principes de la politique liée au management des cadres. Le cadre est clairement positionné et accompagné dans sa fonction. La Direction des soins a formalisé un accompagnement individuel et collectif à l'attention des cadres soignants et des faisant fonction de cadre.

La gouvernance des pôles organise divers niveaux d'expression des personnels : conseil de pôle, bureau de pôle. Des conseils de service et des réunions de service spécialement consacrées à l'expression de propositions par les professionnels et à leur implication dans les projets sont organisées par les cadres de proximité. Des réunions mensuelles organisées par l'encadrement (cadre paramédical de pôle et cadres supérieurs de santé des services) existent pour diffuser de l'information et permettre l'expression des professionnels. Des réunions de cadres sont organisées par les directions de site, la Direction des soins de chaque site et par la Direction des soins du GH.

Dans le cadre du programme ACT, une enveloppe dédiée à l'amélioration des conditions de travail est utilisée pour financer des projets sur ce champ et à l'occasion de la semaine de la qualité de vie au travail (octobre 2017). Il sera fait un appel à projet QVT avec financement dédiés aux projets retenus. De nombreuses équipes sont parties prenantes pour monter ces projets. Un projet d'expérimentation de la démarche PACTE au niveau d'un service de réanimation à TENON et d'un service en médecine interne à Saint Antoine a permis de renforcer le collectif de travail et aménager des espaces de discussion sur le champ du travail. Les professionnels engagés dans la démarche ont pu voir l'amélioration du fonctionnement de l'équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les cadres s'assurent de l'adaptation qualitative et quantitative des effectifs : l'organisation des temps de travail a fait l'objet d'un guide de gestion des plannings reprenant le cadre des accords AP-HP. Il est diffusé à tous les cadres et remis à chaque agent. Des référents ont été identifiés au niveau des sites pour accompagner la mise en œuvre et assurer le retour d'information auprès du comité de suivi en place. Des formations sont organisés sur le champ de la QVT : depuis 2015, 968 agents ont été formés sur le GHUEP (outils de management / 544, prévention des risques / 158 ; adaptation des organisation / 266).

L'accès à la formation est organisé au plus près du terrain via l'encadrement qui est en charge du recensement des besoins notamment lors des entretiens d'évaluation.

Les cadres sont attentifs à la formation des agents afin de garantir l'adaptation des compétences aux besoins mais également pour accompagner des projets professionnels, le développement des compétences en vue d'une mobilité et ainsi entretenir l'implication au travail. Cette mobilité est un axe de développement du GH, et une Charte de la mobilité a été formalisée pour en assurer la mise en œuvre. Ainsi l'organisation des remplacements peut se faire soit par recours au pool de suppléance, soit par recours à l'intérim, soit par déplacement des agents au sein du pôle ou au sein du site.

Cependant, l'adéquation des compétences au regard des postes de remplacement dans le cadre de la mobilité n'est pas évaluée. La sécurité des parcours professionnels au regard de la mobilité n'est pas totalement organisée. La traçabilité et le suivi des acquis de formation et de compétences ne sont pas toujours assurés. Il n'y a pas de suivi des compétences disponibles et à acquérir pour sécuriser les parcours. Cette mobilité pour pallier une absence imprévue n'est pas toujours bien vécue par les professionnels et a fait l'objet d'un retour par les partenaires sociaux comme en témoigne une remontée des instances représentatives du personnel.

L'encadrement est conscient de ces enjeux et parallèlement au déploiement de la charte de mobilité stipulant que chaque agent peut être déplacé, un certain nombre d'actions permettant d'organiser cette mobilité sont à l'étude. Sur les secteurs critiques, cette mobilité est anticipée lors des parcours d'intégration (exemple à Trousseau, échange entre la réa de néonatalogie, soins intensifs néonatalogie, médecine).

Les cadres suivent en lien avec la DRH certains indicateurs : absentéisme, turn-over, accidents du travail, taux de formation, TMS. Ils effectuent lors des réunions de service ou de manière moins formalisée lors des transmissions, un retour d'information sur ces indicateurs.

Des procédures d'accueil et d'intégration sont en place pour les personnels non médicaux et elle prévoit une période de tutorat avec suivi. Dans le cadre d'un changement de service, une période probatoire permet au professionnel de confirmer sa décision.

Pour les personnels médicaux, les chefs de service en partenariat avec le chef de pôle s'impliquent dans l'intégration des internes et des praticiens hospitaliers et dans l'organisation du temps médical en lien avec les sous commissions de la CMEL (CTEM et CVH).

Les CHSCT ont été associés à l'élaboration de la politique de promotion de la QVT au travers de leurs représentants qui ont participé aux groupes de travail organisés sur ce champ. Ils sont saisis de toutes les questions relatives à l'organisation du travail et des projets impactant la QVT. Ils sont informés des résultats des indicateurs en lien avec la QVT.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La formation des encadrants médicaux et paramédicaux au management est effective. La Direction des affaires médicales propose systématiquement aux futurs responsables médicaux une formation au management. De nombreux médecins rencontrés ont bénéficié de tout ou partie du programme de formation.

Concernant l'axe du management, le travail engagé par le GH sur la réflexion autour des valeurs professionnelles a fait l'objet de nombreuses réunions sur les pôles (20 réunions et 10 pôles impliqués avec RU et PM) et a été valorisé par l'obtention du 1er prix de l'innovation managériale et une présentation au séminaire des cadres AP-HP.

Un travail autour du raisonnement clinique a permis de mobiliser les équipes et de réfléchir au sens du travail. Cette réflexion est déployée dans chacun des sites du GH au plus près des équipes.

Des temps d'échanges et de convivialité sont effectifs.

Des attentions sont portées à l'aménagement des locaux (exemple : espace terrasse aménagé en réanimation TNN ; projets photo,...) et un plan d'investissement prévoit des travaux d'amélioration des conditions de travail notamment concernant les locaux (absence de climatisation dans certaines unités rendant difficile l'exercice de la mission lors des fortes chaleurs, vétusté des locaux rendant difficile l'entretien des salles de soins, fenêtres rendant difficile l'isolation).

L'expression des professionnels est recherchée et organisée :

- Staff
- Réunion cadre et chef de service
- Réunion CP CPP
- Réunions cadre équipe
- Conseil de service

Des séminaires médecins et séminaires cadres sont organisés au sein du GH autour de thématiques porteuses pré-identifiées. Par ailleurs, de nombreuses actions sont déployées pour favoriser la communication : jeudis de l'information en réanimation à TENON, journal interne, animations locales, journées thématiques...

Certains services sont très engagés dans les démarches CREX ou RMM, qu'ils utilisent comme levier QVT pour une approche non culpabilisante (ex réanimation, pharmacie,....).

Les cadres sont sensibilisés au management de leurs équipes et sont accompagnés ; ils disposent d'une marge d'autonomie pour entretenir le collectif de travail, notamment :

- Discussion sur l'organisation du temps de travail dans le respect du « Guide de gestion des plannings »
- Possibilité d'échange sur planning ou remplacement proposé en premier lieu intra-service
- Aménagement des temps d'échange (staff, réunions de service,)
- Organisation de moments de convivialité (petit déjeuner, repas, pause café.....).

Les entretiens professionnels sont effectifs et constituent des moments d'échanges formels entre le responsable et l'agent ; ils permettent d'échanger sur le travail, l'exercice de la mission, les projets professionnels, les difficultés rencontrées, les besoins en formation, les souhaits de mobilité...

Pour le personnel médical, les chefs de service rencontrés mettent en œuvre des entretiens réguliers avec les médecins de leur équipe (internes, chefs de clinique, nouveau PH...). Ces rencontres sont réalisées selon une périodicité définie et il a été noté une forte implication des responsables médicaux dans ces rencontres. L'accompagnement des professionnels en cas de situation difficile est effectif (possibilité de supervision en équipe, recours à un psychologue /psychiatre...). Les professionnels ont évoqué l'accompagnement mis en place lors des récentes restructurations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le bilan social permet de suivre certains indicateurs quantitatifs et qualitatifs comme l'absentéisme, les heures supplémentaires, le turnover et les contrats à durée déterminée. Ces indicateurs sont présentés en CHSCT. Les événements indésirables en lien avec la QVT sont suivis. Un film a été réalisé fin 2016 pour recueillir l'expression des professionnels autour de la question QVT (micro trottoir « pour vous, c'est quoi la qualité de vie au travail ? »). Les conseils de pôle suivent l'exécution des contrats de pôle en lien avec la QVT. Un suivi est en cours sur l'organisation du temps de travail et des enquêtes ont été réalisées sur certains sites pour en mesurer l'impact sur les temps de transmission. Cependant, il n'y a pas d'évaluation des dispositifs mis en place en terme de mesure d'impact au regard de cibles définies. De nombreuses actions dans le champ de la QVT ont été déployées, mais l'évaluation de leur impact n'a pas encore été réalisée. Une enquête de satisfaction sera reconduite à l'échelon de l'AP-HP mais l'échéance n'a pas pu être communiquée au moment de la visite. Le GH a été établi mi-2016 un auto-diagnostic par site de la politique de prévention des RPS permettant la rédaction d'un plan d'actions. Le GH établit un bilan annuel de l'état d'avancement du Projet social et professionnel

A / AGIR

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

Le projet managérial est en cours de déploiement avec un certains nombres d'actions engagées : projet managérial formalisé, ateliers RH, formation co développement, accès à AP-HP Management, journées managériales de pôle et de Direction, séminaire cadres, accompagnement de la fonction managériale, espace cadres sur l'Intranet, mise à disposition de différents supports (guide thématiques, lettre RH...), coaching...

Sous l'égide de la coordination générale des soins, un schéma d'encadrement a été édité. Il prévoit la tenue de séminaire annuel des cadres, la contractualisation de l'accompagnement des faisant fonction de cadres, la permanence du relais cadre sur l'ensemble des sites, la structuration de l'encadrement de nuit, le dimensionnement des équipes d'encadrement du pôle et du GH... La cellule mobilité a conduit des accompagnements au changement (depuis 2011: 25 opérations, avec 1170 agents ayant bénéficié d'un suivi individuel). Par ailleurs, dans le cadre de la prévention du risque psychosocial, sous l'égide du COPIL GH et du COPIL par site, 92 réunions de COPIL ont été conduites entre 2014 et 2016, 200 cadres ont été formés et de nombreux outils communs ont été formalisés (procédure d'alerte RPS, procédure de prise en charge de l'acte suicidaire, procédure de prise en charge des professionnels confrontés à des situations psycho-traumatiques, fiche réflexe en cas de situations de crise...). Parallèlement, des actions en lien direct avec la QVT sont aussi initiées au sein des pôles et des services sous l'impulsion des responsables

médicaux et paramédicaux comme par exemple en réanimation à Tenon, sous l'égide d' un groupe créé en 2016 «mieux vivre la réanimation» de nombreuses actions ont pu être menées dans le champ de la QVT (aménagement de la terrasse pour en faire un espace de convivialité, exposition permanente de photos, travail sur le bruit en réanimation...). La communication est réalisée auprès des professionnels et des usagers au travers notamment des réunions qualité, de la diffusion de supports accompagnant les actions, des séminaires, de la participation du GH à des manifestations (congrès, film,).

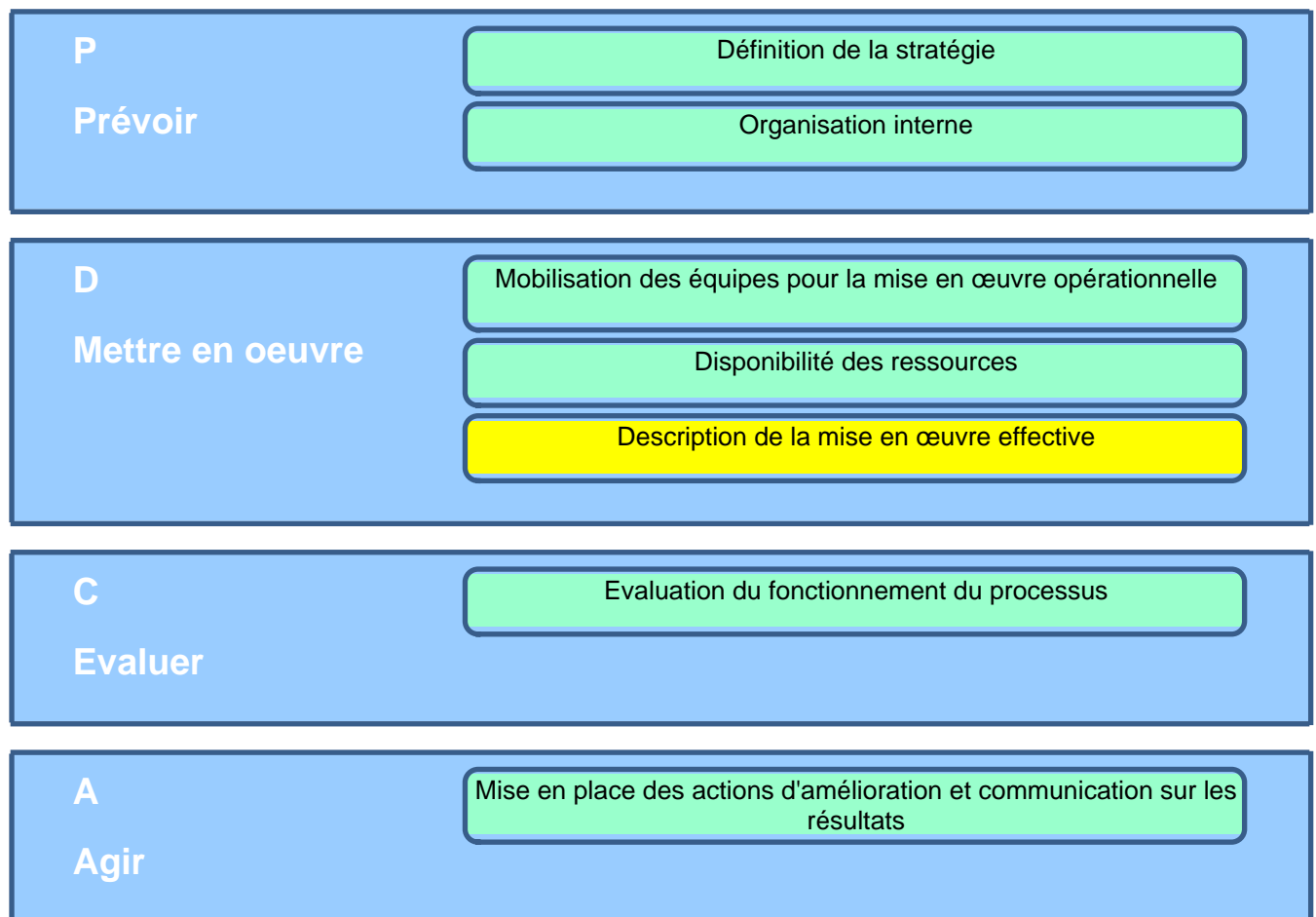
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'AP-HP a pour ambition de faire du management de la qualité et de la gestion des risques un levier de transformation, en cohérence avec ses objectifs de qualité de vie au travail. Son objectif est de renforcer le rôle de premier plan de l'usager dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. La politique générale de management de la qualité et de la gestion des risques est au cœur du projet d'établissement de l'AP-HP et de son plan stratégique 2015-2019, qui positionne la qualité « comme levier de transformation » (Cf. premier axe : « Penser le parcours patient de demain »). Cette politique se décline dans les différents volets du projet d'établissement :

- le projet médical identifie dans son axe « Qualité et sécurité des soins et conditions d'accueil et de prise en charge des usagers », la politique en matière de qualité et sécurité des soins,
- le projet de soins définit 10 orientations sur la démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins,
- le projet de prise en charge des patients définit les objectifs institutionnels de qualité – hospitalité concernant la prise en charge autre que médico-soignante des patients,
- le projet social et professionnel définit les objectifs en matière de santé, de sécurité au travail et d'amélioration de la prévention des risques professionnels en lien avec la promotion de la qualité de vie au travail.

Le projet qualité gestion des risques s'inscrit dans la continuité du précédent plan stratégique et du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2013-2016 de la CME. Il a été actualisé, avec le souci d'inclure des représentants des usagers et des professionnels des groupes hospitaliers et des pôles d'intérêt commun. Il se nourrit des analyses des résultats des indicateurs nationaux, de la mesure de la satisfaction des patients, des plaintes et réclamations, des signalements d'EIG, du CBU (contrat de bon usage), des décisions de certification et intègre les exigences de la V2014.

Les objectifs sont :

- Ancrer une démarche pérenne et continue d'amélioration de la qualité sécurité des soins portée par les directeurs de GH, les présidents de CMEL et les coordinateurs généraux des soins, les exécutifs de pôle, les chefs de service et les cadres de santé. Les CMEL (et leurs sous-commissions), les directions des soins et des activités paramédicales et les directions qualité, risques et usagers se positionnent comme fonctions supports des pôles.
- Décliner les actions prioritaires d'amélioration qualité/sécurité en fonction des principaux risques identifiés et des retours des usagers (enquête de satisfaction et plaintes et réclamations).

Il se décline en quatre axes :

- Mettre en œuvre un management de la qualité et sécurité des soins ;
- Renforcer la sécurité des pratiques de soins ;
- Primauté de l'expérience vécue par le patient ;
- Organisation performante, au service de la qualité/sécurité du soin.

En s'appuyant sur les projets institutionnels AP-HP, chaque groupe hospitalier, hôpital hors groupe hospitalier et l'HAD a élaboré son propre projet Gestion des risques, qualité et prise en charge des patients, en fonction de son contexte et de son organisation. Cette déclinaison permet de concilier la mobilisation nécessaire à la conduite de chantiers institutionnels, découlant de la politique fixée par la direction générale et la CME, et la prise en compte d'enjeux locaux.

La stratégie du Groupe Hospitalier (GH) des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (HUEP), validée par les instances délibératives dont le comité exécutif, la CSIRMT et la CME, s'inscrit en déclinaison de celle du siège de l'APHP avec l'intégration dans son Projet d'établissement 2015-2019 :

- D'un volet « soins » reprenant des objectifs relatifs :

- o Au développement de la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins
- o A l'inscription dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens

- D'un volet « qualité sécurité des soins » 2015-2019 faisant notamment référence à la politique d'Evaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) actualisée en mars 2017. Le pilotage institutionnel est réalisé par le comité stratégique qualité sécurité des soins du GH HUEP, composé du Directeur Général, du Président de CME, du Coordonnateur général des soins, d'un représentant d'usagers, de la coordinatrice de la gestion des risques liées aux soins, du Président de la commission parcours patient, de la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et de la Directrice qualité. Les représentants d'usagers participent à l'élaboration de la stratégie d'amélioration de la qualité sécurité des soins. Cette stratégie, validée par les instances délibérantes du GH, est déclinée dans un programme qualité sécurité des soins 2017 formalisé et validé par la CME en mars 2017. Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs récurrents, ainsi que les données d'exploitation des plaintes et réclamations qui contribuent à son élaboration. Il comprend 4 axes déclinés chacun en actions d'amélioration, incluant des

responsables, des échéances et des modalités de suivi. Le GH HUEP a identifié ses risques et les a hiérarchisés au sein du compte qualité à partir de la méthodologie proposée par la HAS en l'adaptant aux échelles de criticité déjà utilisées dans certains secteurs, dont les secteurs à risques.

ORGANISATION INTERNE

Pour assurer le management de la qualité gestion des risques le GH HUEP a établi en complément du pilotage institutionnel, un pilotage opérationnel de la thématique « management de la qualité et de la gestion des risques ». Le pilotage a été confié au CGRAS qui a reçu une lettre de mission en novembre 2015 ainsi qu'aux pilotes de processus qui ont également reçus des lettres de missions en 2015 et 2016. CGRAS et pilotes s'appuient sur différents comités experts, les directions de soins et direction de sites. La Direction de la qualité de la gestion des risques et des relations avec les usagers assure la coordination opérationnelle de l'ensemble.

Il est organisé sur chaque site avec des comités experts (CLIN, CLAN, CLUD, COVIRIS...) ainsi qu'en transversal au niveau du GH avec des référents qualité par pôle (médecin et soignant), du temps de responsable qualité membre de la Direction qualité désigné pour chaque pôle et deux gestionnaires de risques répartis sur chaque pôle. Une fiche de poste encadre le rôle de chacun.

La démarche d'EPP est animée par un médecin qui s'appuie sur des commissions EPP sur chaque site, qui sont démosées des référents EPP de pôles (médicaux et paramédicaux) et des référents qualité de pôles, également ouvertes à tous les professionnels. Le programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge a été élaboré en collaboration avec les représentants d'usagers en exploitant notamment le plan d'actions du compte qualité et les plaintes et réclamations. Des plans d'actions composant le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont réalisés et un ou plusieurs pilotes sont nommés avec un délai de réalisation. Les situations de crise sont identifiées et les procédures d'alerte formalisées (plan blanc, gestion de crise).

Une organisation est en place pour assurer le suivi et l'analyse des événements indésirables (EI) via un logiciel de déclaration des EI commun à l'ensemble du GH. Afin d'inciter les professionnels au signalement, une charte de non punition a été formalisée.

Cependant, les pilotes du processus MQR n'assurent pas le pilotage de l'ensemble des actions d'amélioration issues des risques identifiées :

- l'organisation en place ne permet pas la supervision et le suivi des actions issues des différents plans d'actions, des RMM, CREX, EPP et EPR déclarés dans le cadre de l'accréditation des médecins (Recueil à part en réanimation adulte à TENON et en médecine nucléaire à SA),
- les référents qualité (médicaux et paramédicaux) des pôles rencontrés ont confirmé qu'ils analysaient leurs EI sans pour autant systématiquement faire un retour auprès des pilotes,
- le coordonnateur des EPP a également indiqué que l'outil de suivi des EPP ne permettait pas de suivre les actions mais uniquement le recensement et l'état d'avancement des EPP engagées. Certains professionnels des services rencontrés, comme la pneumologie à TENON, ont expliqué réaliser des EPP sans pour autant les intégrer dans l'outil mis à disposition par le siège de l'AP-HP

La coordination entre les vigilances, les comités d'experts et le pilotage a été définie et organisée. Les tableaux de bords dans les contrats de pôle intègrent des données d'activité, de ressources et de qualité sécurité des soins dans le cadre de la déclinaison du projet d'établissement 2015-2019. Un nouveau système de gestion documentaire électronique (GED) est en cours, afin de centraliser et assurer la bonne gestion des documents qualité. Son déploiement est engagé depuis décembre 2016 sur l'ensemble du GH. L'absence d'exhaustivité de cette nouvelle base documentaire a été identifiée dans le compte qualité avec une échéance fixée à fin 2017. Un recensement des documents devant à minima être affichés dans les chambres et dans les lieux de passage a été fait et est disponible sur la GED. Le recueil de la satisfaction des usagers est organisé pour les activités de Médecine Chirurgie Obstétrique par la participation du GH aux enquêtes nationales e-satis (hospitalisation en MCO plus de 48h) ainsi qu'aux enquêtes e-satis AP-HP sur les consultants. Les résultats de ces enquêtes sont présentés en CDU. Le GH établit un plan de priorisation des actions à réaliser suite aux contrôles internes et externes et met en œuvre les actions consécutives aux recommandations issues des contrôles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les indicateurs sont déclinés à l'échelle du GH HUEP et par pôle. Compte tenu des risques identifiés, la Direction qualité, le pilote du processus, les cadres experts et les référents qualité mobilisent les équipes dans l'élaboration du compte qualité et des plans d'actions opérationnels. En effet, le programme d'actions qualité sécurité des soins du GH est articulé avec les programmes d'actions des pôles, par le biais d'objectifs accompagnés d'indicateurs inscrits dans les contrats de pôles ainsi que dans les objectifs des cadres de santé lors de leur évaluation annuelle. A titre d'exemple :

- Sensibiliser les professionnels à la déclaration des Evènements Indésirables (EI)
- Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes
- Sécuriser l'acte transfusionnel dans les pôles.

Des formations et réunions sont organisées régulièrement pour mobiliser les professionnels sur les axes

de travail définis. Un accompagnement est réalisé pour la mise en œuvre des EPP avec notamment une plage de consultation EPP permettant à des professionnels de venir échanger avec le médecin en charge des EPP sur l'opportunité et les moyens pour réaliser une EPP. L'encadrement en lien avec la Direction qualité s'assure de la conformité des pratiques par la réalisation d'évaluations régulières et, dans certains secteurs, les professionnels sont informés des résultats obtenus.

Les pôles sont incités à mettre en place des revues d'EI régulières (trimestrielles) afin de partager en interne les évènements qui se sont déroulés et les suites qui ont pu être données. Les équipes qui mènent des CREX alimentent par ce biais l'identification d'actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour accompagner les démarches qualité/risques, la Direction qualité dispose de 2 gestionnaires de risques et de 4 responsables qualité. Pour faire vivre ces démarches sur le terrain, des référents qualité formés sont désignés dans les pôles. Dans certains pôles, ils disposent de temps dédié pour effectuer cette mission. La nouvelle gestion documentaire électronique (GED) permet à tout professionnel d'accéder à la documentation en vigueur sur le GH. L'accès est donné à l'ensemble des professionnels et cela est effectif au sein des services visités. Les règles de rédaction, vérification et approbation, diffusion et mise à jour sont établies et diffusées au sein de la procédure des procédures.

Cependant, la gestion documentaire n'est pas complètement maîtrisée :

- Les experts visiteurs ont constaté lors des audits de processus la présence de documents qualité non mis à jour dans la base documentaire du GH, des classeurs papiers, des procédures gérées sans aucune règle de mise à jour et des protocoles spécifiques (médicaux et soins) autogérés sans respect des règles de leur maîtrise (validation et mise à jour) sur l'ensemble des sites.

- La plupart des professionnels rencontrés n'ont pas encore été formés à la nouvelle GED ni aux modalités relatives à la mise à jour des documents.

- Certains documents applicables ne sont pas disponibles dans les unités de soins (procédure sur le circuit du médicament par exemple)

- Dans certains services, une base documentaire propre aux services est encore en vigueur (exemple de la pharmacie, dont les responsables ont précisé attendre l'intégration au fur et à mesure des documents dans la GED avant de procéder à sa suppression, avec subsistance d'un dispositif parallèle de gestion documentaire).

- Lors des visites de services, il a été constaté dans certains secteurs une méconnaissance de la GED électronique comme en psychiatrie à Saint-Antoine où les professionnels (soignants et encadrement) n'ont connaissance que du classeur de procédure papier ou comme en chirurgie orthopédique à Saint-Antoine où subsistent des classeurs, ou des répertoires informatiques (personnels ou de service).

- Ce risque relatif à la gestion documentaire a été identifié dans le compte qualité avec une échéance de maîtrise fixée à fin 2017.

Un dispositif informatisé de signalement des évènements indésirables est en place et connu des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs. Les représentants des usagers participent d'une part à l'identification des axes d'amélioration, d'autre part à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et des actions établies dans le cadre de leurs missions à la commission des usagers (CDU). La démarche d'évaluation des risques a priori est mise en œuvre dans les pôles et sur les thématiques retenues dans le Compte Qualité du GH. Le dispositif de signalement des évènements indésirables est opérationnel au niveau du GH. Il est déployé sur l'ensemble des sites visités. Les évènements indésirables identifiés par les professionnels sont signalés sur un logiciel de gestion des risques disponible sur chaque site. Le circuit des fiches d'évènements indésirables signalés est défini dans la procédure institutionnelle du GH. Selon les domaines concernés, les évènements indésirables sont réorientés vers des référents désignés. Un suivi trimestriel des fiches signalées est assuré par chaque COVIRIS de site.

Cependant, dans le cadre d'un EI, son traitement, le retour au déclarant et la traçabilité du suivi ne sont pas systématiques :

- Le dispositif de signalement informatisé est rarement utilisé pour faire un retour aux déclarants ;

- Les professionnels et équipes rencontrés sur les 5 sites attestent ne pas toujours avoir le retour d'information sur leurs signalements et les bilans des fiches d'évènements qu'ils signalent ;

- Les professionnels rencontrés ont déclaré ne pas être informés des risques signalés par leur service, sauf si les cadres en faisaient un retour ;

- La priorisation des EI n'est pas systématique : il n'y a pas de structuration effective de l'analyse d'évènements indésirables "non graves". De ce fait, l'analyse de ces évènements indésirables n'est pas opérationnelle sur les 5 sites visités.

- L'outil de suivi des EI ne permet pas de s'assurer de l'effectivité du traitement des EI signalés.

- Les modalités de gestion, traitement, suivi, clôture... ne sont pas systématiquement retrouvées.

Le risque transfusionnel est maîtrisé sur les quatre sites visités.

La plupart des professionnels rencontrés connaissent le dispositif de gestion documentaire électronique bien que n'ayant pas pour la plupart eu l'occasion de l'utiliser.

Certains secteurs d'activité mettent en œuvre les démarches EPP, les RMM et les RCP. Les secteurs de cancérologie réalisent des RCP et les résultats du recueil de l'indicateur RCP confirment cette mise en

œuvre. L'engagement des professionnels sur les EPP est effectif dans certains secteurs d'activité du GH visités. Une base informatique (AP2) est en place pour enregistrer les EPP. Des EPP transversales sont réalisées à l'échelle du GH. Les EPP qui sont encore opérationnelles dans les sites sont autogérées par les équipes concernées. De nombreuses réunions de retour d'expérience sont organisées dans la plupart des secteurs. Cependant, les démarches EPP /CREX /RMM ne sont pas déployées dans l'ensemble des secteurs d'activité, y compris les secteurs à risques. En effet, plusieurs secteurs rencontrés ne réalisent pas d'EPP, de RMM ou de CREX :

- il n'y a pas de CREX en médecine nucléaire à Saint-Antoine, en réanimation à Tenon, en gériatrie aiguë à Tenon, en pneumologie à Tenon, en chirurgie orthopédique à Trousseau ;
- il n'y a pas de RMM en obstétrique à Tenon, ni en réanimation à Tenon ;
- le tableau de bord AP2 montre un taux de déploiement des EPP pour moins de 50% des services.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le GH HUEP a mis en place un dispositif d'évaluation comprenant la réalisation régulière d'audits, d'EPP et d'enquêtes. Il recueille des indicateurs nationaux et locaux pour évaluer le fonctionnement de ses différents processus et de ses activités. Les représentants d'usagers réalisent des audits et en ont présenté trois lors de la visite : un portant sur le médicament, un sur les blocs opératoires et un sur les droits des usagers. Les représentants des usagers participent également aux patients traceurs aux côtés des professionnels. Le suivi des plans d'actions des secteurs est assuré. Des conférences de pôles (pôle/DG/PCMEL) sont organisées tous les 4 mois. Y sont évoqués les indicateurs qualité-sécurité des soins issus du contrat de pôle et l'évaluation du système de management mis en place dans le pôle. Une séquence par an est consacrée au bilan des EPP du pôle. A l'occasion des rapports annuels de la CRUQ/CDU et des comités d'experts du GH auxquels les représentants d'usagers sont systématiquement associés, une évaluation de la participation est réalisée. Il a notamment été présenté un taux de participation de 100% aux instances CRUQ/CDU en 2016 pour le site de Saint-Antoine.

A / AGIR

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

Au regard des différents résultats d'audits, EPP, enquêtes et résultats de recueil d'indicateurs réalisés au niveau du GH, des actions d'amélioration sont mises en œuvre à l'échelle du GH et/ou des 5 sites qui le composent. Le suivi du programme d'amélioration institutionnel est assuré par le comité stratégique Qualité-Gestion des risques. Les résultats des actions menées au niveau institutionnel sont communiqués aux professionnels concernés à travers les comptes rendus du comité de pilotage de la qualité et gestion des risques, les CR d'autres instances qualité-gestion des risques ou les CR des réunions de pôles. Les usagers sont informés des résultats par voie d'affichage pour les indicateurs ainsi que par le biais des réunions des commissions des usagers (au niveau du GH et par site). Sur les 22 actions inscrites au compte qualité au moment de la visite, 3 sont non initiées et 19 sont toujours en cours. Cependant, l'effectivité et l'efficacité des actions d'amélioration ne sont pas systématiquement évaluées et ne permettent pas un réajustement du programme en fonction de leur impact. Il n'existe pas au niveau du GH de dispositif permettant de disposer de l'ensemble des remontées d'informations propres à permettre l'évaluation du système de management de la qualité. En effet, certaines actions sont réalisées sans retour particulier au niveau du pilotage "management qualité gestion des risques". Les EI signalés ne sont pas tous assortis d'un suivi permettant de savoir s'ils ont été clôturés ou s'ils ont donné lieu à des actions. Certains CREX et RMM donnent lieu à des actions définies par les services qui les ont conduits, sans retour formel et organisé qui permettrait le suivi des actions identifiées.

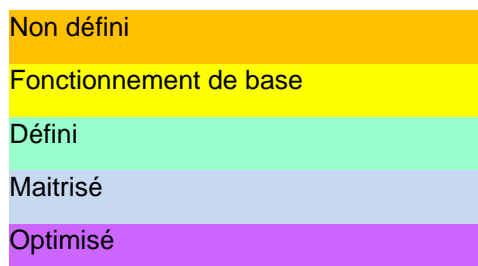
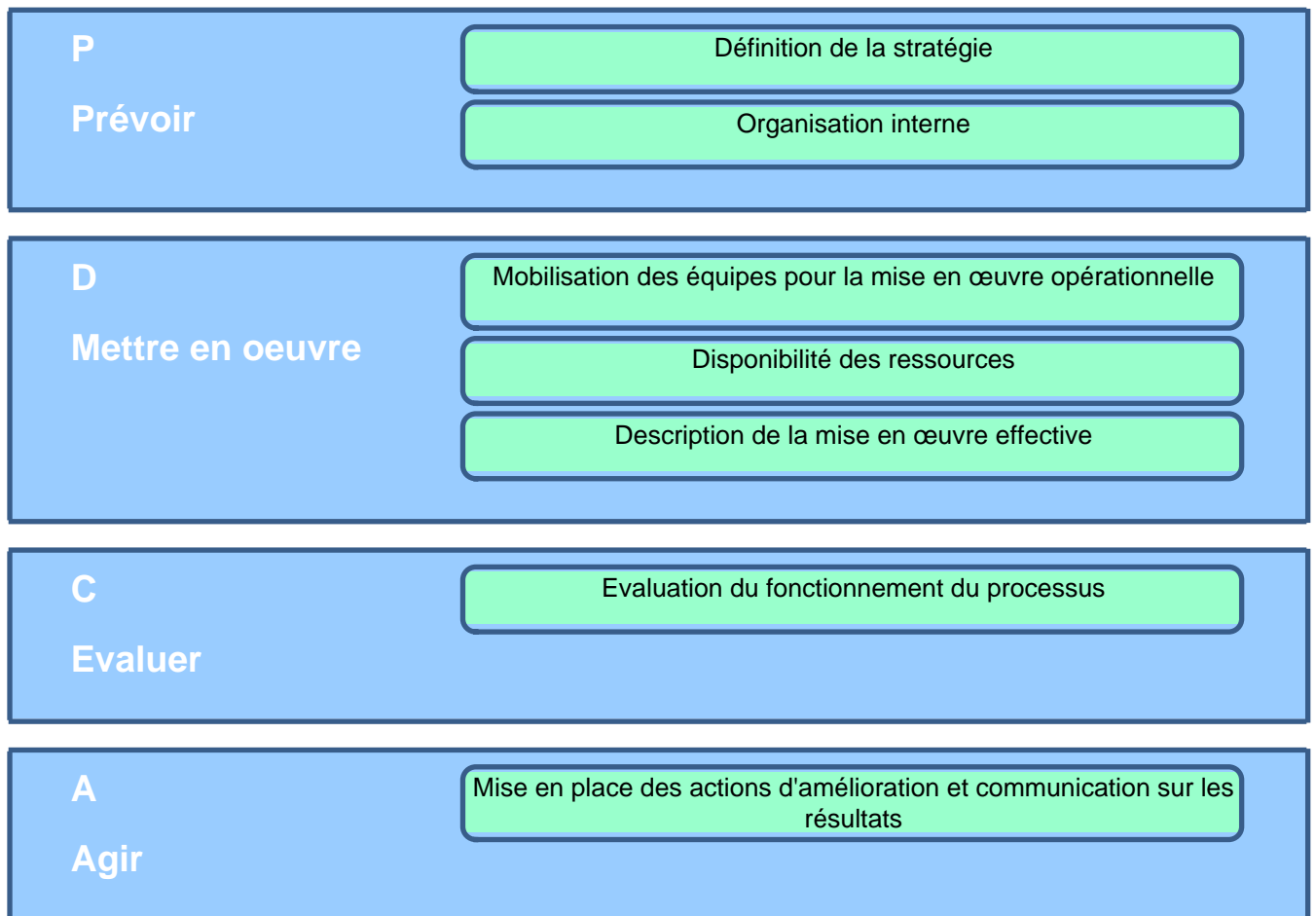
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

La maîtrise du risque infectieux est un des axes du projet stratégique 2015- 2019, et du plan antibiotique AP-HP. 17 risques ont été identifiés par le groupe de pilotage du risque infectieux à partir des indicateurs nationaux, AP-HP, locaux, des résultats d’audits, des EPP et des événements indésirables déclarés. Ils couvrent les conditions d’hygiène des locaux, l’utilisation des antibiotiques, la formation des professionnels, le signalement des infections associées aux soins et la prévention, surveillance et signalement des infections associées aux soins. Une stratégie du risque infectieux et de la prévention des infections associées aux soins a été définie en mars 2015 par le CLIN du GH des Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP) et la commission des médicaments anti-infectieux du GH, sous la responsabilité de la CMEL en tenant compte du plan stratégique 2015-2019 APHP, du projet de soins 2015-2019 du GH et du projet qualité et gestion des risques 2015-2019. Elle a été validée par les instances. 4 risques ont été jugés prioritaires dans le compte qualité des HUEP:

- Surveillance des infections du site opératoire
- Bon usage des antibiotiques et traçabilité de la réévaluation de l’antibiothérapie à 72 heures
- Risque de transmission des BHRé
- Défaut de Bionettoyage (répartition des tâches)

Des plans d’actions ont été définis sur ces principaux risques. Les actions prioritaires sont :

- Maîtriser la résistance bactérienne en améliorant la gestion des antibiotiques
- Limiter la transmission croisée : par le renforcement de l’hygiène des mains (FHA) et une meilleure gestion des excréta
- Prévenir les AES et Liquides biologiques
- Renforcer la qualité du bio-nettoyage
- Maîtriser les risques infectieux liés aux actes invasifs
- Déployer des audits réguliers
- Communiquer (guide pratique GH, Plaquette GH, lettre trimestrielle du CLIN).

La stratégie est déclinée en plan d’actions, en cohérence avec le PAQSS, et contient un volet sur les antibiotiques. Elle a été communiquée aux instances, mais également aux professionnels par le biais des référents hygiène et de la lettre du CLIN à l’ensemble du personnel, ainsi qu’aux représentants des usagers en CDU.

ORGANISATION INTERNE

Un comité de pilotage composé du responsable de l’EOH, du président du CLIN et de la COMAI, des référents antibiotiques, des EOH de site et de représentants de la DAPL (Direction des Achats et Prestation Logistique) coordonne la mise en œuvre du programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Il s’appuie sur des comités locaux de lutte contre les infections nosocomiales, les référents en anti-infectieux et les correspondants médicaux et paramédicaux de chaque service hospitalier. Les missions de l’EOH, des référents anti infectieux, des correspondants en hygiène sont définies dans des fiches de poste. Un rapport d’activité du CLIN est réalisé annuellement. Ce rapport est présenté aux différentes instances. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l’établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (réseau de correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène, référents en antibiothérapie) et compétences (formations, documents à l’usage des nouveaux arrivants). L’entretien des locaux est réalisé par une équipe externe, interne ou mixte. Il existe un contrat avec le prestataire externe et des contrôles contradictoires avec le prestataire extérieur sont prévus. Un plan de formation annuel à l’hygiène et infections nosocomiales est en place. Un dispositif est prévu pour les nouveaux arrivants sous la forme d’un compagnonnage pour les paramédicaux et d’une formation présentielle pour les internes. Les règles et procédures en lien avec la surveillance et la prévention du risque infectieux sont définies et validées. Il existe un guide pratique pour la prescription des anti infectieux, ainsi que des recommandations 2017, par site, du Comité anti infectieux et du CLIN. Une liste d’antibiotiques ciblés impliquant dispensation nominative, ainsi qu’un suivi de la consommation en antibiotiques a été établie. Les ressources matérielles sont définies. La gestion des interfaces entre les unités de soins, les prescripteurs, les laboratoires de biologie et la pharmacie est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les référents médicaux et paramédicaux en hygiène et référents en antibiothérapie sont identifiés, connus des professionnels sur la plupart des services. Ils sont notamment en charge de mobiliser et sensibiliser les équipes et de participer aux audits avec l’EOH. Les indicateurs tels que le suivi de la consommation d’ATB, des SHA et les audits d’hygiène sont déployés au sein des services. Les

surveillances des infections nosocomiales sont organisées dans les services de réanimation et services à risques. Les médecins sont mobilisés au travers de staffs mensuels inter services portant sur des cas infectieux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe d'EOH, les référents antibiotique et les correspondants médicaux et paramédicaux sont facilement mobilisables. Les nouveaux arrivants sont encadrés par compagnonnage, il existe également des sensibilisations par réunion de service et des formations internes et externes. Les documents « Recommandations 2017 du Comité anti infectieux et du CLIN » et un guide pratique pour la prescription des anti infectieux sont largement diffusés à tous les professionnels. Les protocoles et procédures liés au risque infectieux sont disponibles en GED ou en format papier. Les locaux, équipements et matériels sont disponibles, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité (SHA, équipements de protection...). La maintenance préventive des traitements d'eau et d'air est réalisée et tracée. Une alerte BMR/BHR sur le dossier informatisé est en cours de déploiement et respecte la confidentialité vis-à-vis des personnels non habilités. Les interfaces entre l'unité, la microbiologie et la pharmacie sont effectives. Toutefois, la formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux n'est pas complètement déployée. Une grande partie des professionnels rencontrés a déclaré ne pas avoir reçu de formation et notamment de formation périodique.

Par ailleurs, les locaux ne permettent pas de garantir systématiquement la maîtrise du risque infectieux. Il a été constaté au cours de la visite des experts visiteurs à TROUSSEAU :

-En salle de naissance, un stockage de matériel dans les box de consultation (cartons de papeterie, fûts cartonnés destinés aux déchets).

-Au niveau du bloc maternité, les revêtements de sol des circulations de ce secteur sont fortement dégradés et détériorés, ce qui ne permet pas d'en effectuer un bionettoyage efficace.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les médecins sont sensibilisés à la prescription des antibiotiques par la diffusion semestrielle des consommations d'antibiotiques et le retour sur les résistances bactériennes, ainsi que par des actions de formation destinées notamment aux internes. L'accès à un conseil en antibiothérapie est aisé. La liste d'antibiotiques ciblés implique la dispensation nominative et un suivi de la consommation en antibiotiques. Les résultats sont restitués aux secteurs d'activités. L'hygiène des locaux est tracée pour le prestataire externe. Les démarches préventives liées à l'air, l'eau sont tracées et transmises à l'EOH. Les procédures établies sur les conditions d'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales dans le secteur sont mises en œuvre : hygiène des mains, précautions standards, dispositif de prévention pour les AES, référents en hygiène, équipements, formations sur site, vaccination... L'indicateur ICALISO ne reflète pas l'organisation et les actions mises en œuvre pour la prévention des infections post opératoires car le faible score est en relation avec le non engagement de deux secteurs dans la surveillance des ISO. Néanmoins, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. L'audit réalisé sur la réévaluation des ATB entre la 24ème et la 72ème heure montre un taux de réévaluation insuffisant et celle-ci n'est pas automatisée avec un système d'alerte. Un dispositif informatique est en test dans le service de médecine interne de Tenon.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe de nombreuses actions d'évaluation et des indicateurs sont disponibles sur l'ensemble des sujets de la thématique (indicateurs nationaux, AP-HP, GHUEP). La maîtrise des règles d'hygiène est notamment évaluée à travers des audits sur les règles d'hygiène de base, le suivi des consommations SHA, le suivi des infections nosocomiales, des infections sur KT veineux central, le système de déclaration des AES, la surveillance des ISO, le suivi des professionnels formés. Le Bon Usage des anti-infectieux est suivi à travers la consommation ATB, le suivi des BMR, le suivi des BHR. Le respect de l'hygiène des locaux est réalisé de façon contradictoire par la DAPL et l'hygiène de l'environnement patient par le cadre de l'unité. Quelques EPP en lien avec la thématique sont enregistrées dans la base AP2, des EI sont déclarés et certains font l'objet de CREX. Le suivi de la mise en œuvre du programme d'actions institutionnel est réalisé annuellement par le groupe de pilotage.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place au regard des résultats obtenus, des ajustements sont réalisés sur la base des bilans annuels. Les actions sont renforcées par une communication comprenant un guide pratique GH pour l'utilisation des antibiotiques, une plaquette de recommandations aux bonnes

pratiques en matière de lutte contre les infections nosocomiales distribuée à l'ensemble des professionnels du GH, une lettre d'information trimestrielle décrivant les actions du GH en réponse aux problématiques liées à l'hygiène. Il existe également divers affichages mis en place. Les résultats des évaluations et des actions sont également communiqués en réunion dans les services avec les référents en hygiène et l'EOH. Des bilans sont également restitués aux instances et aux usagers.

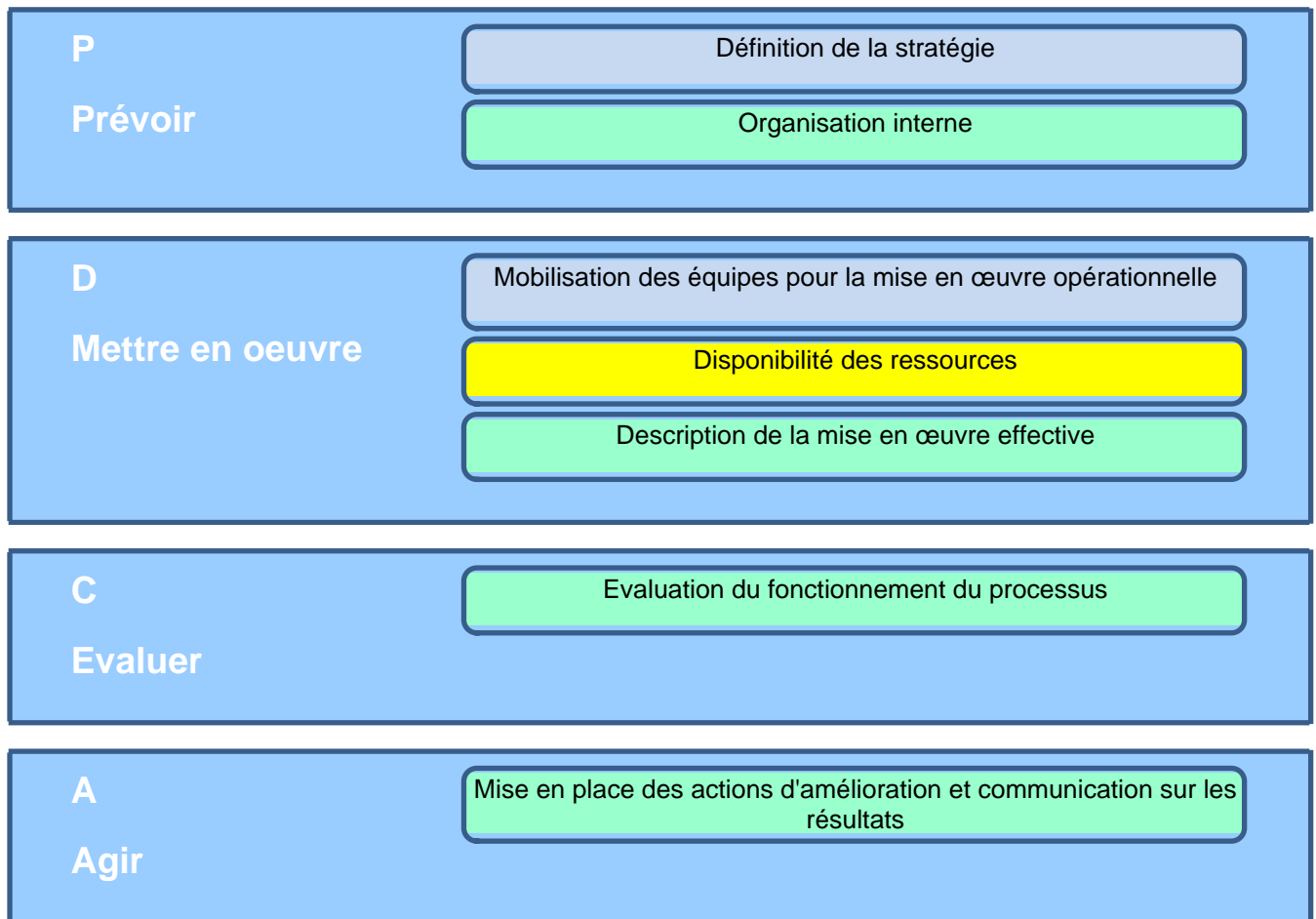
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP rappelle la volonté de répondre aux exigences légitimes des patients et la nécessité de prendre en compte la dimension éthique et humaine du soin dans un univers de grande technicité. Il énonce les objectifs de l'institution dans les domaines essentiels que représentent l'accueil des patients, le comportement des professionnels à leur égard, leur information, l'attention portée à leur entourage et la prise en compte des personnes vulnérables.

Le projet de prise en charge des patients du projet d'établissement 2015-2019, dont le suivi est confié à la Direction des patients, des usagers et des associations (DPUA), identifie les objectifs institutionnels en matière de qualité de prise en charge non médico-soignante des patients et des usagers. Il s'articule avec les autres volets, en particulier le projet de soins, le projet qualité et gestion des risques et le projet médical. L'affirmation et le respect des droits individuels et collectifs des usagers, la protection des personnes vulnérables, le rôle essentiel des représentants des usagers et l'appui des professionnels de la relation avec les usagers (équipes et instances dédiées, médiateurs) sont parties intégrantes d'un mode de travail collaboratif et facilité avec les équipes.

Ainsi qu'à l'occasion de la rédaction du précédent plan stratégique, l'institution a par ailleurs souhaité associer les usagers à ses groupes de travail préalables à l'élaboration de ce volet.

Le point 9 du programme de la Cellule Qualité, Sécurité des Soins - Conditions d'Accueil et de Prise en Charge des Usagers promeut le développement d'une dynamique d'hospitalité à l'AP-HP, dans la ligne des réflexions que la CME a engagées sur ce sujet.

Le volet gestion des risques qualité du plan stratégique 2015-2019 énonce une politique transversale qui contribue pleinement à la promotion et au respect des droits des patients, en particulier en matière de gestion des réclamations, de recueil de la satisfaction et relations avec les usagers (cf. partie « management de la qualité et de la gestion des risques »).

Ce volet réaffirme également l'engagement dans la voie de la transparence vis-à-vis des patients et le souci d'apprendre de ses erreurs, en cas d'événement indésirable.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance constituent l'une des dix priorités du projet de soins central piloté par la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP).

L'AP-HP impulse une politique institutionnelle de promotion des droits des patients, basée sur l'amélioration de la relation entre le patient et l'équipe pluridisciplinaire et sur la prévention des situations inacceptables en matière de respect de la dignité de la personne.

Le plan stratégique 2015-2019 prévoit en particulier la poursuite de la mise en œuvre de la politique de l'AP-HP en matière de long séjour, par l'humanisation des sites, une nouvelle répartition des lits de SLD sur la région permettant la prise en charge des personnes âgées au plus près de chez elles.

En matière de politique de sécurité des biens et des personnes sur tous les sites, l'AP-HP est engagée dans l'acquisition et/ou le renouvellement des matériels (seules 60% des chambres étant équipées d'un coffre à ce jour).

Le projet de soins, dans le cadre de l'objectif « Accompagner les restructurations, les évolutions et la montée en charge de l'activité ambulatoire et des parcours de soins, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins », prévoit diverses actions parmi lesquelles :

- Tenir compte de l'ergonomie des locaux et favoriser les mesures de confidentialité ;
- Apporter une expertise pour améliorer l'accès aux locaux des personnes à mobilité réduite

Concernant les aspects logistiques, l'attention portée au respect des droits des patients est particulièrement développée au sein du volet « restauration », qui expose les engagements suivants :

- Proposer au patient MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), en début de séjour, une carte de plats cuisinés réduite (environ 35 plats) parmi lesquels il peut opérer une sélection.
- Maintenir des solutions spécifiques pour les pathologies particulières.
- Différencier ou adapter le modèle de prestations alimentaires pour les patients en soins de longue durée (SLD), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en psychiatrie et en MCO.
- Prendre en compte lorsque cela est possible, les « spécificités confessionnelles » pour les patients accueillis.

Le projet d'établissement du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP) 2015-2019 s'inscrit dans les orientations portées par le siège :

- d'une part dans le projet de soins en axe 1 « partageons nos valeurs professionnelles » qui propose aux professionnels de santé et aux cadres de se retrouver pour s'interroger et porter un regard réflexif en équipe sur les pratiques professionnelles rencontrées dans le continuum de la vie du service, autour de la notion de respect du patient et dans le cadre de son parcours de soins et de son séjour hospitalier ;
- d'autre part dans un axe 3 « qualité sécurité des soins » dont l'un des objectifs est la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance dans les pratiques soignantes.

Le projet qualité sécurité des soins du projet d'établissement du GH insiste également sur l'importance « d'optimiser les principaux parcours de soins du GH en s'appuyant sur l'expérience vécue du patient », de « garantir les droits du patient et le rendre acteur tout au long de son parcours » et de garantir la qualité de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie.

Les représentants d'usagers sont partie prenante à la réflexion menée sur le respect des droits des patients au sein du projet des HUEP.

A partir de l'élaboration du processus "Droits des patients", la prise en compte des obligations légales, des résultats des questionnaires de satisfaction, des audits internes, des analyses statistiques des événements indésirables, du suivi des plaintes et réclamations, des résultats des indicateurs, 7 risques ont été identifiés par les pilotes sur la thématique « droits des patients », selon une méthode adaptée de celle de la HAS, et reportés au CQ des HUEP. Ces risques ont été intégrés au programme d'actions qualité sécurité des soins du GH, validé par la CMEL des HUEP en date du 28 mars 2017.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique est assuré par un comité de pilotage, avec la désignation par lettre de missions de 2 pilotes, dont un représentant des associations d'usagers appartenant à la commission des usagers (CDU) du GH. Ce groupe a été constitué pour accompagner la visite de certification. Il existe une commission des usagers au niveau du GH mais également au niveau de chaque site. Chaque CDU se réunit selon un calendrier défini. Un chargé des relations avec les usagers est identifié pour chaque site du GH.

La commission des usagers GH comprend le représentant légal de l'hôpital ou la personne qu'il désigne à cet effet, un médiateur médical et son suppléant, un médiateur non-médical et son suppléant et deux représentants des usagers et leurs suppléants, le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission, un représentant de la Commission Locale des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques (CLSI-RMT) et son suppléant, un représentant du personnel et son suppléant choisis parmi les membres du comité technique d'établissement en son sein. Un règlement intérieur encadre ses missions, sa composition et son fonctionnement.

Un comité éthique regroupe des professionnels volontaires médicaux et non médicaux. Ses membres ont initié ou contribué au sein de groupes de travail à renforcer la réflexion éthique sur un ensemble de procédures visant au respect des droits du patient (information des patients en cas de dommage liés aux soins, recueil de la personne de confiance et des directives anticipées). Font également l'objet d'une procédure, les modalités de signalement des cas de maltraitance, l'accès du patient à son dossier, la mise en place de contentions.

Les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage et l'accueil des enfants hospitalisés, tenant compte de la présence en continu des parents, sont prévues. Comme en atteste la composition des différents groupes de travail en charge du respect des droits du patient, la question de la promotion de la bientraitance et des droits des usagers est transversale. Elle inclut les secteurs cliniques, mais également administratifs et logistiques.

Dans le cadre d'un groupe de réflexion sur la bientraitance au sein du GH, un kit "partageons nos valeurs professionnelles" a été remis à l'encadrement pour appropriation et animation au sein des équipes. Des actions de formation de formateurs ont été instituées par le GH, en vue de former 2 référents "bientraitance" dans chaque site, qui seront eux-mêmes chargés de former progressivement l'ensemble des professionnels. A cette occasion, une charte de la bientraitance a été proposée.

La mise en œuvre du projet personnalisé de soins et la recherche du consentement éclairé du patient est organisée au sein du GH. On peut citer notamment :

- Dans le service de psychiatrie de Tenon, la signature par le patient d'un contrat de soins sur lequel les modalités de "limitation de liberté" sont inscrites et acceptées ;
- Dans les services de cancérologie du GH, un programme personnalisé de soins qui est remis au patient ;
- Dans le service de neuropédiatrie de Trousseau, l'organisation de rencontres avec les parents pour s'accorder sur les soins à réaliser.

Le livret d'accueil des usagers présente les droits et les missions de la CDU. Pour renforcer cette information, une affiche est disposée dans les lieux de passage et les chambres pour communiquer les coordonnées des représentants d'usagers/médiateurs à contacter si besoin. Par ailleurs, à chaque réclamation, les coordonnées des représentants d'usagers et médiateurs sont transmis au requérant lors de l'envoi de l'accusé réception par la Direction.

Les représentants des usagers du GH impliqués au quotidien dans le GH, participent à l'élaboration et la mise en œuvre d'audits et d'actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients du GH.

Par ailleurs, dans une volonté de créer une vraie force de propositions et d'actions, les représentants des usagers se réunissent tous les mois pour partager leurs expériences par site afin de les mutualiser pour le GH.

Les patients peuvent exprimer leur mécontentement via le dispositif de gestion des plaintes et réclamations. Dans ce cas, une revue des réclamations est organisée tous les mois et, selon les cas, une médiation pourra être proposée ou organisée à la demande du patient. Les HUEP ont mis en place une organisation pour la gestion des plaintes et des réclamations (accusé de réception, notice informant le patient sur les possibilités d'être accompagné d'un représentant des usagers, de bénéficier d'une médiation, modalités d'enquête interne, ...).

Le GH participe aux enquêtes de satisfaction e-satis AP-HP (consultations) et e-satis hospitalisation (hospitalisation MCO de plus de 48h). Des enquêtes thématiques (restauration) sont réalisées également au sein du GH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels sont informés des objectifs en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis au sein des pôles et des services, ainsi que des mesures nécessaires à leur obtention. Des objectifs quantitatifs relatifs aux droits des patients ont été définis, tels que le nombre de professionnels d'un service formés à la promotion de la bientraitance, les résultats d'audit portant sur le droit des patients. Ils sont fixés dans les annexes des contrats de pôles et sont pris en compte à titre individuel lors de l'évaluation annuelle des cadres de santé. Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs de leur service et à ceux de l'établissement. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles est déclinée selon la spécificité des services (par ex : services accueillant des patients mineurs, services accueillant des patients désorientés, psychiatrie, neurologie...). La réflexion bénéfice-risque et la recherche du consentement du patient et/ou de son entourage concernant les restrictions de liberté font l'objet d'une concertation de l'équipe soignante, notamment en psychiatrie. L'accueil personnalisé et le soutien à l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont mis en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le GH HUEP s'assure de la mise à disposition des compétences permettant de répondre aux attentes des personnes prises en charge au-delà de l'aspect des soins cliniques : équipe mobile de soins palliatifs, ou de gériatrie, ou de la douleur. Des formations sur les droits des patients sont organisées, notamment lors d'accueil de nouveaux arrivants. Une formation sur l'information en cas de dommage lié aux soins est en place. Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés individuelles. Les services ont accès à une liste d'interprètes de langues étrangères ou ont la possibilité de solliciter des prestataires pour bénéficier d'un accompagnement par un interprète si la langue recherchée ne fait pas partie de cette liste. Un kit de communication avec pictogrammes est mis à disposition aux urgences, pour améliorer le dialogue entre les équipes soignantes et les patients. Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels, qui sont formés à leur utilisation. Au décours de la prise en charge, les professionnels peuvent faire appel à des assistantes sociales et des psychologues si besoin. Près de 450 agents ont été formés en 2016 à des thèmes en lien avec le respect des droits des patients visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance (une centaine d'agents), au respect des libertés individuelles, aux dispositifs légaux des personnes en fin de vie et à l'accueil.

Une affiche est disposée dans les lieux de passage et est intégrée dans le livret d'accueil pour informer les patients des modalités concernant la désignation de la personne de confiance et les modalités de rédaction des directives anticipées. La plupart des services disposent de chambres doubles et certains utilisent des systèmes de séparation des lits par rideaux ou paravents. Le personnel, sensibilisé au respect de l'intimité et de la dignité des patients, invite si possible les patients "voisins" à sortir de la chambre pour le temps des soins ou de l'entretien médical. Dans certains services, une salle d'entretien est mise à disposition.

Cependant, le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité des informations relatives au patient n'est pas assuré en toutes circonstances :

- Le service de chirurgie orthopédie pédiatrique à Trousseau propose des chambres triples. L'établissement a indiqué que des travaux sont prévus pour déménager ce service et lui permettre d'améliorer cet aspect de la prise en charge des enfants.

- Le service d'hépatologie gastroentérologie de Trousseau dispose au ¾ de chambres doubles mais ne dispose pas d'un nombre suffisant de rideaux ou paravents. L'établissement a indiqué que ce service était également destiné à déménager.

- Dans le service de médecine interne à Tenon, il n'y a pas de local permettant de garantir la confidentialité des entretiens patient-soignant. Il a été indiqué lors de la visite, que l'entretien médical se fait dans la chambre en présence du voisin lorsque celui-ci n'est pas en capacité de sortir.

- Dans le service d'urgences de Tenon, des patients sont installés devant les box d'examen en attente de soins, de transferts ou de résultats, sans mesure pour préserver la confidentialité et l'intimité.

- Les conditions de rétrocession des médicaments à Trousseau ne permettent pas de garantir systématiquement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Le GH a indiqué avoir programmé des travaux pour y remédier.

- Les banques de l'accueil administratif à Rothschild (SSR) ne garantissent pas la confidentialité des données (écran d'ordinateur visible et dossiers des patients accessibles sur la banque).

- Dans le SSR pédiatrique de l'hôpital de La Roche Guyon, certaines des unités sont conçues comme des pièces communes hébergeant un certain nombre de lits sans séparations. Il n'y a pas de rideau ou paravent pour préserver l'intimité du patient pendant les soins. Une inspection de l'ARS a relevé ce constat et en réponse, le GH a indiqué que des travaux sont prévus pour réorganiser les secteurs d'hospitalisation et permettre d'améliorer cet aspect de la prise en charge des enfants.

Des possibilités d'hébergement sont proposées aux accompagnements : à l'hôpital de La Roche Guyon,

un studio peut être mis sur demande à disposition des familles. A l'hôpital de Trousseau, un des parents peut rester dormir avec l'enfant hospitalisé. Une maison des familles est également proposée dans le cas des hospitalisations programmées. Dans les services de neurologie pédiatrique et d'oncologie pédiatrique, un salon des familles est mis à disposition des parents à l'intérieur du service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage (ex : horaires de visites élargis en réanimation, en oncologie pédiatrique, en néonatalogie, en soins palliatifs...). Dans les services, des espaces de détente et d'accueil spécifiques sont installés. Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches : lieu de convivialité, lit d'appoint, fauteuil, maison des familles...

L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations difficiles, l'équipe mobile de soins palliatifs participe à l'accompagnement. Les restrictions de liberté sont réalisées selon la procédure définie. Dans les unités du GH, la contention est prescrite uniquement dans les situations à risque pour le patient, réévaluée et levée dès que possible (en gériatrie en cas de risque de chutes répétitives notamment). L'hôpital de Rothschild a été doté d'un système anti-fugue (portique à l'entrée et bracelet sur décision médicale). Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le livret d'accueil. Les secteurs d'activité mettent en œuvre les dispositions prévues pour garantir le respect des droits du patient. Les patients sont informés de leurs droits (charte du patient hospitalisé), des missions de la CDU ainsi que des représentants des usagers. Le respect de la confidentialité des informations est majoritairement assuré dans les services (portes fermées, zone de confidentialité à l'accueil). En dehors des difficultés architecturales, l'organisation et les pratiques de l'établissement sont mises en œuvre pour favoriser le respect de la dignité et de l'intimité lors des soins, y compris les soins d'hygiène (toilette, recueil des selles et des urines,...). L'utilisation des rideaux ou paravents a pu être constatée.

Le recueil du consentement éclairé et des diverses autorisations de soins est effectif. L'élaboration du projet de soins personnalisé, du projet de vie en SLD ou du contrat de soins en psychiatrie sont tracés dans le dossier patient. Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. Des actions visant la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre.

En lien avec la commission éthique du GH composée de professionnels de profils différents et qui se réunit 4 fois par an, des journées thématiques (débats) comme les "cafés éthiques" ont permis de sensibiliser les usagers à la désignation de la personne de confiance et des directives anticipées.

Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette information fait l'objet d'un formulaire intégré au dossier papier, comme l'ont démontré les audits « patient-traceur ». Le patient est informé sur la possibilité de formaliser des directives anticipées lorsqu'il aborde ce sujet, notamment dans les situations de fin de vie. Les professionnels ont été informés via des flyers.

Toutefois, il a été constaté une méconnaissance par les équipes de l'organisation interne visant à recueillir les directives anticipées, afin de veiller au respect des décisions du patient et à partager ces informations. Lors de la visite, les professionnels ont indiqué ne pas avoir de formulaire institutionnel (procédure validée le 15 juin 2017) et être en difficulté pour aborder le sujet avec les patients lors de leur admission. Ces difficultés inhérentes à la problématique de fin de vie font l'objet d'une réflexion pour atteindre une convergence entre tous les professionnels du GH et les usagers lors de leur admission. Sur la lancée des travaux engagés par le siège de l'APHP, les représentants des usagers ont insisté sur l'importance de développer une réflexion sur l'accompagnement des professionnels et sur les moyens à mettre en place pour faire évoluer ensemble les pratiques sur ces questions. L'attitude et le langage des professionnels sont adaptés envers les patients et les visiteurs. Une vigilance et une information sont apportées pour garantir au mieux la sécurité des biens des patients (lunette, prothèse, téléphone, argent,...). Les soignants disposent d'une feuille de traçabilité des inventaires effectués. Une réflexion a été engagée au sein du comité de pilotage en lien avec le comité éthique et les usagers concernant la pertinence de l'information donnée à l'occasion d'un dommage lié aux soins si l'évènement n'a pas eu de conséquence pour le patient. Les représentants des usagers ont accès au registre des plaintes et réclamations, aux éloges et remerciements. La CRUQPC/CDU réalise un bilan annuel tenant compte de l'ensemble des indicateurs sur les droits des patients. Cependant, il a été constaté une absence de mesure de la satisfaction de la prise en charge globale des patients dans les secteurs SSR, SLD et ambulatoires.

Les pilotes rencontrés ont indiqué ne plus remettre le questionnaire de sortie au patient, privilégiant l'enquête nationale e-satis, qui ne s'adresse cependant qu'aux patients hospitalisés plus de 48h en MCO, ce qui exclut les patients ne rentrant pas dans ce cadre. Par ailleurs, bien que l'établissement se mobilise pour systématiser le recueil de l'adresse courriel, le nombre de patients s'exprimant actuellement par ce vecteur est au premier trimestre 2017 de 49 patients à Saint-Antoine, 33 à Tenon et 78 à Trousseau. Les résultats d'enquête de satisfaction ne sont pas systématiquement partagés avec les représentants des usagers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Les critères en lien avec le respect du droit des patients font l'objet d'évaluation. Outre les indicateurs nationaux, l'établissement recueille le taux de plaintes et réclamations. Les questionnaires de satisfaction intègrent des critères en lien avec le respect des droits des patients. Le GH a engagé un certain nombre d'évaluations :

- un audit sur le droit des patients a été réalisé par les représentants des Usagers en avril 2017 et comprenait notamment des questions sur la bientraitance.

- une EPP sur l'usage de la contention lors des soins pédiatrique a été initiée en 2009 avec comme mesure l'hypno-analgésie pour diminuer les contentions.

- le GH participe à e-satis avec un taux de satisfaction en 2016 de 72%/70% en fonction des sites.

- la méthode du patient traceur est déployée dans le GH en partenariat avec les représentants d'usagers du GH.

Les résultats des évaluations sur l'ensemble des actions menées sur les droits des patients sont présentés à la CDU de chaque site et en synthèse de GH, notamment dans le bilan des plaintes et des réclamations. La CDU en GH aborde l'analyse globale des plaintes traitées sur chaque site et les mesures correctives menées. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les référents qualité en assurent le suivi avec les pilotes du processus et la Direction qualité. Au jour de la visite, sur les 36 actions relatives à la thématique droits des patients prévues au programme, 4 sont finalisées, 7 sont non initiées et 24 en cours. Le GH, à travers les résultats des différents sites, communique auprès des professionnels et des usagers sur les actions menées et les résultats obtenus (indicateurs).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

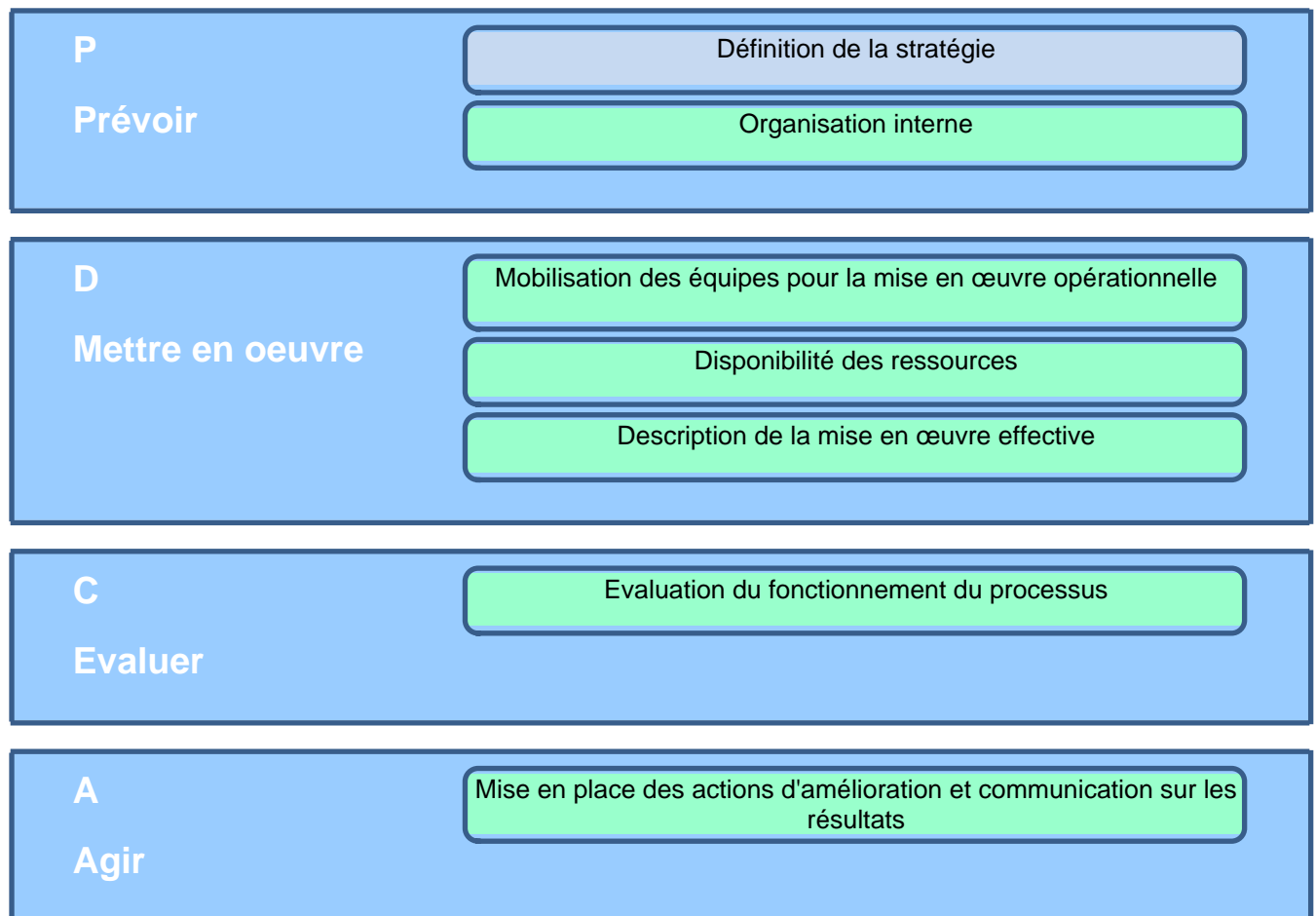
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'ambition de l'AP-HP dans son plan stratégique est de "Penser le parcours patient de demain". Pour cela, elle a développé une vision en cinq points qui rendent compte de sa volonté de s'intégrer dans la médecine de parcours en lien étroit avec tous ses partenaires :

L'AP-HP se positionne comme CHU du territoire, en concluant des partenariats avec les autres établissements de santé, qui prennent en compte son rôle de recours et de proximité et qui visent à améliorer l'accessibilité pour les patients. En complément, l'AP-HP déploie sa stratégie globale d'amélioration des urgences (plan Urgences lancé en juin 2014) ;

L'AP-HP développe une coopération avec la médecine de premier recours (médecins libéraux, centres de santé, maisons de santé pluri professionnelles,) ;

L'AP-HP conduit une évolution majeure des prises en charge qui vise à mieux soigner tout en hospitalisant moins : poursuite de la dynamique en chirurgie ambulatoire et développement de l'hospitalisation de jour en médecine, promotion de l'hospitalisation à domicile ;

L'AP-HP a positionné la qualité comme levier de sa propre transformation : meilleure prise en compte de la parole du patient dans le parcours du patient, renforcement de la culture de la déclaration et de l'évaluation des pratiques professionnelles, poursuite du déploiement de la juste prescription, amélioration des organisations, et meilleure intégration des différentes démarches de certification (certification V2014 ; accréditation des laboratoires...) ;

L'AP-HP, 1er CHU français, accompagne la prise en compte de besoins nouveaux : patient acteur de son parcours (place de la prévention, éducation thérapeutique du patient), plan cancer 3, parcours patients (périnatalité, personnes âgées, psychiatrie, handicap, patients vulnérables...).

Le parcours patient est un axe fort du projet d'établissement 2015-2019 du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP). Il est porté par le projet médical, le projet de soins et le projet qualité. Le projet d'établissement des HUEP s'appuie sur les orientations du plan stratégique de l'AP-HP, intégrant dans son 1er axe l'approche des prises en charge par parcours, avec pour principaux objectifs :

- Le renforcement de l'accessibilité aux consultations,
- La définition d'une stratégie d'amélioration des urgences,
- Le développement de l'activité ambulatoire,
- L'amélioration de la qualité de la sortie du patient.

Les orientations portent une logique de filières, de transversalité intra GH et inter GH, de coopérations territoriales, de développement des liens avec la médecine de ville. Des conventions de partenariat et des accords sont établis avec de nombreuses structures, qu'il s'agisse d'autres GH de l'AP-HP ou d'établissements extérieurs, publics ou privés. Ces partenariats concernent plusieurs domaines, notamment : l'oncologie, la neurologie, la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques en dialyse, la prise en charge de l'orthopédie en cas d'hôpital en tension (HIA de Begin).

Le GH HUEP participe à des réseaux parmi lesquels l'Association gériatrique de l'Est parisien, les réseaux relatifs à l'oncologie, les soins palliatifs, la douleur et la périnatalité. La prise en charge des patients relevant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique, SSR et SLD est organisée sur les 5 sites de l'établissement : SAINT ANTOINE, TENON, TROUSSEAU, ROTHSCHILD, LA ROCHE GUYON.

Dans son projet médical, le GH HUEP conforte ses filières de prise en charge (AVC, Oncologie, Gériatrie, Périnatalité, ...) et structure les parcours patients dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins au sein du territoire. Les axes bienveillance, accueil, séjour, sortie engagent les professionnels non médicaux dans le projet de soins du groupe hospitalier. La stratégie du GH HUEP relative au parcours patient est déclinée au niveau des différents pôles d'activité, engagés par contractualisation dans la déclinaison des objectifs institutionnels.

Elle est portée par la Commission Parcours Patient (CPP), sous-commission de la CMEL, intégrant la commission EPP.

L'analyse des données d'activité a conduit les Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien à définir, sur la base des « Groupes Homogènes de Patients », ses parcours principaux. Le GH a engagé une priorisation et une modélisation des parcours identifiés. Cette démarche s'est complétée par la méthode du patient traceur pour déterminer les principaux risques.

L'analyse des risques s'est enrichie des sources de données disponibles (dont les IQSS, les événements indésirables, les plaintes, les réclamations, les enquêtes e-satis, ...)

9 risques ont été retenus et hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS. Des objectifs d'amélioration et des plans d'actions ont été définis avec les professionnels concernés ; les responsables d'axes sont nommés, le calendrier est défini. Le programme a été validé par le comité stratégique, il est articulé avec le PAQSS du GH HUEP.

ORGANISATION INTERNE

Le Pilotage institutionnel est porté par le Directeur du GH, le président de la CMEL et le coordonnateur

général des soins. Le pilotage opérationnel est assuré par le comité de pilotage « parcours patient » associant le Directeur de l'Organisation et des Parcours Patients et les Représentants des usagers. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des pilotes du processus. La Commission Parcours Patient (CPP) pluriprofessionnelle, représentative de tous les pôles et de tous les sites, s'appuie sur les patients traceurs et le raisonnement clinique partagé. Elle associe les experts des différents domaines de l'oncologie, la gériatrie, la nutrition, l'éducation thérapeutique ainsi que les responsables des groupes projets «gestion des séjours, amélioration de la sortie, structuration du parcours en ambulatoire, amélioration de l'accessibilité à l'offre de soins, ... ».

Cette Commission travaille en collaboration avec la Commission Qualité Sécurité des Soins, la CSIRMT, les référents EPP, les représentants des usagers, et les représentants des différents comités institutionnels (CLIN, CLAN, CLUD-SP, CSTH, COMEDIMS, COMETH, COVIRIS).

La CPP décline son organisation au niveau des sites et des pôles. L'accompagnement et le suivi des programmes patients traceurs sont assurés au niveau des sites par le responsable qualité et les référents EPP médicaux et non médicaux des pôles ; les responsables qualité de sites et les référents qualité des pôles assurent la modélisation des parcours identifiés, proposent des patients traceurs et assurent les actions d'amélioration et leur suivi.

Des groupes de travail par thématique (ex : chutes, fugues) sont en place et œuvrent à la déclinaison des actions d'amélioration. 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 définition des postes de travail dans les différents services est en adéquation avec les besoins de prise en charge spécifique des patients. La permanence des soins est organisée au plan médical et paramédical. Des équipes de liaison (ex : équipe mobile de gériatrie, équipe mobile douleur soins palliatifs) et les réseaux de référents en interne (référents nutrition) favorisent la transversalité des prises en charge au sein des sites ; des équipes mobiles structurent la collaboration inter établissements telles que l'équipe mobile d'endoscopie et l'unité mobile d'assistance circulatoire extracorporelle pédiatrique travaillant en collaboration avec le SMUR et l'établissement Robert Debré. Le plan de formation intègre des actions transversales au GH (qualité / gestion des risques, accueil et communication avec le patient et son entourage, bienveillance, éducation thérapeutique, gestes d'urgence, transmissions ciblées et raisonnement clinique, ...) et spécifiques aux pôles d'activité (troubles du comportement chez la personne âgée, nutrition, hémodialyse). Les modalités de recrutement des personnels médicaux et non médicaux sont définies. Des livrets d'accueil spécifiques aux sites sont prévus pour les nouveaux internes. Des séminaires d'intégration des nouveaux agents non médicaux sont organisés au sein des sites. Les documents (génériques ou de spécialité) nécessaires à la réalisation des activités, sont disponibles dans les services ; un logiciel de gestion documentaire est en cours de déploiement. Les locaux et équipements nécessaires à l'atteinte des objectifs sont prévus pour les différents parcours et adaptés aux caractéristiques des patients et de leurs pathologies (isolement, bracelets anti-fugue, dispositifs de pesée, fauteuil-lit pour un éventuel accompagnant, ordinateurs, ...). L'entretien, la maintenance et la gestion des pannes sont organisés par un système de GMAO. Le système d'information organise l'accès :

- au socle commun du dossier patient (ORBIS) permettant la lecture des courriers médicaux,
- au logiciel de commande des transports internes et inter-hospitaliers,
- à la déclaration des événements indésirables,
- aux résultats d'examens d'imagerie et de biologie.

Le système d'information facilite la communication avec la médecine de ville ; une plateforme d'accès aux demandes de rendez-vous est déployée, l'adressage des courriers aux correspondants externes par messagerie sécurisée est en cours de consolidation. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Plusieurs chartes définissent la gestion des circuits ; ainsi, la charte de la gestion des séjours des hôpitaux universitaires de l'Est parisien (dans sa version provisoire d'octobre 2016) formalise le rôle des cellules d'organisation des séjours (situées sur les sites de Saint Antoine, Tenon et Trousseau), centrées sur la fluidification des parcours programmés et non programmés ; l'organisation de l'hospitalisation pour chirurgie ambulatoire décrit les modalités de programmation et de prise en charge ; les chartes de brancardage de Saint-Antoine et de Tenon formalisent les modalités de coordination entre professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les pôles et services se mobilisent pour répondre aux objectifs issus de l'analyse des parcours qui les concernent, tels que le circuit de la pose du PAC en ambulatoire à Trousseau, la prise en charge nutritionnelle dans les services de pédiatrie et de gériatrie, la mise en œuvre des démarches de prévention du risque de chute. Les professionnels non médicaux sont engagés dans la démarche du raisonnement clinique partagé contribuant à la qualité des transmissions soignantes. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus, notamment par la sensibilisation à la déclaration des événements indésirables, à la

méthode du patient traceur et à la mise en œuvre d'EPP. Ainsi une EPP relative à la traçabilité de la prise en charge diététique des patients dialysés est initiée dans les suites des résultats des IQSS de spécialité de 2015. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats.

Sur le site de Tenon, un CREX médicament mensuel est réalisé en groupe pluridisciplinaire dans les services de néphrologie et de dialyse. Des audits mensuels associant les professionnels sont mis en œuvre, notamment dans le service des enfants brûlés de Trousseau. Ils concernent le port du bracelet d'identification, la traçabilité du poids et de la taille, le respect des règles d'hygiène. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Les axes de travail sont identifiés en groupes pluriprofessionnels dans les services parmi lesquels la mise en place de livrets d'accueil spécifiques. Dans les suites des patients traceurs réalisés, des axes de travail internes aux pôles sont en cours de mise en œuvre tels qu'en neurologie de Saint-Antoine (amélioration des interfaces avec les laboratoires de biologie), en hématologie adulte (3 axes relatifs à l'hémovigilance, l'identitovigilance, l'administration du médicament), en néphrologie (réalisation d'une check-list Greffe, et travail de collaboration avec le bloc opératoire).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le GH dispose de plusieurs outils pour faciliter l'accessibilité aux soins : une plateforme téléphonique ou call center permet la prise de rendez-vous en ligne à Saint-Antoine, Tenon et Trousseau.

Un dispositif de Permanence Aux Soins de Santé (PASS) est en place à proximité des services d'urgence du GH, relayé dans les services par l'équipe sectorisée des assistantes sociales. A Saint-Antoine, un accès aux consultations est ouvert aux personnes en situation de précarité.

Les ressources en compétences en termes d'effectifs et de formations requises sont identifiées et disponibles dans le respect des besoins et des organisations définies. L'affectation des kinésithérapeutes, dans un contexte de difficultés de recrutement, est assurée en gériatrie et dans les services critiques.

La permanence médicale seniorisée est assurée ; les tableaux de gardes et astreintes sont disponibles dans les services et accessibles aux professionnels.

Les tableaux de présence des personnels non médicaux sont affichés. Le dispositif de suppléance en cas d'absentéisme imprévisible repose sur la mutualisation des équipes au sein des pôles et l'activation des équipes de suppléance internes aux sites. La permanence administrative et soignante jour et nuit est assurée.

Les professionnels participent aux actions de formation définies en transversal (gestes d'urgence, ...) et spécifiques internes aux pôles (ex en Psychiatrie : violence / agressivité, entretien thérapeutique ; en Pédiatrie générale : séquences mensuelles d'enseignement, travaux pratiques en centre de simulation, en Néphrologie : l'accent est mis sur la dialyse péritonéale, ...).

Les nouveaux agents participent aux journées de formation multi thématiques déployées sur les sites ; en hématologie de Saint Antoine, une IDE référente accompagne le parcours d'intégration des nouveaux comportant notamment un axe relatif aux médicaments et aux calculs de doses.

L'accès à la documentation papier et dématérialisée est organisée dans les secteurs d'activité. Les procédures GH relatives notamment à la conduite à tenir en cas de fugue, l'échelle de dépistage du risque de chute, la conduite à tenir en cas de dénutrition chez le patient adulte, les critères de réalisation d'un courrier de fin d'hospitalisation (CRH) ORBIS sont accessibles sur l'outil informatisé de gestion documentaire.

Des documents d'information pour les patients et leur entourage sont disponibles dans les secteurs concernés tels que le livret d'accueil, les supports éducatifs relatifs à l'éducation nutritionnelle (policlinique Baudelaire Saint-Antoine), à la prise en charge après chirurgie du sein associée à un curage axillaire (gynécologie Tenon), à l'asthme (allergologie pédiatrique Trousseau).

Il apparaît de nombreux supports de traçabilité de la prise en charge. Le DPI Orbis, en cours de déploiement, permet l'intégration des courriers médicaux. Il permet en outre l'accès aux résultats des examens de biologie et d'imagerie. L'équipement des locaux répond aux besoins des patients accueillis.

Cependant les situations pouvant mettre en jeu la sécurité des personnes ne sont pas toutes identifiées. A l'hôpital Trousseau, il a été constaté l'existence de fenêtres non sécurisées et ouvertes dans les chambres du bâtiment Chigot et au niveau des accès par escaliers aux différents étages du bâtiment Lesné. Cette configuration constitue un risque au regard de la population accueillie : risque de chute mais également risque suicidaire.

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.

Le dispositif d'accueil et d'orientation des personnes se présentant pour une urgence repose sur les services d'urgence de Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. Des modalités de prise en charge spécifique avec admission directe sont définies et mises en œuvre au sein des différentes filières telles que la neurologie, la néphrologie, la pneumologie. L'accueil des personnes âgées et des patients souffrant de troubles psychiatriques repose sur l'intervention dans les services d'urgence des équipes de liaison.

Le dispositif de gardes et astreintes mis en œuvre dans les différents services permet d'assurer la permanence des soins 24h/24.

La proximité des SAU des services de psychiatrie de Saint-Antoine et de Tenon favorise la prise en charge somatique des patients relevant de santé mentale. Un bilan biologique systématique des patients relevant

d'une pathologie psychiatrique est assuré lors de leur admission aux urgences ou dès l'entrée dans le service. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée au sein de filières, telles que les personnes âgées (filière de territoire), les patients porteurs de maladie chronique (ex : BPCO). La prise en charge spécifique des enfants, assurée notamment sur le site de Trousseau, est organisée. Le service d'onco-hématologie pédiatrique travaille en réseau avec les centres spécialisés en Île-de-France, situés dans les hôpitaux de Saint-Louis, Robert Debré et les instituts Curie et Gustave Roussy, faisant participer une IDE de coordination de parcours. L'accueil et la prise en charge des personnes détenues est assurée en collaboration avec les services judiciaires. Le dispositif de PASS, intégré dans les services des différents sites, accompagne la prise en charge des patients démunis.

Les équipes sont sensibilisées à la prise en charge du handicap, l'adaptation de l'installation des patients. L'appel à des interprètes est facilité. La prise en charge des enfants polyhandicapés sur le site de La Roche Guyon répond aux besoins en soins spécifiques. Une évaluation initiale médicale et paramédicale est effectuée comme constaté lors des patients traceurs réalisés, notamment dans les services de courts et moyens séjours de digestif, chirurgie thoracique, psychiatrie et gériatrie. Un suivi d'indicateurs par site et par service est assuré par le GH ; l'établissement poursuit la sensibilisation des équipes sur la traçabilité des évaluations initiales réalisées. Les avis donnés par les médecins spécialistes sont retrouvés dans les dossiers. Le dépistage de la douleur avec des échelles adaptées aux patients communicants et non communicants est assuré et tracé.

La prise en charge nutritionnelle est un axe de travail soutenu par le CLAN et les ELAN sur tous les sites ; des référents nutritionnels sont identifiés dans les pôles. Le passage de la diététicienne est organisé dans les services. La traçabilité de la démarche en soins diététiques fait l'objet d'une EPP initiée à Saint Antoine en 2010 et étendue sur les autres sites du GH en 2013. Des indicateurs relatifs aux modalités de prise en charge sont identifiés et suivis. Un audit de la traçabilité du poids, de la taille, de l'IMC est assuré par le service diététique. Les indicateurs présentés pour 2016, montrent, en moyenne pour le GH, une traçabilité du poids à 48h dans près de 92% des cas, de la taille dans 82%, et de l'IMC dans 62% des cas.

La traçabilité du risque d'escarres mesuré avec l'échelle de Braden est variable selon les sites comme indiqué par les IQSS 2016 (MCO : 63% à Saint Antoine, 68% à Tenon ; SSR : 69% à Rothschild). Une démarche d'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients porteurs d'escarres est réalisée sur le site de Rothschild depuis 2014. Le plan d'actions est suivi par le service diététique.

Le risque de défaut d'évaluation du risque suicidaire est identifié par l'établissement dans son compte qualité ; un programme de formation est défini et en cours de mise en œuvre. Un flyer « votre patient a-t-il des idées suicidaires ? » est diffusé sur la base informatisée de gestion documentaire. Le projet de soins personnalisé intégrant la réflexion bénéfice-risque, est défini en groupe pluridisciplinaire, réévalué et tracé. Les réunions pluriprofessionnelles mises en œuvre dans les différents services tels que la neurologie, la néphrologie et la gériatrie organisent une prise en charge coordonnée. La prise en charge des patients relevant de l'oncologie (pneumologie, hématologie) répond à des décisions collégiales tracées, comme mesurées par les RCP (Trousseau : 87%, Tenon : 97%, Saint Antoine : 100%). Le projet personnalisé de soins des patients suivis dans les services d'oncologie est formalisé et actualisé. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge repose sur l'intervention dans les services des professionnels médico-techniques et du service social. Un défaut de traçabilité des interventions des kinésithérapeutes, en déficit de recrutement, est identifié dans le compte qualité et pris en compte. Leur passage systématique est assuré dans les unités de gériatrie.

De nombreux programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont en place (39) ; ils sont assurés par des équipes multi disciplinaires engagées par une charte de confidentialité et de déontologie. Des démarches d'ETP peuvent aussi être développées au sein des services, tels qu'en néphrologie (travail de sensibilisation des familles), en dialyse (formation des patients à leur prise en charge), ou dans le service des enfants brûlés (ateliers destinés aux parents : peau/massages, prévention de la brûlure).

Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est disponible dans tous les services. Il apparait la présence de chariots d'urgences vérifiés et sécurisés, l'affichage de modalités d'appel adaptées à chaque site, un suivi de formation des professionnels à l'AFGSU.

La sortie est organisée de façon à assurer la continuité et la sécurité des soins, des pochettes de sortie sont mises en place, notamment dans les services de digestif, d'hématologie et de psychiatrie. Elle est anticipée en lien avec le service social et facilitée par l'activation des filières de territoire notamment pour la gériatrie. Le dispositif PRADO est activé dans les secteurs de maternité, orthopédie, chirurgie viscérale et pneumologie. Un dispositif spécifique d'intéressement est conclu avec les pôles afin de favoriser la mise à disposition d'un courrier médical de sortie en temps utile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du parcours patient sur la base d'outils identifiés. Le GH HUEP dispose de nombreux indicateurs concourant à l'évaluation de la qualité du parcours patient : indicateurs nationaux, indicateurs internes (nombre de fugues, de chutes, de complications liées aux soins, d'évènements indésirables, bilan des CREX et des RMM, résultats d'enquêtes, d'audits, nombre de patients traceurs réalisés, suivi des EPP, intégration de la démarche de raisonnement clinique partagé, ...). Un tableau de bord trimestriel concernant les délais de publication et

de validation des courriers de sortie est élaboré. Des bilans d'activité sont réalisés, formalisés et présentés à la Commission Parcours Patient, dont notamment le bilan d'activité annuel du CLAN, du comité d'éducation thérapeutique et de la PASS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration portent sur la réduction des délais d'attente, l'organisation de la pose des PAC en ambulatoire, la fluidification du parcours d'aval des urgences, l'amélioration de la prise en charge somatique en psychiatrie, l'organisation de la sortie par le déploiement des pochettes de sortie, la réduction des délais de production des courriers médicaux, l'amélioration des liens avec la médecine de ville avec l'activation de la messagerie sécurisée, ... Des supports et modalités de diffusion sont établis. Des actions de communication sont réalisées en CPP, CMEL, COMEX, CDU, ainsi qu'à l'occasion des journées d'accueil des nouveaux internes.

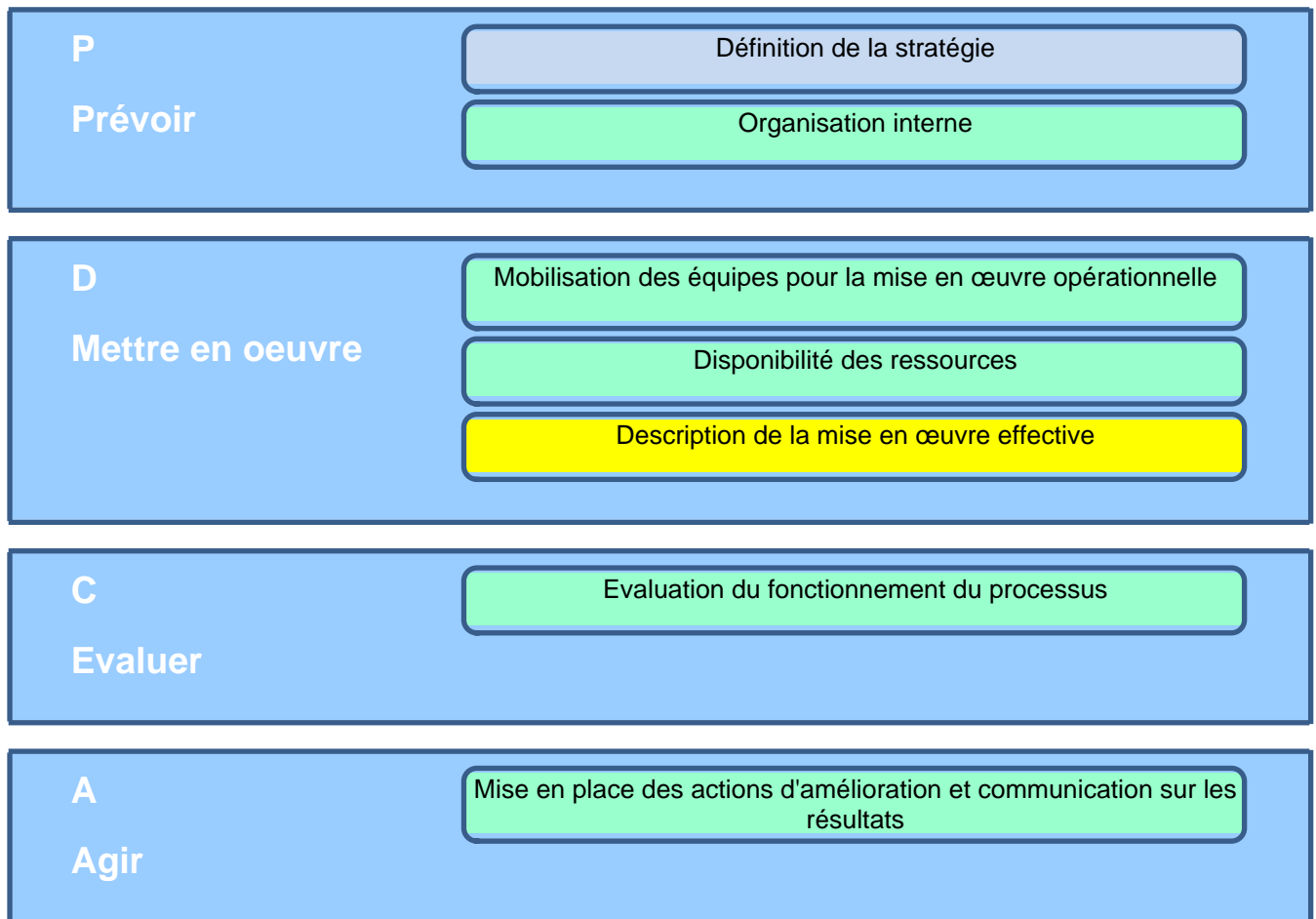
DOSSIER PATIENT

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

Le plan stratégique 2015-2019 du siège de l'AP-HP vise le déploiement d'un dossier patient unique et partagé, commun à l'ensemble des groupes hospitaliers. Cette stratégie prévoit le déploiement d'un dossier patient informatisé (ORBIS) intégrant les différentes composantes relatives au parcours de soins : dossier médical, dossier de soins, prescription, gestion administrative, interfaces,...

Cet axe est repris dans le projet d'établissement 2015-2019 du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP), dans son volet projet de soins (axe 1), ainsi que dans son volet "qualité sécurité des soins". Cette orientation est reprise comme objectif majeur de la politique du dossier patient des HUEP, validée par le Directeur Général et le Président de la CMEL en mai 2017. Le plan d'actions principal pour l'atteindre est le déploiement du dossier patient informatique sur l'ensemble des sites composant les HUEP.

Une cartographie du processus "Dossier Patient" a été élaborée par les pilotes de la thématique. Elle a permis d'identifier 7 risques prioritaires au niveau du Groupe Hospitalier, à partir des résultats des indicateurs IQSS, d'une évaluation des dossiers de soins selon les critères de la HAS et de la recommandation issue de la certification V2010 en Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Les risques ont été hiérarchisés dans le compte qualité et ont donné lieu à un programme d'actions, articulé avec le Programme d'Actions Qualité Sécurité des Soins institutionnel, comprenant l'identification d'un responsable par action, de modalités de suivi et d'un échéancier de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions, le GH HUEP a mis en place une organisation pour piloter le processus « dossier patient ». Le pilotage de la thématique dossier patient a été confié au comité de pilotage GH "dossier patient" qui s'appuie notamment sur des comités opérationnels pluri professionnels "dossier patient" par site. Les 4 copilotes ont été désignés avec une lettre de mission, il s'agit d'un médecin DIM, d'un médecin interniste, du coordonnateur général des soins adjoint et du Directeur du système d'information. Des actions de formation et d'information sont organisées afin d'accompagner les professionnels au fur et à mesure des évolutions et du déploiement des logiciels, qu'il s'agisse de formation initiale ou continue.

Le GH prévoit l'organisation de formations pour :

- le déploiement de l'informatisation du dossier patient d'une part par les équipes du siège de l'AP-HP, d'autre part avec deux infirmières référentes détachées pour accompagner les équipes dans la durée
- l'appropriation du logiciel centralisé des archives auprès des secrétaires médicales, avec la désignation de référents au sein des archives.
- les bonnes pratiques de réalisation des Comptes Rendu d'Hospitalisation (CRH) avec une formation pour les nouveaux arrivants et une de perfectionnement à destination des médecins et secrétaires médicales.

Dans l'attente du déploiement complet d'ORBIS, l'organisation du dossier patient repose sur une coexistence de nombreux supports avec l'utilisation de multiples applications logicielles dans les différents sites composant le GH. Il persiste également des dossiers patients papier (médicaux et soins). Les modalités de déploiement d'ORBIS sur l'ensemble des sites sont prévues de façon séquentielle. Cependant, le GH ne dispose pas à ce jour d'un dossier patient unique sur tous les sites :

- La pluralité des formats de dossiers et la diversité des applications informatiques qui les composent ne permettent pas une visibilité de l'ensemble du dossier pour un même patient.
- La présence de logiciels non interopérables nécessite la réalisation d'impressions papier pour assurer la continuité des prises en charge entre les urgences et les services d'aval, ou la ressaisie des prescriptions d'anesthésie (papier) par les services d'hospitalisation sur leur propre support.
- L'existence dans certaines unités de plusieurs dossiers (dossiers infirmiers, médicaux, dossiers informatisés) sans unité de lieux ne permet pas aux professionnels assurant la prise en charge des patients de disposer en temps réel de toute l'information utile à la prise en charge des patients de l'unité pendant leur séjour (infirmiers, médecins, autres intervenants paramédicaux...)
- Dans le service de dialyse à Trousseau, le dossier papier se retrouve à différents endroits du service (feuille de prescription médicale, feuille de traçabilité de l'administration des prescriptions médicales, cahier de prescription) ;
- Le patient traceur réalisé en oncologie à Tenon a montré que le dossier médical est séparé de la fiche IDE, du dossier du psychologue et des éléments sur les soins de support et de diététique qui sont à part, avec un compte rendu informatisé et des prescriptions informatisées pour la chimiothérapie.
- les dossiers de consultation ne sont que très partiellement intégrés dans les dossiers d'hospitalisation à Saint-Antoine, alors que sur les sites de Tenon et de Trousseau les dossiers de consultation sont intégrés au dossier d'hospitalisation.

Le patient traceur réalisé en cancérologie (Hôpital Tenon) confirme ces points :

- Certains documents non retrouvés : compte rendu de la consultation de l'IDE annonce, consultation diététique, alors que la patiente en a bénéficié

- Coexistence dossier papier et informatisé ne permettant pas de garantir la lisibilité du suivi de prise en charge
Ce risque a été identifié par les pilotes et un plan d'actions a été défini. Au jour de la visite, les actions sont en cours. Concernant les règles de gestion du dossier patient, celles-ci sont formalisées dans la procédure accessible sur la Gestion documentaire électronique (GED) « politique du dossier patient ». Ce document prend en compte les responsabilités, la tenue du dossier, la composition, la communication du dossier patient, l'archivage, l'élimination des dossiers ainsi que les modalités d'évaluation du dossier patient. Les règles d'accès au dossier par les professionnels, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures ont été formalisées et diffusées sur la GED au cours de la visite (procédure validée le 23 juin 2017).

La gestion de l'archivage est organisée par site, avec un archivage centralisé sur chaque site (un local sur Saint-Antoine, trois locaux sur Tenon, un local sur Trousseau, un local sur Rothschild), auquel vient s'ajouter l'externalisation d'une partie des dossiers ainsi que le stockage de dossiers dans des locaux à la discrétion des services de soins.

Un outil informatique permet de localiser un dossier patient au sein du GH :

- Sur le site de Saint-Antoine, l'enregistrement du dossier dans cet outil est réalisé par le service des archives centrales, à l'exception du centre de la douleur qui a une délégation.

- Sur le site de Tenon, l'enregistrement du dossier dans cet outil est réalisé par certains services comme la pneumologie (qui dispose de 2 archivistes sur cette fonction) par délégation, ou par le service des archives centrales.

- Sur le site de Trousseau et de Rothschild, l'enregistrement du dossier dans cet outil est réalisé par les archives centrales à réception du dossier dans leur local.

Il appartient au service central des archives ou aux services de soins ayant reçu une délégation de générer un code d'identification (NCA) pour chaque dossier créé dans le logiciel de localisation et de renseigner dans ce logiciel tous les mouvements du dossier.

Concernant les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient, elles sont définies en fonction de leur profil par le siège AP-HP. Chaque nouvel arrivant est inscrit sur l'annuaire Active Directory de l'institution et se voit attribuer un mot de passe associé à son identifiant. Pour permettre la communication avec les correspondants externes, une pochette de sortie est préparée pour chaque patient et lui est remise en vue d'organiser la continuité de sa prise en charge. Elle comprend en principe le compte rendu d'hospitalisation (provisoire ou définitif), l'ordonnance de sortie et le bulletin de situation. Lorsque les correspondants externes disposent de la messagerie sécurisée, ils reçoivent par ce vecteur le compte- rendu d'hospitalisation, dès lors qu'il est validé par le médecin sénior. L'organisation de l'accès du patient à son dossier a été définie. Un responsable est désigné, une procédure actualisée en précise les modalités. Le patient est informé de ses droits d'accès au dossier ainsi que des pièces qui pourront lui être communiquées via le livret d'accueil, qui comprend également un formulaire détachable à remplir pour obtenir la communication de la copie des documents.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions opérationnels sont mis en œuvre dans le cadre de la démarche institutionnelle, notamment le développement du logiciel institutionnel défini par le siège de l'AP-HP. Des groupes de travail ad hoc sont organisés notamment pour le dossier de soins (paramétrages et formalisation de protocoles de chemin clinique). Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient en lien avec les orientations de l'établissement. Les responsables (cadres supérieurs, cadres de santé, cadres référents qualité) mobilisent et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. Dans le cadre d'évaluations régulières des dossiers de soins, ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (quicks-audits sur des éléments du dossier de soins, présence de la fiche de déclaration de la personne de confiance, etc.) et informent les professionnels de leurs résultats. La communication auprès des équipes sur la politique du dossier est effective. Une affiche sur les règles de tenue du dossier patient a été élaborée et diffusée dans les services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les ressources documentaires sont en partie disponibles sur la gestion documentaire électronique et d'autres sont en cours d'intégration. Les médecins et les internes sont formés à l'usage du logiciel ORBIS pour sa composante "dossier médical" et "prescription". Les professionnels en poste, les remplaçants et les nouveaux arrivants sont formés aux logiciels "dossier" dont ils ont l'utilité. Plusieurs formations concernant les applicatifs sont dispensées, soit via une formation institutionnelle, soit via les référents des services, ou encore par système de compagnonnage ou tutorat des nouveaux arrivants lors de la prise de poste. Par ailleurs, des fiches pratiques ont été élaborées, notamment pour le dossier médical, l'accueil en consultation, la prescription. Des équipements informatiques sont déployés dans toutes les unités de soins, sur des chariots mobiles ou dans les postes de soins, ainsi que dans les bureaux

médicaux.

Durant l'hospitalisation du patient ou lors de ses venues en consultation, les dossiers "papier", médicaux ou paramédicaux, sont conservés soit au niveau des salles de soins ou postes médicaux dans des chariots dédiés, soit au sein d'une chemise spécifique (pièces médicales), soit dans un classeur pour le dossier de soins infirmiers. Il existe un responsable des archives pour le GH. Des locaux d'archives centrales sont présents sur chaque site, pour lequel un responsable formé à la gestion des archives est désigné, à l'exception de l'Hôpital La Roche Guyon, où c'est une secrétaire médicale qui en assure la responsabilité. Les locaux investigués sont dans la majorité conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers (Saint-Antoine, Meyniel et Galien à Tenon, Trousseau, Rothschild).

Cependant, les conditions de conservation des dossiers ne sont pas toujours sécurisées. Sur le site de Tenon, pour les archives situées dans le bâtiment Babinski, la porte principale menant dans les locaux des archives munie d'un digicode ne ferme pas et les portes amenant aux rayonnages sont ouvertes dans la journée, les rendant accessibles sans contrôle d'accès. Par ailleurs, il a été constaté dans certains services (pneumologie, endocrinologie, ...) une conservation des dossiers non conforme aux règles d'archivage fixées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au niveau du GH HUEP, l'informatisation du dossier patient est en cours de déploiement et concerne à ce jour :

- 100% du dossier administratif
- 75% du dossier médical
- 20% du dossier de soins.

La plupart des pièces du dossier de soins "papier" sont datées et comportent une étiquette d'identification du patient. Au sein des services, le personnel connaît l'organisation définie (règles d'utilisation et de tenue du dossier) et met en œuvre les protocoles et procédures de gestion du dossier, qu'il soit informatique et/ou sous format "papier".

Les modalités de communication des informations utiles à la continuité des soins participent de la coordination entre professionnels impliqués dans la prise en charge : transmissions des données médicales via MEDlweb ou papier, impression des données colligées dans le dossier informatique ou dans le dossier de soins informatisé. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. Lorsque le dossier médical est informatisé, le médecin ou l'étudiant en médecine (interne notamment) effectue directement la saisie de l'observation en temps réel. Des champs structurés visent à générer automatiquement une part du texte paramétré dans le compte rendu d'hospitalisation. Les documents "papier" disponibles (lettre du médecin traitant, compte rendus extérieurs, courriers...) peuvent être scannés dans le dossier informatisé. La plupart des dossiers de soins sont soit 100% papier soit en partie papier et en partie informatisé (le plus souvent pour la traçabilité de l'administration des traitements, plus rarement pour le plan de soins). Les examens complémentaires (biologie, imagerie, ...) sont intégrés au dossier patient. Pour le personnel intérimaire ou en cas de changement de service non anticipé, une attribution de code générique pour les infirmiers est utilisée.

Dans les dossiers "papier", la traçabilité nominative des intervenants est généralement retrouvée.

Cependant, l'identification nominative des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient n'est pas systématiquement tracée dans les dossiers patients :

- pour les intérimaires, l'utilisation du code générique ne permet pas d'assurer la traçabilité du nom de l'agent ayant réalisé l'acte de soins sur le dossier informatisé ;
- il en est de même quant à l'utilisation de codes génériques par certains étudiants infirmiers en stage dans le service d'hépatogastro-entérologie à Tenon (stage étudiant pouvant durer jusqu'à 8 semaines) ;
- par ailleurs, l'utilisation des codes génériques par les agents effectuant des heures supplémentaires dans un autre service ou par les nouveaux arrivants ne disposant pas encore d'un code AP-HP ne permet pas d'assurer au sein des dossiers informatisés l'identification nominative des intervenants.
- enfin, il a été constaté lors d'un patient traceur (cardiologie), que sur certaines prescriptions de biologie l'identification du prescripteur n'était pas retrouvée.

Des réunions de service sont réalisées sur des thèmes divers dont les résultats des quicks-audits, ou les actions d'amélioration définies. Elles font l'objet de comptes rendus à destination des personnels.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier ne sont pas systématiquement respectés.

Les données communiquées des dossiers de moins de 5 ans par le GH sont de :

- 15 jours à Saint-Antoine
- 21 jours à Tenon
- 26 jours à Trousseau
- 9 jours à Rothschild

Cet écart a été identifié par les Représentants d'Usagers dans le rapport de la Commission des usagers et évoqué au cours de la rencontre avec les représentants des usagers lors de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le GH assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient par la mise en place de plusieurs modalités d'évaluation, notamment :

- Évaluation de la gestion du dossier patient et recueil de l'indicateur IQSS pour toutes les prises en charges ;
 - Audit mené en février 2017 sur l'évaluation des connaissances des professionnels concernant le dossier patient.
- Depuis 2015, le GH a intégré le suivi de l'indicateur "rédaction du CRH" dans les contrats de pôle et mis en place une politique d'intéressement sur cet objectif. Des tableaux de bords de suivi d'indicateurs sont instaurés, comprenant les IQSS, le taux de déploiement d'ORBIS, le taux d'exhaustivité des compte rendu d'hospitalisation, le nombre de demandes de dossiers aux archives notamment.

A / AGIR

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

Dans le cadre des actions d'amélioration mises en œuvre, des supports et modalités de diffusion sont établis (diaporama présentant les résultats des audits par exemple) et permettent une communication des résultats. Des actions de communication sont réalisées en interne (réunions de service), ainsi qu'auprès des professionnels et des usagers par voie d'affichage (indicateurs IQSS). La CDU est informée pour ce qui concerne les demandes d'accès du patient à son dossier et les délais de réponse du GH. Le suivi des actions d'amélioration est réalisé par le comité de pilotage « dossier patient » et est structuré à l'aide d'un tableau de bord qui reprend les objectifs et les résultats d'indicateurs de suivi tels que : le taux de comptes rendus d'hospitalisation, le taux de déploiement du logiciel ORBIS, le nombre de professionnels formés, le nombre d'EI, le taux de services utilisant l'identifiant des archives.

IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

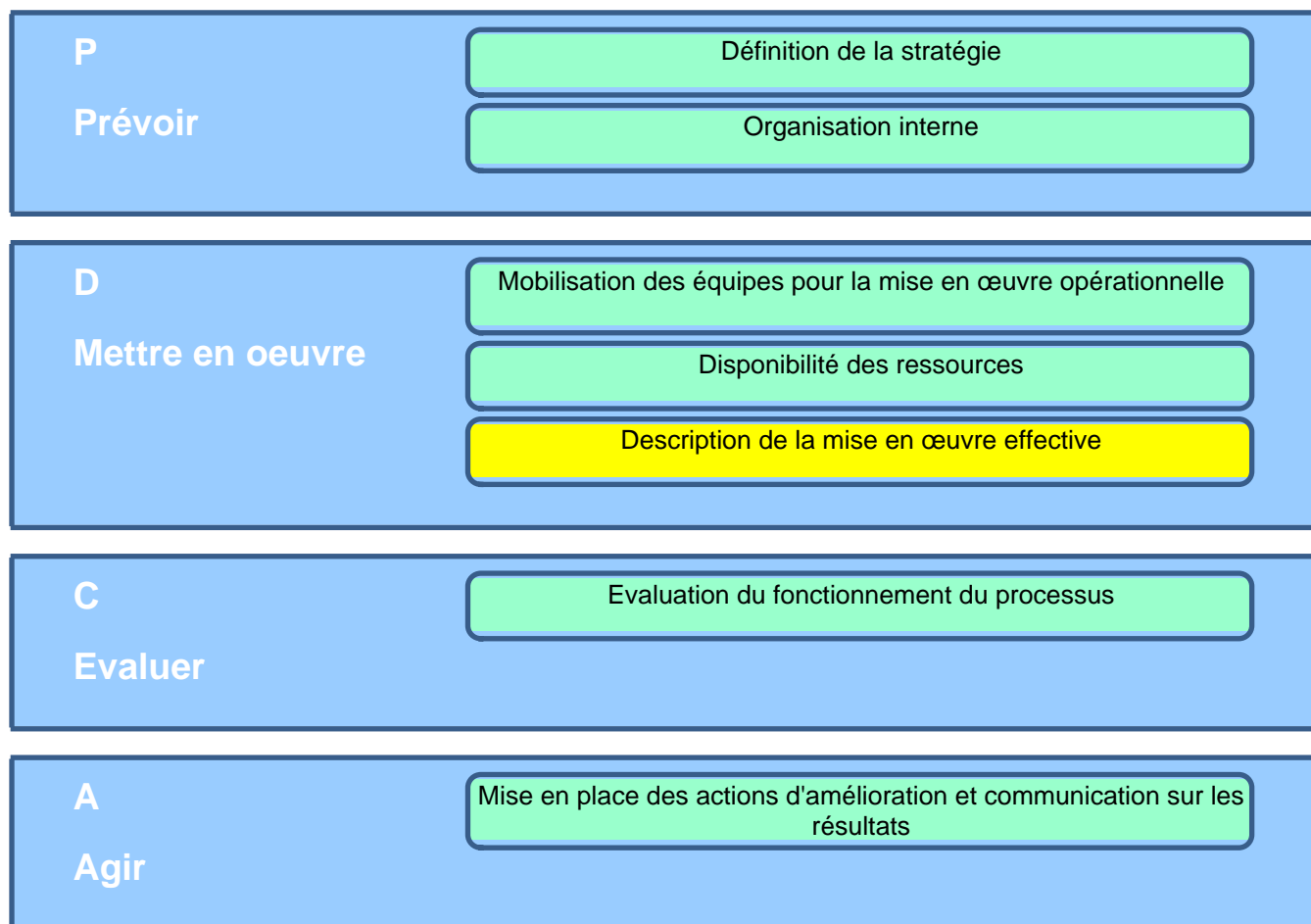
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le plan stratégique 2015-2019 de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans le cadre de la généralisation et de la modernisation de son système d'information, prend en compte la nécessité de fiabiliser et de sécuriser l'identification des patients. Le déploiement d'un système d'information patient performant pour tous les hôpitaux de l'AP-HP a été confirmé en octobre 2014 lors d'une présentation en CME. Le Directeur général y a notamment affirmé le déploiement rapide d'un identifiant patient unique sur l'ensemble de l'AP-HP.

L'identitovigilance est un véritable défi pour l'AP-HP ; vu sa taille, elle rencontre une complexité plus importante que d'autres CHU. En effet, c'est une base de plus de 11 millions d'identités qui sera gérée par l'AP-HP. Cet axe est donc renforcé à l'AP-HP en termes de pilotage et réactivité, afin d'être dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et des délais de traitements :

- Une commission centrale de l'identitovigilance a été mise en place en 2015, afin de disposer de procédures de gestion communes, de gérer plus aisément les cas de doublons touchant plusieurs GH, et d'améliorer les tableaux de bord de gestion de l'identité dans ORBIS ;

- Trois groupes de travail contribuent également fortement à prendre en compte la bonne gestion de l'identité du patient :

- o Définition de procédures transversales aux GH pour l'identitovigilance sous la responsabilité de la Direction de l'Organisation Médicale et des Relation avec les Université (Département Qualité Gestion des Risques) et soutien aux cellules d'identitovigilance locales pour la réduction des doublons ;

- o Concordance Prescription/actes/patients, dont l'objectif est de rendre visible et faciliter le contrôle de concordance par les professionnels et pour le patient.

- o Formation et communication auprès des équipes

Par ailleurs, pour disposer d'une identification des patients unique et partagée à l'AP-HP, une solution de gestion commune de l'identité des patients de l'AP-HP est mise en œuvre et proposée à tous les hôpitaux, y compris ceux non équipés d'ORBIS. Cette solution, en cours de réalisation depuis septembre 2015, est déployée dans tous les hôpitaux de l'AP-HP.

En déclinaison de la politique du siège, la sécurisation de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est un des axes prioritaires du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP), porté dans son projet d'établissement 2015-2019. La démarche repose sur la création d'un numéro d'identification unique en réponse à la charte régionale d'identification du patient produite par l'ARSIF (version de janvier 2014). Les objectifs sont centrés sur la fiabilisation de l'identité des patients dans le système d'information soutenant le partage des données administratives, médicales et soignantes dans un parcours inter sites et inter GH. Le module identité du dossier patient informatisé (DPI) ORBIS est déployé sur l'ensemble des sites du GH HUEP.

Il permet l'accès à la base des données administratives et soignantes des patients dans le respect des droits et habilitations définis. L'établissement a identifié ses besoins et ses risques en prenant appui sur le rapport de suivi de la V2010, les indicateurs Hôpital Numérique, les résultats d'audits de pratiques relatifs à la pose du bracelet d'identification, le bilan des événements indésirables déclarés en 2015 et 2016. 4 risques priorités ont ainsi été identifiés et reportés dans le Compte Qualité. Le plan d'actions met l'accent sur la formation des professionnels en poste d'accueil lors de la création des dossiers administratifs et sur l'utilisation du bracelet d'identification dans les services cliniques et médico-techniques. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les responsables des axes de travail sont nommés. Le plan d'actions est validé par le comité stratégique et la CMEL. Il est intégré au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

La CIV du GH HUEP réunit un groupe pluri professionnel, représentatif de tous les pôles et tous les sites de l'établissement. Elle est organisée en un comité de pilotage stratégique et un comité opérationnel GH.

Le pilotage du processus « Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge » est assuré par le comité stratégique de la CIV GH, placé sous la présidence d'un représentant de la CMEL et regroupant un médecin DIM, le responsable GH du secteur admission / traitements externes / frais de séjour, un Directeur de soins. L'accompagnement méthodologique est assuré par un responsable qualité. Le comité stratégique de la CIV travaille en collaboration avec la CIV centrale AP-HP. Il soutient l'homogénéisation des procédures au sein du GH et propose des axes d'amélioration favorisant des organisations communes. Les rôles et responsabilités des pilotes de la thématique sont identifiés et formalisés dans des lettres de mission institutionnelles nominatives. Les missions de la CIV GH sont définies dans un document institutionnel, actualisé en janvier 2016. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires. Des agents des admissions « experts » en gestion des doublons, rattachés à la CIV GH, sont identifiés sur tous les sites.

Le programme de formation est organisé en déclinaison des consignes du siège. Il repose sur la

formation de formateurs administratifs et soignants, initiée en février 2017. Le programme décrit 4 thèmes : identitovigilance dans le parcours de soins, habilitation à l'enregistrement des identités, concordance patient/prescription/acte, habilitation à la modification des identités confirmées.

L'établissement organise la sensibilisation des nouveaux arrivants au thème de l'identitovigilance lors des journées d'intégration réalisées au sein des sites et des pôles. Le dispositif institutionnel de gestion documentaire permet l'accès en mode dématérialisé aux procédures émanant du siège et du GH. Le dispositif de gestion documentaire intègre des affiches et flyers d'information destinés aux professionnels et aux usagers. Des bracelets d'identification adaptés aux situations sont mis à la disposition de l'ensemble des services adultes et enfants. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les modalités d'appel des personnes ressources sont définies par sites.

Un mode opératoire décrit la conduite à tenir par les professionnels soignants et les représentants des Cellules opérationnelles Identitovigilance des sites lors de toute demande de fusion de dossier ou de modification d'identité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'accent est porté sur la création des dossiers administratifs dans les différents points d'accueil des patients au niveau central, dans les services de consultations, au niveau des services d'urgences, de réanimation et au secteur naissances. Les services de soins, intégrant les hôpitaux de jour, sont engagés dans la pose systématique d'un bracelet d'identification dès l'admission des patients et dans la vérification de la concordance identité/prescription tout au long de la prise en charge. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus au cours des réunions de service ou des conférences de pôle. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des audits de pratiques sont conduits dans différents secteurs :

- Un audit « zéro bracelet manquant en salle d'opération et en SSPI » a été réalisé en 2016 dans les blocs opératoires de Saint Antoine, Tenon et Trousseau ;
- En mars 2017, la CIV a conduit un audit des connaissances des professionnels (dans les secteurs d'urgences, de consultations, les salles de naissances et les secrétariats des différents sites), intervenant sur les étapes à risque du processus d'identification, de la saisie de l'identité à la concordance prescription/acte de soin/identité du patient ;
- Un audit de conformité de l'étiquetage des traitements injectables a été conduit sur l'ensemble des secteurs d'activité du GH en 2015 et 2016.

Plusieurs actions d'EPP sont en cours telles que l'EPP « généralisation du port du bracelet d'identification » déployée par la coordination générale des soins depuis 2012 sur l'ensemble des sites, l'EPP « réalisation d'audits des pratiques d'accueil en imagerie », initiée en 2016 et déployée sur tous les sites. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels.

Les erreurs d'identité déclarées sont analysées en RMM dans le secteur naissance de Tenon. Le résultat des audits et des EPP conforte l'organisation du programme de formation déployé par les formateurs relais. Un rappel des bonnes pratiques de l'identitovigilance dont la pose du bracelet d'identification est assuré par l'encadrement à tous les professionnels. L'encadrement s'assure de la mise à disposition de bracelets d'identification dans les salles d'opération et en SSPI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La création des dossiers administratifs repose sur les agents du service « accueil patientèle » des différents sites du GH et du service d'urgences de Saint-Antoine. Ils sont suppléés par des secrétaires médicales et des aides-soignants dans les services de consultations, au service d'urgence de Tenon et en secteur de réanimation. La création du dossier administratif repose sur les sages-femmes au secteur naissance. 17 agents administratifs et 37 professionnels soignants sont engagés dans le dispositif de formateurs relais soutenu par le siège. La sensibilisation des professionnels à l'identitovigilance est assurée lors des formations Orbis.

Cependant, les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont peu formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.

Les modules préconisés par l'AP-HP, accentuant notamment la recherche d'antériorité par le nom de naissance, sont peu déployés. La formation des professionnels habilités à la création des identités, initiée en avril 2017 dans un contexte de généralisation du module Identité du DPI Orbis, est en cours de mise en œuvre. Elle n'a concerné que 66 agents au 23 juin, affectés sur les sites de Saint-Antoine, Tenon et Rothschild :

- Saint-Antoine : 8 agents du secteur admission / facturation ; 9 agents d'accueil de la policlinique,
- Tenon : 23 agents d'accueil du SAU (nuit/jour) ; 17 agents du secteur admission / facturation,
- Rothschild : 9 agents du secteur admission / facturation.

La sensibilisation des professionnels de santé est informelle. L'établissement prévoit la mise en œuvre des formations relatives à la concordance patients/prescriptions à partir du mois de septembre 2017. Ces

formations seront assurées par le groupe de cadres de santé et de médecins, identifiés comme formateurs relais. Le dispositif sera initié par le pôle imagerie, identifié comme pôle pilote, en réponse au plan d'actions issu de l'EPP Identitovigilance conduite sur tous les sites de ce pôle. Le dispositif institutionnel de gestion documentaire contient le "guide procédure gestion de l'identité patient" ; la "procédure de création et d'utilisation d'identités pré constituées dans le cadre d'un plan blanc" ; les "recommandations relatives au contrôle de concordance patient / prescription / acte", les procédures "pose du bracelet d'identification du patient" et "accueil et vérification de l'identité du patient dans le service d'imagerie" (avril 2017). L'équipement en bracelets est effectif dans tous les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures de bonnes pratiques de saisie du dossier administratif et de vérification de l'identité à toutes les étapes de la prise en charge sont accessibles.

Cependant, les procédures liées à l'identitovigilance sont partiellement mises en œuvre par les professionnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé. La recherche d'une antériorité par le nom de naissance, assorti de la lecture d'un document officiel, lors d'une admission n'est pas systématique, comme constaté au Call-Center de Trousseau, au bureau des admissions de Tenon, aux consultations externes des différents sites ;

- la recherche de confirmation de l'identité du patient lors des actes de soins n'est pas assurée en toute circonstance, par défaut d'appropriation des bonnes pratiques des professionnels des unités de soins (par exemple ont été constatés la préparation des médicaments injectables reposant sur l'anticipation de renseignement d'étiquettes en orthopédie, la préparation des médicaments PerOs sur recopie des traitements de patients identifiés par le numéro de la chambre dans un service de digestif à Saint Antoine, un pré-étiquetage de tubes de prélèvements biologiques en médecine interne/Saint-Antoine) ;

- la majorité des professionnels administratifs et soignants rencontrés au cours de la visite ont indiqué ne pas connaître les procédures relatives à l'identitovigilance, récemment mises en ligne sur le dispositif électronique de gestion documentaire (tel que la charte du brancardage datant du 29 mai 2017, ...). Les nouveaux flyers décrivant les conduites à tenir, en cours de diffusion, ne sont pas disponibles dans tous les points d'accueil.

Ces constats sont corroborés par les résultats de l'audit réalisé en mars 2017 sur l'ensemble des sites du GH, particulièrement au niveau des points d'accueil. Les HUEP ayant identifié ce risque dans leur CQ, un plan d'actions d'amélioration est en cours.

Dans les secteurs de soins visités, la pose du bracelet d'identification est assurée conformément à la procédure. Une attention particulière à la vérification de l'identité des patients est portée dans les services du pôle imagerie. La traçabilité du refus par le patient du port du bracelet est assurée sur le dossier de soins. La vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription thérapeutique est assurée sur les check-lists utilisées dans les secteurs interventionnels. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les professionnels signalent solliciter les référents identitovigilance des sites pour corriger les erreurs d'identité relevées dans ORBIS, en utilisant le support dédié. Une fiche de liaison intégrant la vérification de l'identité du patient est utilisée par le service des transports internes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Un suivi d'indicateurs est assuré depuis janvier 2017 au niveau administratif : nombre de doublons, de fusions, d'identités provisoires. Un suivi annuel d'indicateurs relatifs au port du bracelet et à la traçabilité du refus par le patient est réalisé depuis 2012. Le suivi annuel des événements indésirables liés à l'identitovigilance est assuré par la commission qualité. Un bilan annuel des non conformités en biologie est diffusé. Le rapport d'activité annuel de la CIV GH intègre plusieurs indicateurs de suivi : nombre d'agents formés, nombre d'événements indésirables, nombre de documents créés....

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des formateurs relais sont identifiés, leurs fiches de mission sont définies. Une campagne de sensibilisation des professionnels et des usagers avec la diffusion d'affiches est initiée. Une check-list de clôture des dossiers administratifs, intégrant un item relatif à l'identification du patient est mise en place. Des contrôles systématiques et quotidiens des dossiers d'admission de la veille sont assurés. Un contrôle aléatoire de 20 dossiers mensuels est réalisé. Un paramétrage du logiciel de facturation permettant d'améliorer les contrôles d'identité a été fait. Le défaut d'interfaçage des logiciels constaté au

cours de la visite en imagerie interventionnelle sur les sites de Saint-Antoine et de Tenon, conduisant à une étiquette patient dépourvue de nom de famille, a donné lieu à une action d'investigation sous l'égide du Comité stratégique de pilotage de la CIV GH et de la Direction du système d'information. La communication des résultats et actions est réalisée au comité stratégique de la CIV GH et en CMEL. L'information des professionnels est assurée par voie d'intranet.

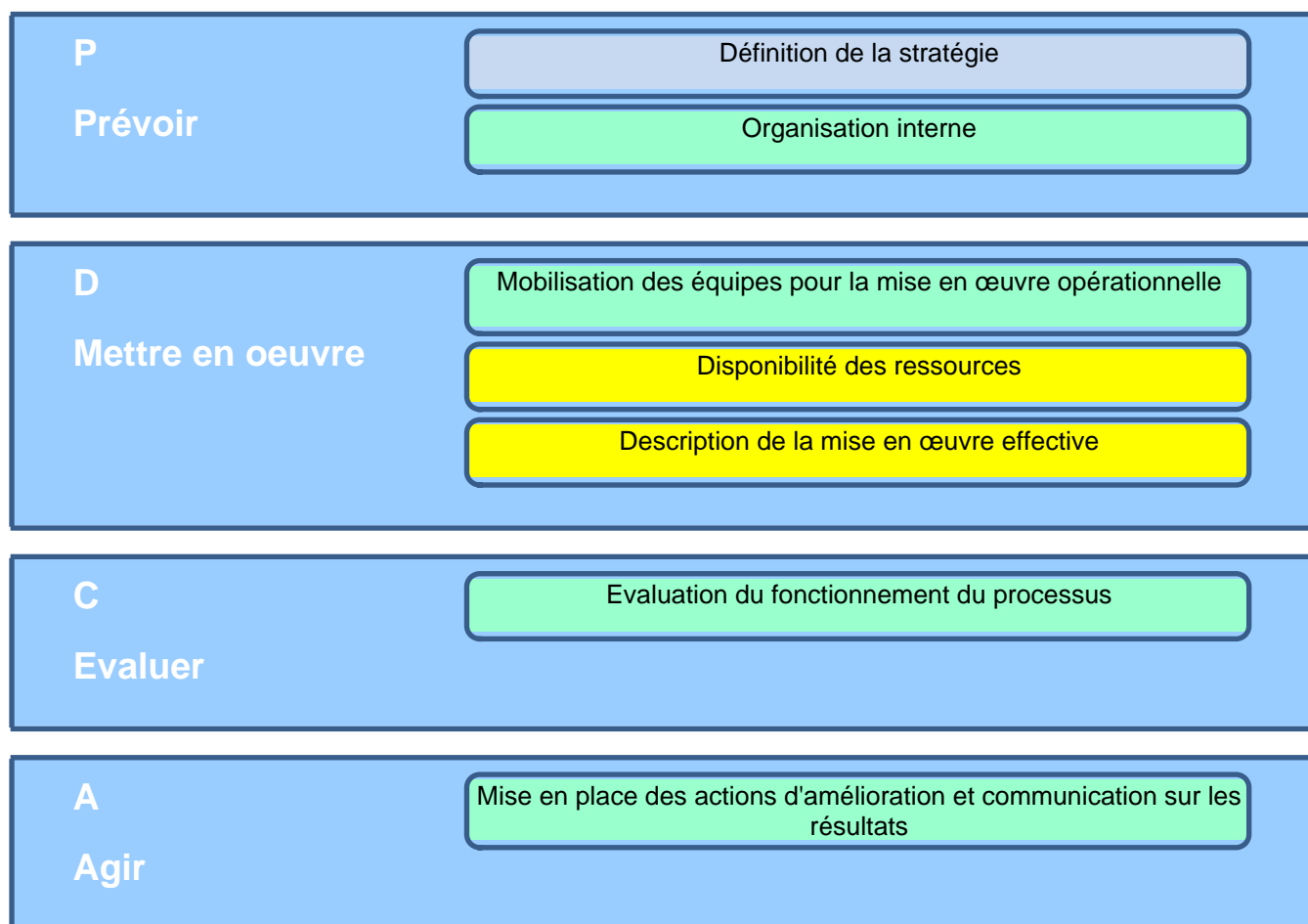
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La qualité et la sécurité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) du patient est un axe stratégique de la politique Qualité et Sécurité des Soins de la CME et un projet prioritaire pour l'AP-HP. Il s'articule autour des objectifs suivants :

- structuration et dispositions organisationnelles,
- organisation de la gestion des risques,
- formation,
- promotion de la communication,
- structuration du système documentaire,
- évaluation.

C'est également un projet prioritaire du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP), inclus dans le projet gestion des risques et qualité 2015-2019, axé sur trois principaux objectifs :

- sécuriser le circuit du médicament de la prescription jusqu'à l'administration en passant par l'approvisionnement des services
- informer et former les professionnels médicaux et non médicaux sur le risque d'erreur
- mettre en place des organisations permettant d'analyser les erreurs et de réduire leur probabilité de survenue.

Le Copil SPECM (Sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse) a identifié et hiérarchisé 9 risques principaux en tenant compte à la fois des exigences réglementaires, mais aussi des résultats d'Archimed 2016 (80% des unités), des résultats des audits, des résultats de la certification V2010, du CBU et des événements indésirables liés à la PECM. Une stratégie d'amélioration de la qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) du patient du GH a été définie en mars 2015, validée par les instances et communiquée aux professionnels. Des plans d'actions prioritaires sont associés aux risques principaux et sont inscrits dans le compte qualité, en lien avec le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Un trinôme pilote le processus de Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) selon une lettre de mission avec des sous-groupes par sous processus. Le RSMQ désigné en 2012 fait partie du groupe de pilotage. Les rôles et les responsabilités de chaque intervenant sur la PECM sont décrits dans le Manuel Qualité de la PECM. La PUI est organisée en 4 départements : médicaments, DM/stérilisation, radio pharmacie, pharmacotechnie ».

L'ensemble des éléments d'organisation et de fonctionnement est formalisé dans une charte de la PUI. De même il existe des documents d'organisation pour la pharmacie, les Unités de reconstitution des cytotoxiques (URC) et un Manuel Qualité pour la radio pharmacie. La Pharmacie est ouverte du lundi au vendredi. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, la permanence pharmaceutique est organisée avec un interne de garde présent sur les sites de Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. Il peut faire appel au pharmacien d'astreinte (astreinte de sécurité). L'interne de garde du site Saint-Antoine doit assurer la continuité de service pour Rothschild. Par ailleurs, sur Rothschild a été mise en place une armoire informatisée pour les urgences, gérée par le cadre. Le site de La Roche Guyon fonctionne sans personnel non médical pharmaceutique.

Sur le site de La Roche Guyon, la continuité de la prise en charge médicamenteuse n'est pas formalisée en cas d'urgence. Aucun document d'organisation ne précise les astreintes ou les conventions avec d'autres établissements en cas d'urgence. Il a été noté qu'une ébauche de procédure non finalisée a été présentée aux experts le dernier jour de la visite.

L'activité de chimiothérapie et de préparation parentérale est assurée 5j/7. Le week-end, les préparations sont anticipées pour l'URC et les préparations parentérales. Il existe une procédure, un équipement et une formation spécifique en cas de préparation en urgence des cytotoxiques dans les unités. Une dotation pour besoins urgents est définie sur chaque secteur.

Des référents médicaments médicaux et paramédicaux avec des missions définies dans les contrats de pôles ont été désignés sur chaque secteur. Ils ont notamment pour mission d'assurer les bonnes pratiques de stockage, de mettre à jour les affichages, d'organiser les retraits de lots et de participer aux audits.

Il y a un plan de formation sur la PECM, intégrant notamment la formation aux CREX, aux logiciels de prescription, au calcul de doses,... Il existe aussi une formation spécifique à la PECM pour les nouveaux arrivants.

En matière documentaire, il existe un Manuel qualité de la PECM et certaines procédures générales du processus de PECM. De nombreux outils d'aide à la prescription et à l'administration, sont définis notamment pour le sujet âgé et l'enfant. Une liste des médicaments à haut risques a été élaborée sur chaque établissement.

La gestion du traitement personnel est définie. Il existe des conduites à tenir en cas de panne

informatique.

Cependant, les règles décrivant les bonnes pratiques de prescription et d'administration ne sont pas exhaustives. Ces règles ne sont pas toutes formalisées au regard de la multiplicité des organisations et de la multiplicité des supports utilisés. L'information des patients est organisée sur le Bon Usage du Médicament notamment dans le document « Mes médicaments à l'hôpital », remis avec le livret d'accueil. Le Copil SPECM a un budget spécifique pour l'achat d'équipements sécurisés (armoires sécurisées, bacs, réfrigérateurs, sondes...). L'organisation définie pour le transport des médicaments répond à la réglementation, tant en terme de sécurisation que de chaîne du froid. L'informatisation de la PECM est en cours de déploiement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les professionnels de la PUI et des unités sont informés des risques principaux et des actions correctives identifiées au travers de réunions de service, de la lettre de la pharmacie et de réunions CREX. Les résultats de l'audit Archimède ont généralement été présentés aux équipes. Des signalements sur la PECM sont répertoriés (200 par an) et des CREX médicaments sont réalisés au niveau de la PUI et des unités. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les référents médicaments médicaux et paramédicaux sont connus de tous les professionnels. Il existe aussi un préparateur référent et un pharmacien référent sur chaque unité. Les formations des paramédicaux (PPH et IDE) sont essentiellement réalisées par compagnonnage. A la pharmacie, les PPH et les internes font l'objet d'habilitations. Les nouveaux arrivants (internes médecins et pharmaciens) ont reçu une formation spécifique. D'autres formations sont réalisées pour l'ensemble du personnel, formation aux logiciels de prescription, logiciels de déclaration, CREX, 5B, calcul de doses, ...

Cependant, la formation des professionnels au risque d'erreur n'est pas effective dans tous les secteurs. En effet, de nombreux professionnels rencontrés déclarent ne pas avoir reçu de formation et les chiffres du CBU 2016 sur 3 ans le confirment (1% pour les médecins et 28% pour les paramédicaux). Cette action est identifiée par le comité stratégique de pilotage SPECM et sur le plan de formation mais elle n'est pas complètement mise en œuvre. Les documents liés à la PECM sont sous format papier et informatique dans la GED ou sur le site intranet du GH, à la page « classeur pharmacie pour les services » (procédures, outils d'aide à la prescription, livret thérapeutique, protocoles spécifiques...).

Les locaux des PUI et URC sont majoritairement sécurisés. Des sondes de contrôle de température reliées à une centrale sont sur chaque site. Les règles relatives aux risques en URC sont en place. Une maintenance annuelle est définie pour les chambres froides et les équipements spécifiques. Les salles de soins sont en grande partie sécurisées par digicode. Les unités sont équipées de coffres à toxiques et 26 armoires sécurisées, reliées au logiciel de gestion de la pharmacie, ont été déployées sur l'ensemble du GH.

Toutefois, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation ne sont pas toujours mises en œuvre. Les locaux de stockage des solutés massifs sont vétustes et dégradés sur Saint-Antoine, éclatés et vétustes sur Trousseau et ne permettent pas le respect de la confidentialité dans le cadre des rétrocessions sur Trousseau. Certaines salles de soins, certaines armoires ou chariots de distribution ne sont pas fermés sur plusieurs unités visitées, notamment en chirurgie digestive, hémato-oncologie, urgences de Saint-Antoine, néonatalité sur Trousseau (réfrigérateur dans salle non sécurisée), chariot sur Rothschild. Par ailleurs, les dotations des armoires de service ne sont pas régulièrement révisées. Il a été noté la réactivité de l'établissement, qui a réalisé durant la visite des travaux de réparation du local des solutés massifs. Les modalités de transport des médicaments sont conformes aux exigences réglementaires (sécurisation, chaîne du froid). L'outil de prescription institutionnel est en lien avec des outils d'aide à la prescription (livret thérapeutique, ...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont réalisées par du personnel habilité selon des listes actualisées disponibles à la pharmacie et mises à jour par la Direction. Les allergies médicamenteuses sont répertoriées. Le traitement personnel est pris en compte. Cette prescription est informatisée ou sur papier, notamment dans les réanimations. Les règles de prescription sont généralement mises en œuvre. Sur un secteur il a été observé des prescriptions non réglementairement conformes mais le support de prescriptions a été modifié durant la visite.

Toutefois, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie n'est pas toujours garantie, tant en terme de supports que d'interfaçage. En effet de multiples supports papiers coexistent avec de nombreux supports informatiques et il existe de multiples logiciels de prescription informatisés non interfacés (7 répertoriés). La conciliation médicamenteuse est développée sur certaines unités de Saint-Antoine et de Tenon

(médecine interne, ORL, MIT, HG, CS) par des internes en pharmacie.
 Les commandes sont réalisées dans un logiciel de gestion dédié. Les commandes de médicaments sont réalisées par les préparateurs et validées par les pharmaciens.
 L'analyse pharmaceutique est assurée par des pharmaciens seniors et des internes en pharmacie à partir des prescriptions informatisées et de prescriptions papier pour les médicaments à dispensation contrôlée. Elle s'appuie sur une aide en ligne (base de données), sur l'accès aux données biologiques et au dossier du patient.
 Les validations sur le logiciel institutionnel retenu permettent la réalisation d'interventions pharmaceutiques et leur suivi à la PUI, sans qu'elles soient visibles des prescripteurs.
 Il existe plusieurs types de délivrance : globale, partielle pour les médicaments à dispensation contrôlée, DJIN, DIN. Toutes les délivrances font l'objet de contrôles tracés, soit systématiques soit hebdomadaires et aléatoires. La préparation des solutés fait l'objet d'un contrôle spécifique.
 Les bonnes pratiques de préparation sont respectées en matière de préparation des chimiothérapies et des poches de parentérales. Les préparations de l'URC sont libérées après contrôle gravimétrique et analytique.
 Les bacs sont sertis avant transport et il existe une traçabilité de la livraison et de la réception. La préparation des médicaments et notamment la mise en pilulier est réalisée par les IDE dans la plupart des secteurs avec une identification des tiroirs et des piluliers par étiquettes patient. La traçabilité en matière d'administration est conforme, avec une traçabilité de l'administration en temps réel sur la plupart des secteurs.
 Toutefois, les règles d'administration ne sont pas systématiquement respectées. Il a été observé :

- des retranscriptions pour la réalisation du picking dans les armoires informatisées (en hématologie et en réanimation médicale sur Saint-Antoine, Tenon, ainsi qu'en hématologie sur Trousseau).
- des pochettes de délivrance identifiées au numéro de la chambre - et non au nom du patient - en service de chirurgie digestive,
- des préparations d'injectables devant être délivrés en fin de journée, réalisées sur la base d'étiquettes sur lesquelles l'IDE a retranscrit la prescription médicale (service de chirurgie digestive)
- une utilisation différente des supports informatisés de prescription selon les services.

 Les bonnes pratiques de préparation ne sont pas systématiquement mises en œuvre pour les médicaments à risques. Bien que certaines mesures concernant les médicaments à risques soient en place et bien que leur étiquetage soit prévu dans le compte qualité, les médicaments à risques n'ont pas encore fait l'objet d'étiquetage spécifique dans les unités rencontrées. Les règles de stockage, de contrôles et d'entretien sont suivies sur la plupart des secteurs. Les traitements personnels ne sont pas laissés au patient dans les unités visitées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe de nombreuses évaluations de l'ensemble du processus :

- Des indicateurs sont en place : indicateurs nationaux (IQSS, CBU), indicateurs régionaux (CBU), indicateurs d'activité, indicateurs qualitatifs.
- Des quick audits sont menés sur l'évaluation de la présence d'affiches, des traitements personnels, des stocks de médicaments, des stocks de solutés, des chariots de médicaments, des réfrigérateurs, audits des cadres et de la pharmacie, ...
- Des EPP sont en place, notamment sur la prescription du sujet âgé.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations permettent de mettre en œuvre des actions d'amélioration, intégrées dans le PAQSS sur l'ensemble de la thématique. La diffusion des résultats des évaluations et des actions d'amélioration auprès des professionnels se fait par de nombreux moyens de communication, réunions des instances (COMEX, CSIRMT, COVIRIS de site), mais également via les référents médicaments, l'encadrement des sites, le "1/4 d'heure du médicament", la lettre de la pharmacie et des campagnes d'affichage.

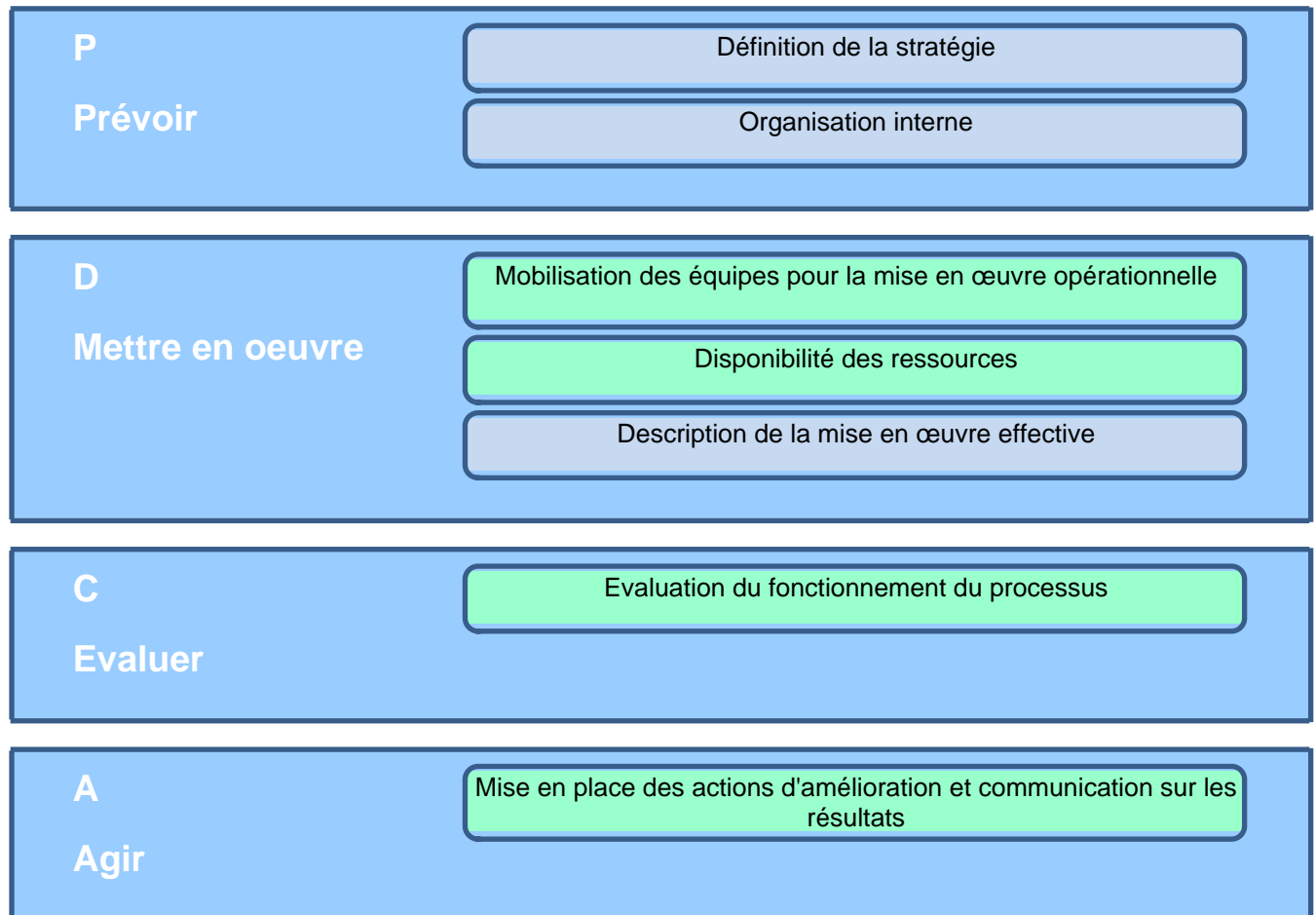
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

L'AP-HP dans ses orientations stratégiques 2015-2019 précise ses principaux objectifs sur la prise en charge des urgences au quotidien dans l'environnement francilien. Ces axes sont déclinés dans le projet d'établissement du Groupe Hospitalier Universitaire Est Parisien (GHUEP).

Le GHUEP a identifié les différents secteurs de prise en charge des urgences et dispose d'un service d'urgences et soins non programmés sur trois sites avec des filières complémentaires selon le site :

- Hôpital Saint-Antoine (64 000 passages) : urgences générales, SOS mains, urgences neuro-vasculaires, urgences digestives,
- Hôpital Tenon (45 000 passages) : urgences générales, urgences gynécologiques-obstétriques, SOS Thorax, urgences néphrologie,
- Hôpital Trousseau : urgences pédiatriques (53000 passages) et urgences gynécologiques-obstétriques (8700 passages pour Saint-Antoine et 6300 pour Tenon).

De nombreuses conventions sont en place avec les établissements périphériques, le SAMU et les pompiers.

Le GHUEP a procédé à l'analyse des besoins et à l'analyse de ses risques en prenant en compte le contexte environnemental. La cartographie élaborée avec les professionnels s'appuie sur les données issues d'indicateurs d'activités et indicateurs nationaux (IQSS), de résultats de certification antérieure, d'audits, de réclamations et d'évènements indésirables. L'analyse et la hiérarchisation des risques se sont appuyées sur une méthodologie définie et reconnue de la HAS.

Des indicateurs de suivi de la politique qualité et de la prise en charge des patients se présentant pour une urgence sont prévus. Cinq axes prioritaires sont identifiés et déclinés dans un programme d'actions formalisé (objectifs, responsables, échéances). Ce programme est validé par les instances concernées (CMEL).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel commun du processus "urgences" est défini. Il est coordonné par le médecin chef de pôle et les responsables des trois services des urgences. Des co-pilotes sont associés (médecins, cadres de santé et sages-femmes des sites). Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de mission. La commission des urgences et de l'accueil non programmé constituée inclus ces mêmes membres. Une charte de fonctionnement du groupe de pilotage est rédigée. Des groupes de travail pluri-catégoriels sont associés au processus.

Les différents secteurs des urgences sont coordonnés afin de garantir un niveau de prise en charge opérationnel. Les filières spécifiques sont identifiées et connues des acteurs du territoire (SOS mains, SOS thorax, AVC, Gériatrie, Psychiatrie, spécialités ...). Le recours aux avis spécialisés est structuré et formalisé.

Les circuits sont définis et organisés selon le degré de l'urgence et la typologie des patients.

Une charte de la gestion des séjours du GHUEP précise les bases du dispositif de régulation des flux urgents et programmés : disponibilité en lits, cellule de gestion des séjours, procédure "hôpital en tension", plan Epiver, etc. La disponibilité en lits est suivie et analysée au quotidien (appel des services deux fois par jour et une fois en début de nuit). Une cellule de gestion des séjours, implantée sur chaque site permet d'alimenter un tableau de suivi en temps réel de l'ensemble de la disponibilité en lits (entrée programmée et sortie du jour prévisionnelle, patients en attente aux urgences). Une cellule de gestion de crise est constituée sur chaque site. Des prises en charge de soins non programmés peuvent être adressées directement dans un service spécifique (ex : hématologie, néphrologie).

De nombreuses conventions sont en place avec les réseaux extérieurs pour garantir une coordination dans la prise en charge (lien avec SAMU, Pompiers, établissements périphériques).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le GHUEP organise pour ses services d'urgences la réponse à ses besoins :

- ressources humaines en compétences et en effectifs dans tous les services d'accueil des urgences [(médecins urgentistes, pédiatres, psychiatres, gynéco-obstétriciens,...), IAO et IDE, cadres de santé, sages-femmes, aides-soignants, assistantes sociales,...] ; présence effective 24h/24 permettant un accueil pour toutes spécialités et toutes populations spécifiques (difficultés sociales, personnes âgées...).
- ressources matérielles (équipements, scopes, brancards, tenue de protection,...)
- ressources documentaires (GED et espace partagé spécifique) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

Les procédures décrivent les organisations et toutes les modalités de fonctionnement du parcours aux urgences. Les procédures de gestion de plan blanc et de gestion de crise sont définies (ex : plan Epiver, risque NRBC, plan EBOLA).

La coordination avec les services médico-techniques, administratifs, logistiques est formellement

organisée.

Les données du patient sont recueillies dans un dossier patient (sur l'outil informatique et sur partie papier).

Un dispositif d'estimation du temps d'attente et de passage aux urgences est organisé.

A l'hôpital Saint Antoine :

- Le service des urgences adultes est accessible par deux entrées (accès couché et accès debout). Des arrivées peuvent être directement orientées vers la salle de déchoquage. L'accueil est organisé (administratif, IAO et médecin de tri). Plusieurs zones de prise de soins sont définies pour une prise en charge selon le niveau de gravité (box de consultation, zone tiède et zone froide, salle de plâtre, espace de surveillance). Différentes zones d'attente sont réparties selon les étapes du parcours et l'attente des accompagnants. Une unité d'hospitalisation de très courte durée de 11 lits est attenante au service (séjour de quelques heures). Le service a également recours dans l'établissement à une unité d'aval de 22 lits et à une unité de gériatrie aiguë de 29 lits. A proximité des urgences sont installées la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) et la policlinique assurant les consultations en post passage urgence ainsi que des consultations "de ville".

A l'hôpital de Tenon :

- Le service des urgences de Tenon différencie l'arrivée couchée et debout. Les filières de soins sont structurées et comprend également plusieurs zones de soins selon les modalités de prises en charge. Attenant au service, sont positionnées une ZTCD (hospitalisation de très courte durée) de 7 places et une unité d'aval de 11 lits.

- Le service des urgences gynéco-obstétriques, situé près des services de naissance,

- L'unité d'urgence néphrologiques, qui accueille directement les patients et synchronise l'appel à la greffe rénale.

A l'hôpital Trousseau :

- Les urgences pédiatriques disposent de circuits debout et couché. Le service dispose d'une salle de déchocage de 2 places, de 14 box de consultation, d'une zone de courte durée (environ 2 à 4h), d'une UHCD de 6 lits, d'une salle de plâtre, d'une salle réservée aux aérosols. Une organisation est en place pour accueillir des flux en période hivernale.

- Les urgences gynéco-obstétriques sont adressées directement au niveau des services maternité. Une convention est en place avec la clinique des Bluets.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les Chefs de services et les cadres de santé, de tous les services d'urgence, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des évaluations sont menées sous forme de quick audit, d'EPP ou de RMM. Les rencontres pluridisciplinaires en staffs, en réunion de service ou en conseils de salle de naissance permettent d'informer les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences répondent à la réglementation en vigueur pour les services de médecine d'urgence adultes et pédiatriques (médecin senior, internes en médecine, psychiatre, médecin gériatre, gynécologue-obstétricien, pédiatre, IOA, sage-femme, assistante sociale) et les effectifs sont prévus sur les 24 heures. Des agents de sécurité assurent également une présence physique 24h/24 aux urgences de Saint-Antoine et de Tenon. Des stagiaires en service civique participent dans leur champ d'attribution à l'accompagnement des personnes.

Le plan de formation proposé aborde de nombreuses thématiques, notamment : accueil orientation des malades dans les services d'urgence pour toutes les IDE, manutention des patients, prise en charge de la douleur, gestion des situations d'agressivité,... Un accompagnement par tutorat est en place pour les nouveaux arrivants. Des outils, dont un livret d'accueil, sont fournis lors de l'accueil de tout nouvel arrivant (interne en médecine, paramédicaux). Un livret de protocoles "guide de prise en charge médicale" est remis à tous les intervenants, internes et seniors des urgences.

Les médecins et paramédicaux suivent des formations spécifiques et complémentaires à la gestion des urgences avec des exercices par technique de simulation. Une analyse de la séquence de simulation est réalisée avec des seniors formés à cette pratique. Un médecin obstétricien suit une formation de formateur à la simulation. Plusieurs médecins possèdent diverses formations qualifiantes (ex : éthique, douleur,...). Les protocoles sont accessibles à tout moment dans la gestion documentaire et dans l'espace partagé du service pour les fiches réflexes spécifiques. Les locaux sont adaptés à la prise en charge (zones et box définis). Le matériel et les équipements sont présents et parfaitement adaptés aux besoins des services (scope, chariots brancard, matelas coquille, etc...). Des dotations spécifiques sont prévues pour des situations de crise (risque Ebola, arrivées en grand nombre,...). Des postes d'imagerie sont installés à proximité immédiate des urgences. L'accès pour

des examens plus spécifiques (Scanner, IRM, échographie,...) est facilité. L'interface avec les services médico-techniques est assurée (laboratoire, pharmacie,...). Sur le site de Tenon, un circuit par pneumatique permet l'orientation des prélèvements biologiques directement vers le laboratoire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs des urgences mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes et suivent les procédures et protocoles établis. Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés en conformité avec la réglementation. Les tableaux de garde affichés permettent d'identifier les professionnels ressources présents ou à joindre. La coordination entre professionnels de l'établissement est effective, sous la responsabilité des chefs de service et des cadres de proximité.

Pour tous les sites, dès l'arrivée du patient, les circuits sont efficaces.

L'utilisation, dans les urgences adultes et pédiatriques, du logiciel dédié à l'urgence participe à cette coordination. Chaque professionnel du service peut ainsi suivre la localisation du patient et l'avancée de sa prise en charge.

Suite à l'accueil administratif, l'IOA organise le tri et oriente le patient dans le circuit établi, selon la fiche réflexe décisionnelle affichée au poste de travail. Les circuits sont respectés.

La disponibilité en lits est analysée chaque matin lors du staff puis suivie en temps réel. La cellule de gestion des séjours de chaque site, participant au staff, centralise les informations pour l'orientation des patients en attente d'hospitalisation (sexe, âge, service souhaité). Le médecin des urgences se met toujours en relation avec le service receveur, avant tout transfert.

Une application informatique, accessible par tous les services, permet de suivre en temps réel les mouvements. La cellule gestion des séjours adresse un message quotidien à la Direction et à tous les professionnels impliqués sur l'activité et les besoins en lits (matin et soir).

La signalétique flèche les services des urgences dès le portail d'entrée des établissements.

- Pour les urgences adultes : une majorité de patients ressort suite à la consultation auprès d'un médecin. Environ 20% des passages seront orientés soit en UHCD pour une observation de quelques heures, soit en service d'aval ou en secteur d'hospitalisation. Les personnes âgées orientées en UGA (unité de gériatrie aiguë) peuvent avoir un accès direct dans l'unité ou bénéficier de la consultation du gériatre aux urgences. Tout est mis en œuvre pour respecter la confidentialité et le respect de la dignité du patient. La traçabilité est assurée sur les supports en place. Un contact téléphonique est toujours réalisé avant transfert et une synthèse papier est éditée. Le patient reçoit une information orale sur le délai approximatif d'attente. A Tenon, une petite affiche est installée à la banque d'accueil. Les conditions d'accueil sont conformes aux dispositions prévues et tiennent compte des différentes catégories de populations. Le transfert vers un service du site est effectué par un brancardier du service.

- Les urgences gynécologiques-obstétriques arrivent directement vers les secteurs définis à proximité des unités de naissances et du bloc opératoire dédié. Les urgences obstétricales peuvent être admises directement en salle de naissance ou même au bloc opératoire selon la situation. Les professionnels réalisent l'accueil et la prise en charge dans les conditions requises.

- Pour les urgences pédiatriques : l'accueil administratif est réalisé par des soignants formés à l'identitovigilance (aide-soignant). L'IOA organise l'orientation du jeune patient (déchocage, box de soins ou attente). Les enfants de moins de 1 an sont installés dans un espace dédié, au calme. Une zone est spécialement réservée aux aérosols. Le médecin régulateur aide à la décision du tri, suit l'activité de la veille et lit tous les résultats d'examen réceptionnés. Il assure également la transmission d'informations vers les médecins traitants pour les patients accueillis. Des tablettes informatiques, à l'usage des enfants, installées à l'accueil et dans tous les box, permettent de choisir un programme ludique propre à chaque enfant (dessin animé, chant, jeux). Cette animation aide l'enfant douloureux ou en situation de stress. Les parents accompagnent l'enfant tout au long de sa prise en charge. Le service met en œuvre les procédures de signalement lors de détection de sévices ou de maltraitance sur un mineur.

Les professionnels des différents services d'urgences visités connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures et protocoles établis. Les actions de soins réalisées pour la prise en charge des patients sont tracées dans le dossier informatisé et dossier papier selon les modalités des sites. La prise en charge de douleur fait l'objet d'une attention particulière pour tous les patients. Des techniques diverses sont développées (antalgiques, Kalinox*, hypnose verbale,...). Des professionnels formés développent les techniques d'hypnose verbale.

Les interfaces entre les secteurs d'urgence et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques, logistiques, administratifs, sont opérationnelles.

Sur tous les sites une attention est portée aux biens des personnes accueillis. Des sacs blancs identifiés permettent de stocker les vêtements. Un coffre permet de déposer les valeurs lors de situations difficiles pour le patient. Des coffres à code sont en place dans les chambres d'une UHCD. Des casiers sécurisés dans les zones d'attente permettent de recharger les batteries de téléphone.

La demande de sortie avec transport par ambulance est régulée par la centrale d'appel. Le patient sortant reçoit un courrier de sortie et les différentes ordonnances utiles. Un courrier est adressé au médecin traitant. Les diverses réunions et des staffs pluri-professionnels organisés facilitent la communication et la connaissance de chaque secteur.

Les vigilances et veille sanitaire sont opérationnelles. Lors de situations conflictuelles ou agressives, un désamorçage est effectué, notamment par la dissuasion du service sécurité. En cas de nécessité extrême, le commissariat de quartier est contacté. Les observations réalisées au cours des patients traceurs

confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs de fonctionnement sont définis et suivis :

- Indicateurs quantitatifs (ex : nombre de passages, profil, âge, orientation) et qualitatifs sur le fonctionnement du service. Le dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage permet de donner une information approximative aux patients. Une analyse globale réalisée par journée et par mois est menée. Le délai de mise en œuvre du code rouge est suivi.

Les passages aux urgences et leur fluidité sont suivis chaque jour par la cellule de gestion des lits et intègrent des tableaux de bord mensuels.

Les staffs journaliers analysent l'activité réalisée la veille.

Des évaluations sont menées :

- Audit sur le port du bracelet, prise en charge de la douleur (pompes et PCA),
- Audit relatif à l'installation sur un brancard approprié en partenariat avec les pompiers,
- Évaluation des délais de prise en charge des patients aux urgences,
- Prise en charge de l'agitation,
- EPP menée sur la pratique des hémocultures,
- Évaluation de la pertinence du traitement antalgique aux urgences pédiatriques,
- RMM.

Les évènements indésirables recueillis sont tous analysés avec les professionnels et alimentent les CREX en place. Chaque trimestre, une analyse globale des activités est faite au sein de chaque service.

A / AGIR

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

Le groupe pilotage aborde régulièrement les actions d'amélioration engagées. Ces actions portent sur la bonne identification du patient, la sécurisation des biens des patients accueillis, la fluidité du parcours et le suivi de la disponibilité en lits. Un bilan annuel est réalisé. La communication des résultats obtenus sur les actions d'amélioration mises en œuvre est réalisée lors des diverses réunions. Des supports de communication sont élaborés ("HUEP mag", "Parlons-en"). Une newsletter des urgences est diffusée auprès des équipes. Des posters sur des thématiques professionnelles sont affichés au sein des services. Une communication est également réalisée en réunion de la CDU.

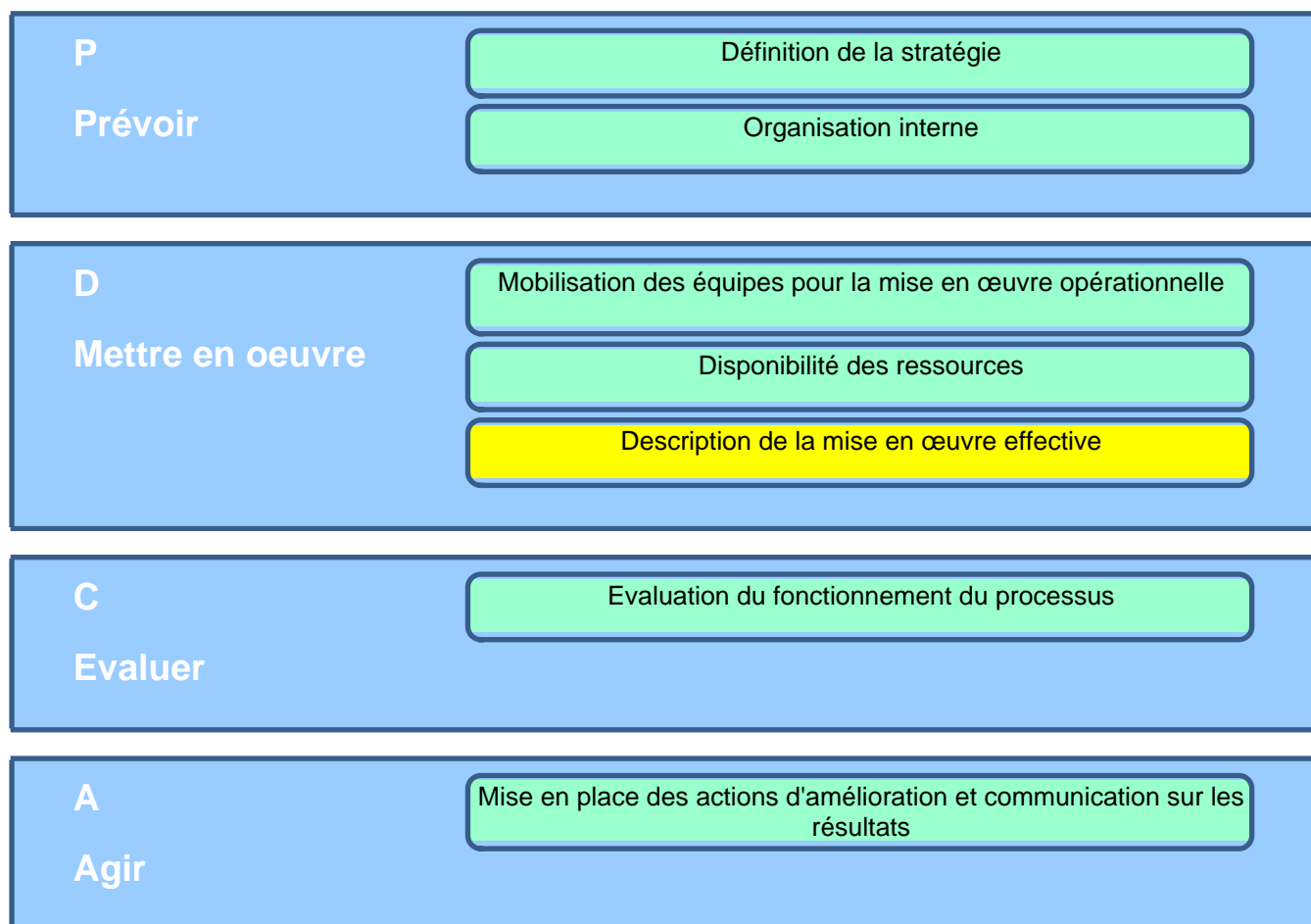
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité chirurgicale du Groupement Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP) est répartie sur trois sites :

- l'hôpital Saint-Antoine comprenant 12 salles d'opération dans le bâtiment Caroli sur trois niveaux,
- l'hôpital Tenon : bloc commun de 13 salles d'opération situées dans le bâtiment rénové Buca/Meyniel et 3 salles d'obstétrique dans le bâtiment Le Lorier,
- l'hôpital Trousseau avec un bloc commun neuf au bâtiment Louis Chigot de 6 salles et le bloc gynéco-obstétrique (bâtiment Salat-Baroux) qui comporte trois salles.

Conformément à la stratégie 2015-2019 du siège AP-HP, considérant prioritaire l'amélioration de la qualité des soins et de la performance des blocs opératoires, un pilotage commun des blocs opératoires a été mis en place sur le GH HUEP.

La mise en place de cette stratégie, formulée dans le projet d'établissement 2015-2019 du GH, a tenu compte des recommandations et réserves des visites de certification antérieures, des besoins du bassin de population et des contraintes liées au GH multisites. Elle a été validée et présentée aux différentes instances, dont le Conseil de surveillance, ainsi qu'aux représentants des usagers. La politique porte sur l'amélioration du pilotage des blocs opératoires, des organisations et des parcours, de la traçabilité (notamment des dispositifs médicaux implantables : DMI), ainsi que sur l'amélioration de la gestion des ressources humaines et de la maîtrise des dépenses.

L'objectif d'amélioration de la performance des blocs a conduit à la réfection planifiée des blocs opératoires avec une réorganisation des activités, au regroupement des spécialités selon le projet médical, axé sur le parcours patient (chirurgie digestive, chirurgie orthopédique, pédiatrie, spécialités).

La réfection des unités de chirurgie ambulatoire répond aussi à l'objectif AP-HP de développement de la chirurgie ambulatoire, avec pour objectif l'atteinte d'un taux de 45% en 2019, actuellement de 35 à 40% sur le GH.

Sur le site de Saint-Antoine, les blocs opératoires Caroli ont divisés en 3 plateaux techniques ou secteurs, répartis comme suit :

- un bloc ambulatoire commun récent avec SSPI dédiée « C2 » de trois salles au 2ème étage ;
- un bloc commun orthopédie et digestif neuf « C3 » de quatre salles au 3ème étage ;
- un bloc digestif « C4 » de cinq salles au 4ème étage.

Les urgences sont prises en charge au bloc C4 puis, au-delà de 18h, au C3 en salle 4 ; la SSPI du bloc C4 comprend 5 postes. Cette SSPI de Caroli 4 fermant à 18 heures, le relais est pris par le SSPI de Caroli 3 qui comporte 10 lits, dont 4 d'USC.

Sur le site de Tenon l'activité de gynéco-obstétrique localisée avec la maternité dans le bâtiment le Lorier est répartie sur 3 salles avec une SSPI ouverte H24. Une salle est réservée aux urgences et une autre préférentiellement à la PMA . Les autres activités chirurgicales ont été regroupée dans un bloc commun Buca Meyniel comprenant 13 salles d'opération, avec une salle de radiologie interventionnelle ; 3 salles sont dédiées à la chirurgie ambulatoire. Les greffes rénales sont réalisées en urgence 24h/24h. Les suites opératoires sont organisées autour d'une SSPI de 15 postes et d'un réveil ambulatoire. L'UCA en étage comprend 12 postes de SSPI pour l'ambulatoire, admettant aussi des endoscopies de gynécologie, de l'urologie et gastroentérologie sous AG. Il y existe aussi une activité de pose de chambre implantables et de lithotritie sur ce secteur.

Sur l'hôpital Trousseau, il existe 3 sites opératoires :

- au sein du bâtiment Louis Chigot (6ème étage), comprenant 6 salles d'opération dont la S6 réservée à l'ambulatoire et aux urgences, une salle de pré induction dite ZEN (5 postes) et une salle de surveillance post-interventionnelle avec 12 postes.
- Au 2ème étage est situé un bloc opératoire dédié au traitement de la brûlure composé d'une salle d'opération et d'une salle de réveil attenante de 2 postes. Ce bloc est réservé prioritairement à la chirurgie des brûlés et aux traitements des séquelles des brûlures.
- Le bloc de gynécologie obstétrique situé dans le bâtiment Salat-Baroux est composé de 3 salles d'opération dont une salle d'urgence.

En radiologie on retrouve trois sites d'anesthésie avec une SSPI (2 postes).

Une cartographie a été réalisée à partir des risques a priori et des événements indésirables survenus sur chacun des sites, selon le type de prise en charge des patients et le parcours du patient (programmé ou non).

Les risques ont été identifiés et hiérarchisés selon la méthode HAS au décours de réunions pluridisciplinaires et interprofessionnelles regroupant les acteurs des trois sites pratiquant de la chirurgie, avec la participation du Comité de pilotage Gestion des Risques et Qualité des blocs /endoscopies du GH.

Cette réflexion tient compte des indicateurs, des EPP, des EI et des décisions de la certification précédente.

Six risques ont ainsi été priorisés. Pour chacun des sites, les objectifs d'amélioration, avec un plan

commun d'actions préventives et de surveillance, ont été définis avec un échancier, un responsable pour chaque action et des indicateurs de suivi. Un compte qualité a été formalisé et articulé avec ce plan d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique relève de la conférence des blocs du GH HUEP (réunion trimestrielle), composée du Président de la Commission Médicale d'Etablissement Locale, du Directeur du GH, du Coordonnateur Général des Soins du GH, des Présidents des 3 conseils de bloc, Cadres supérieurs IBODE/IADE des blocs, Chefs des services de chirurgie et d'anesthésie, du responsable du département DM/stérilisation, du Directeur Délégué, du cadre Administratif de Pôle, du responsable Qualité, d'un ingénieur en organisation.

Les pilotes du processus sont identifiés, ils ont été missionnés par la gouvernance et formés. Ils ont participé à la cartographie des risques et à l'élaboration du compte qualité. Il existe des responsables de bloc sur chaque site. Les structures opérationnelles locales sont les trois conseils communs de blocs, animés par les Présidents et les cadres supérieurs, qui se réunissent tous les quadrimestres.

La démarche qualité-sécurité des soins repose sur le comité de pilotage Gestion des Risques et Qualité des blocs (responsable qualité, Directeur délégué, cadre administratif de pôle, cadres de bloc, référents médicaux). Il réunit tous les deux mois, les usagers y sont invités. Cette démarche est régulièrement actualisée en articulation avec le PAQSS, selon les indicateurs de suivi et des EI intercurrents éventuels. Un Exécutif des blocs du GH est en place et se réunit mensuellement (Directeur délégué des blocs, cadre administratif des blocs, responsable qualité des blocs). Une charte générale de fonctionnement des blocs opératoires a été mise en place. Sur chaque site pour chacun des blocs et pour les différentes unités de chirurgie ambulatoire (UCA) il existe une charte de fonctionnement plus spécifique formalisée, validée par le conseil de bloc. Elle décrit les règles de fonctionnement et vaut règlement intérieur des blocs.

De même, sur chaque site, un chef de bloc est identifié et dans chaque bloc un responsable est en charge de la régulation du programme et de son lissage afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, de vérifier la mise à disposition des moyens humains et matériels nécessaires à la réalisation du programme.

Enfin un coordonnateur médical est présent quotidiennement au bloc pour régler certaines situations de déprogrammation ou d'urgences (régulation/conflits/urgences).

La régulation de l'activité est organisée. Les plannings de travaux, de maintenance et de fermeture estivales sont programmés plusieurs mois à l'avance, ils sont présentés en conseil de bloc et diffusés aux professionnels. Les différentes procédures sont actualisées et rassemblées dans la gestion documentaire GED, mise à disposition des professionnels sur intranet.

Les recrutements et la gestion des compétences sont prévus pour répondre aux objectifs et besoins en ressources humaines. L'ensemble des professionnels dispose de fiches de poste.

Il existe un plan de formation institutionnel et de spécialités pour les professionnels du bloc : IBODES, IADES et AS, afin d'accompagner le maintien des compétences et la promotion professionnelle (Radioprotection, AFGSU, DU, congrès ...). Les transports de malades sont assurés par des brancardiers en poste fixe. Il existe une charte avec une procédure de gestion du brancardage.

Un plan de gestion des matériels et équipements, avec une GMAO, est en place.

Concernant la stérilisation, une charte de fonctionnement avec le bloc opératoire a été réalisée. Des manipulateurs en radiologie sont mis à disposition des différents blocs opératoires. Les personnes compétentes en radioprotection interviennent aussi pour la sécurité en radiologie, en particulier au bloc de Tenon. La gestion des DMI est en partie informatisée et également sur format "papier", il existe un groupe de travail « DMI ». Diverses réunions transversales, la mise en place de protocoles, de fiche de transmissions et de demandes, permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire et la recherche de la satisfaction des partenaires du bloc ; à titre d'exemple, on peut citer la mise en place en cours de procédures et de fiche réflexe pour la réalisation des greffes rénale sur le bloc de Tenon.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux blocs et aux UCA sont établis en déclinaison de la démarche des HUEP. L'encadrement mobilise les équipes et les sensibilise à la démarche qualité, au travers notamment des CREX et des RMM, ainsi qu'à l'occasion de la réalisation d'audits. Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des EI, via le dispositif institutionnel. Le suivi des déclarations est fait par la DQGR. L'encadrement du bloc avec la contribution de la responsable qualité des blocs opératoires s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les dysfonctionnements éventuels sont débattus en réunion de bloc et en conseil de bloc. Au-delà des réunions de fonctionnement du service, les professionnels bénéficient d'un entretien professionnel au moins une fois par an, réalisé par l'encadrement du bloc opératoire, qui s'appuie sur les supports institutionnels et spécifiques du service tels que le Livret d'accueil des nouveaux arrivants IBODE ou IDE. A cette occasion, les formations au regard des objectifs individuels et institutionnels sont programmées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le GH veille à adapter les ressources humaines, matérielles et documentaires à ses activités. La mise en œuvre des formations concernant les agents du bloc opératoire permet le maintien des compétences sur les matériels et les techniques pour les IBODES, sur l'extubation pour les IDE de SSPI, en hypnose pour le bloc pédiatrique. Une journée institutionnelle GH de formation "Bloc" a été initiée, avec modification de l'activité pour en élargir l'accès. Un livret d'accueil a été formalisé pour les nouveaux arrivants avec cahier de suivi. La formation pour ces arrivants est réalisée avec un tutorat de 3 mois et délégation de responsabilité progressivement adaptée. Les professionnels en poste en SSPI ont bénéficié de formations adaptées au poste. De même, les agents de brancardage ont reçu une formation spécifique. La continuité de la prise en charge, incluant les cas de reprise chirurgicale ou d'urgence, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés est prévue, sur le plan médical par le coordonnateur de bloc et par les cadres pour les paramédicaux. La liste des personnels médicaux et paramédicaux de garde et d'astreinte avec les procédures d'appel respectives sont affichées. Les personnels IADE, IBODE et AS sont affectés sur les horaires de 21h00 à 7h00, en fonction des sites et du nombre de salles d'interventions ouvertes. La gestion des convocations des patients est faite par les secrétariats et, pour la chirurgie ambulatoire, par une IDE référente. Des rappels par SMS sont mis en place dans certains blocs (Saint-Antoine). L'approvisionnement en matériel, consommables et produits de santé est assuré pour répondre aux besoins de l'activité. Le service biomédical intervient pour la maintenance et la mise en route des matériels. Pour les interfaces, des fiches spécifiques de transmissions concernant les traitements et les soins au patient sont disponibles, l'antibioprophylaxie est protocolisée. A Tenon, une fiche plus spécifique a été élaborée avec une check-list de sortie de bloc.

Les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) sont aisément identifiables et disposent de moyens dédiés en locaux et matériels, du personnel dédié ainsi qu'un responsable médical identifié pour chacune d'entre elles. Le zonage et les contrôles réglementaires de radioprotection sont réalisés par une société externe, les professionnels bénéficient de la formation à la radioprotection, selon un planning établi qui bénéficie d'un suivi. Le port des protections et des dosimètres est effectif et contrôlé. Les programmes opératoires sont accessibles sur un outil informatique et sont affichés. Le matériel d'urgence vitale est opérationnel et disponible, ainsi que les chariots d'intubation difficile.

Les différentes salles d'opérations ont un monitoring des pressions et de la température permettant les relevés. Les prélèvements liés aux contrôles sanitaires sont programmés et répondent à des procédures. Le bionettoyage est assuré selon des procédures définies en fin d'intervention et en fin de journée par des agents formés par l'EOH, qui en assure le contrôle. Des carnets sanitaires sont en place. Les locaux, équipements, matériels, au niveau des salles d'opération, en SSPI et en UCA sont contrôlés et entretenus. Les blocs et les UCA des hôpitaux de Saint-Antoine, Tenon et Trousseau ont été rénovés récemment et répondent aux exigences de conformité et de sécurité. Ils disposent de zones de stockage et de rangement. Le bloc commun de Tenon dispose d'une salle équipée et blindée pour les activités de radiologie interventionnelle et de curiethérapie. Le bloc central de Trousseau est doté d'une salle de préparation dite ZEN, permettant d'optimiser la prise en charge des enfants.

Cependant, les locaux des blocs de la maternité de Trousseau ne permettent pas totalement de garantir la maîtrise du risque infectieux. Les revêtements de sol des circulations de ce secteur sont fortement dégradés et détériorés, ce qui ne permet pas d'en effectuer un bionettoyage efficace. Les HUEP ont identifié ce point et des travaux sont programmés à échéance fin août 2017.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités est effective, gérée par une cellule de programmation, sur la base d'un logiciel adapté. Une régulation quotidienne est réalisée par les responsables de régulation du bloc, avec un arbitrage par un chirurgien et un anesthésiste. Le conseil de bloc se réunit régulièrement, l'encadrement IBODE ET IADE procède aussi à des réunions de service avec les professionnels. Au niveau des unités de chirurgie ambulatoire, l'appel de la veille et du lendemain sont réalisés par l'infirmière de l'UCA. Le patient dispose d'un dossier ambulatoire dès la consultation. Un dossier spécifique "parcours patient ambulatoire" est en place à Tenon et contient toutes les fiches de traçabilité et de transmissions. Les différentes check-list (sécurité bloc, check-list de prise en charge du patient, de transmission et de sortie) sont réalisées et archivées dans le logiciel du bloc et dans le dossier. Dans l'ensemble, le patient reçoit une information sur l'acte dont il va bénéficier, dans chaque spécialité, par le praticien. Une fiche comprenant des schémas est souvent associée à cette information. A Saint-Antoine, la chirurgie ambulatoire est réalisée au bloc dédié C2 du 2ème étage avec une SSPI attenante. Au bloc de Tenon, la prise en charge du patient est organisée avec deux circuits identifiés : chirurgie conventionnelle et chirurgie ambulatoire. Il existe deux zones de transferts et d'attente (assis / couché) permettant la surveillance des patients en attente de prise en charge. La prise en charge du patient est faite dans le respect de son intimité et de son confort. Concernant la surveillance des 12 postes d'ambulatoire, elle est complétée par un réseau de caméras. La réalisation de curiethérapies et de radio interventionnelle en salle 12 est sous le contrôle des PCR/radiothérapeute qui veillent au respect des procédures. Des endoscopies d'urologie sont aussi réalisées dans ce bloc. La traçabilité du traitement du matériel est effective. Les matériels sont décontaminés sur place dans un local, dans le respect des procédures et des recommandations. Le suivi des prélèvements de pollution réalisés dans ce local clos montrent des taux conformes aux normes attendues.

Dans les trois UCA visitées il a été retrouvé la traçabilité des validations de sortie de SSPI et d'aptitude à

la rue par les opérateurs et l'anesthésiste en cas d'anesthésie.

Au bloc Trousseau, des pratiques innovantes ont été mises en place avec les professionnels : salle ZEN d'apaisement pour la préparation pour les enfants, pratique d'hypnose (30% de personnel formé) , utilisation de matériel vidéo virtuel, ... Sur l'ensemble du GH en péri opératoire le confort du patient est recherché. Le transport des patients est réalisé dans le respect de la personne et de son intimité, la pose de bracelet et les contrôles d'identité-vigilance sont réalisés et ces points ont pu être confirmés lors de la réalisation des patients traceurs. Les interfaces sont opérationnelles avec la pharmacie, pour le laboratoire et le service d'anatomopathologie elles ont fait l'objet de mises à jour récentes. La traçabilité des DMI est assurée soit sur papier, soit par voie informatique selon leur nature, dans les différents types de prise en charge et spécialités. La check-list sécurité bloc est mise en œuvre et tracée informatiquement. La conformité d'ouverture de salle est tracée, sur informatique et dans des cahiers ad hoc, de même que les relevés de pression et de température. Les feuilles « d'écologies » sont remplies par les IBODE et archivées.

L'entretien des salles est assuré par le personnel du bloc opératoire. Les déchets sont stockés dans des locaux dédiés et transportés dans des containers, à l'intérieur de sacs fermés.

Dans l'ensemble des blocs, les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe).

L'EOH assure les contrôles microbiologique et d'environnement : air, eau, surfaces, elle veille aux bonnes pratiques d'hygiène et aux formations en hygiène des personnels.

Les comptes-rendus opératoires sont réalisés sur ORBIS en extemporané, le logiciel de gestion du bloc s'y rattachant est en développement progressif en remplacement des applicatifs actuels.

Au bloc de C3 de Saint-Antoine, à la suite de la visite de certification précédente, une révision des circuits a été réalisée.

Cependant, les circuits établis au bloc opératoire (circuits des personnes et brancards, circuit des déchets) ne sont pas systématiquement respectés :

- Dans le bloc Caroli de Saint-Antoine, les proches des patients hospitalisés dans les lits d'USC situés au sein de la SSPI ont un accès direct à cette zone protégée. De plus, les patients bénéficiant d'électro-convulsivothérapie sont conduits dans la SSPI sur un brancard depuis la psychiatrie, ce qui expose au croisement de circuits en l'absence de séparation physique (« douane ») entre les salles d'intervention et la SSPI ; or il est précisé dans la charte que cette SSPI fait partie intégrante du bloc opératoire, ce qui caractérise cette zone comme étant une zone protégée à accès restreint.

- De même au niveau du bloc principal de l'hôpital Trousseau, réhabilité il y a un an, il existe des croisements de circuits en raison de la circulation de professionnels entre les salles d'opérations et la SSPI à laquelle ont accès les parents des enfants en réveil. La procédure qui détermine ici les règles de visite ne prend pas en compte les règles de tenue vestimentaire inhérentes à une zone protégée comme prévu dans la charte.

- En outre, des croisements de circuits ont été constatés lors de la visite sur le bloc principal de Trousseau, avec une évacuation de déchets (DASRI et DAOMI), dans des containers capots ouverts, à l'entrée du bloc. La porte du local à déchets, local contigu à l'entrée du bloc opératoire Trousseau, était ouverte pendant la visite de ce secteur. Un constat identique a été fait à Saint-Antoine où des containers de déchets étaient présents devant le bloc et non dans le local dédié, qui était également ouvert.

Sur la base des constats réalisés en visite, le GH HUEP a été réactif et a engagé un certain nombre d'actions, dont l'achat d'une porte électrique séparative pour le bloc Caroli C3, avec révision de la procédure d'accès des visiteurs et des transferts de patients venant pour une ECT avec un brancard dédié. Une réflexion est en cours pour transférer les lits d'USC hors du secteur protégé de la SSPI. Concernant le bloc Trousseau, les HUEP ont élaboré au cours de la visite une nouvelle procédure de gestion des déchets, et établi de nouvelles règles relatives à la circulation des familles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est réalisée par le recueil et le suivi de nombreux indicateurs, tels que les indicateurs d'activités et les IQSS sur la tenue du dossier d'anesthésie. Des audits sont conduits : check-list, DMI, port du bracelet, hygiène, patient traceur, traçabilité de la suppression des salles d'opération. Les usagers participent à la l'évaluation de la satisfaction des patients et contribuent à la réalisation des audits. Pour chaque bloc et pour le GH les tableaux de bord de fonctionnement sont produits. Ils incluent notamment le temps de vacation offert (TVO), le temps réel d'occupation des salles d'opération (TROS), le taux de débordement, ... Ces tableaux permettent la révision des plages de vacations offertes lors des réunions du conseil de bloc afin d'améliorer l'efficacité du bloc. Le suivi des événements indésirables est assuré par la référente qualité des blocs /endoscopie, un bilan annuel est présenté par secteur selon le type : activités médicales et de soins, organisation des soins et relation patient, EI relatifs à la vie hospitalière et EI sur l'identitévigilance. Ceci contribue à l'évaluation du processus. Les CREX en rapport avec les EI sont organisés et des RMM sont menées dans les spécialités de chirurgie et d'anesthésie. Le suivi du PAQSS "bloc", y compris les actions issues des EPP, est réalisé. Le planning prévisionnel d'audit pour 2017 est élaboré.

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

L'établissement met progressivement en place les rénovations nécessaires identifiées et planifiées dans son projet. Les actions du PAQSS sont déclinées, avec une évaluation du suivi et des indicateurs qui conduisent à des ajustements éventuels. Ces actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels en articulation avec le programme d'actions institutionnel et en lien avec les résultats des évaluations (audits check-list, hygiène, suppression, bracelets, ...). La communication auprès des professionnels et des usagers est assurée via l'intranet et par des affiches, par la lettre « bloc et endoscopies », ou encore via des réunions de services ou de campagnes d'information spécifiques (journée « bloc », "semaine sécurité patient" notamment). Des opérations de communication sont également menées en externe : envers les médias (reportage « portes ouvertes ») ou lors de congrès (poster).

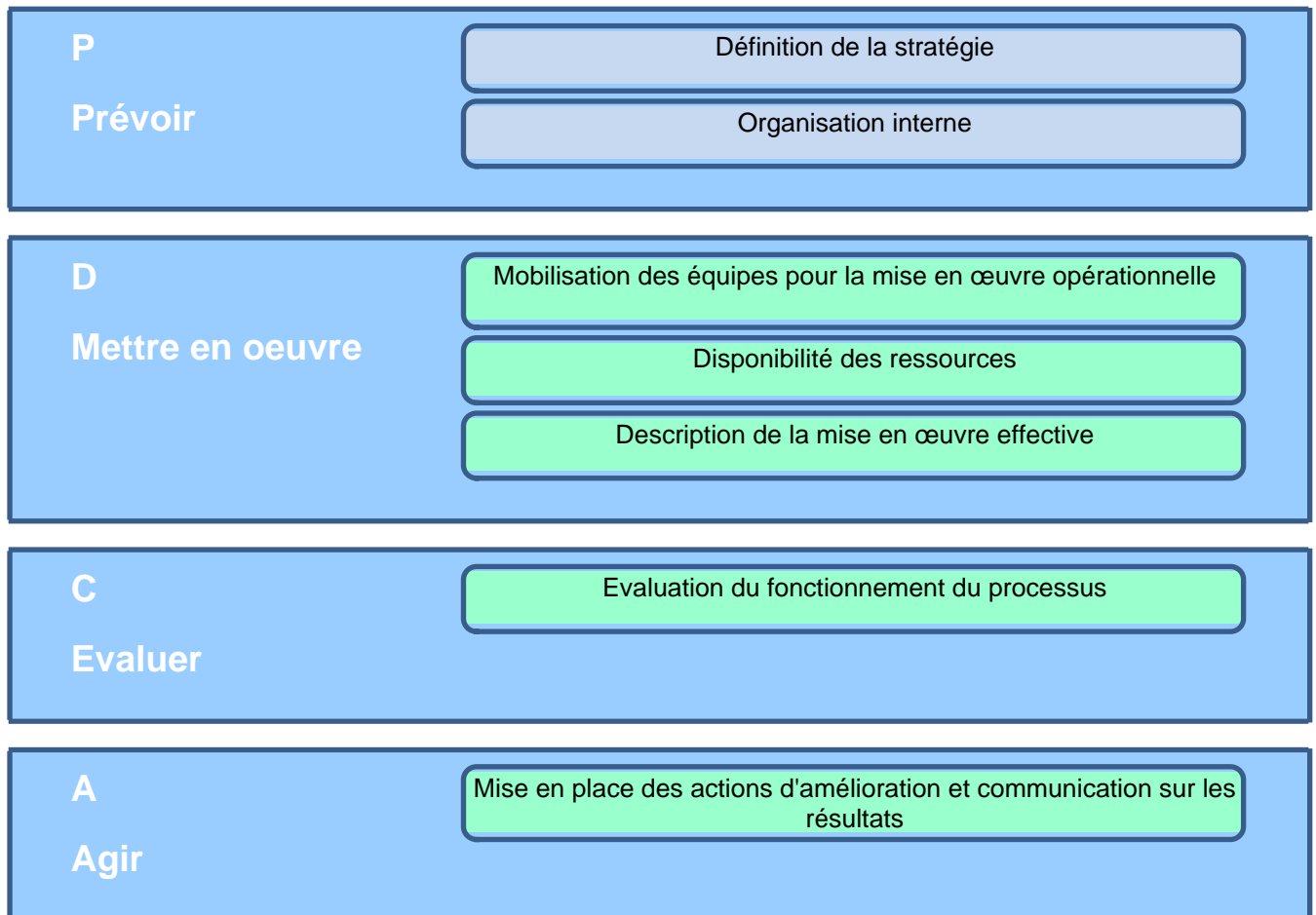
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

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

Le Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (HUEP) a défini sa stratégie pour répondre aux besoins internes et externes en radiothérapie et curiethérapie. L'établissement de Tenon dispose des autorisations ASN pour détenir et utiliser des sources de rayonnements ionisants à des fins de curiethérapie et de radiothérapie externe. Le service est rattaché au pôle d'onco hématologie. Il s'organise autour d'un plateau technique de radiothérapie et d'un secteur d'hospitalisation (12 lits dont 5 de semaine et 10 fauteuils en hôpital de jour). La politique d'amélioration de la qualité et de sécurisation des traitements en service de radiothérapie est définie et formalisée dans un manuel qualité (règles de fonctionnement, règles de radioprotection, validation du traitement, préparation des plans de traitement, contourage, réalisation du traitement et du suivi post-traitement, règles de sécurité). Les cartographies des risques a priori sur la radiothérapie externe et la curiethérapie sont réalisées avec identification des sous-processus à risque. Une priorisation des risques, réalisée avec les professionnels concernés, a permis d'identifier 4 risques prioritaires déclinés dans un PAQSS articulé avec le compte qualité (transmission des informations, identité, circuits des dossiers, dosimétrie). Le tableau de bord de suivi comprend responsables, échéances et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le chef de service d'onco-radiothérapie pilote le processus en association avec une équipe pluri disciplinaire : Personne spécialisée en radiophysique médicale, cadre de santé, PCR (Personne Compétente en Radioprotection), référent qualité et gestion des risques. Les fiches de mission sont établies. Le manuel qualité décline le plan d'organisation du service ainsi que les rôles et responsabilités des différents professionnels permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Trois processus de prise en charge sont déclinés (radiothérapie externe, curiethérapie). Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines en compétences et en effectifs (radiothérapeute, radio physicien, PCR, manipulateur en radiologie, IDE,...). Un processus d'intégration définit le parcours qualifiant d'un nouvel arrivant et les compétences à acquérir. Des évaluations sont effectuées à tous changements de poste de travail pour les manipulateurs en électroradiologie. Un plan de formation spécifique pour l'acquisition des technologies est en place. D'autres formations institutionnelles sont également proposées aux professionnels : formation à la radioprotection, formation aux premiers secours... La gestion documentaire comprend les documents utiles et actualisés, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité. Un sommaire des procédures utiles est disponible dans le service. Un code couleur différencie les procédures en lien pour la radiothérapie et la curiethérapie. Le service est doté d'un parc d'équipement (scanner dédié à la simulation, accélérateurs linéaires, logiciels de traitements de données). L'inventaire des dispositifs médicaux nécessaires et des sources radioactives est adressé annuellement à l'ASN (dernier contrôle mars 2016). La sécurité des installations et matériels (maintenance, suivi et contrôle de qualité) est placée sous la responsabilité d'une personne spécialisée en radiophysique médicale identifiée. Un lien étroit est établi avec les fournisseurs de la technologie (lors de la mise en œuvre et en continuité). La gestion des interfaces est organisée et permet l'échange d'informations, la concertation et la coordination entre les secteurs d'activités cliniques et les professionnels impliqués.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, les pilotes et les référents de la radiothérapie organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et une implication des équipes. Le PCR et les gestionnaires de risques s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Les résultats en sont communiqués aux équipes. Des réunions diverses (revue de Direction, réunion qualité, réunion d'équipes et staff quotidien) permettent d'assurer une mobilisation des équipes. Les indicateurs recueillis, les événements indésirables (30 à 40 par an) sont analysés en associant tous les professionnels. Des RMM sont organisés ainsi que des CREX. Les actions correctives issues des analyses sont intégrées au plan d'action.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences sont mises à disposition : effectifs suffisants, compétences spécifiques aux différents postes de travail (médecin onco-radiothérapeute, radio physicien, manipulateur en radiologie, PCR à 25%, ROQ, IDE d'annonce et de coordination,...). Une astreinte de radiothérapeute 24h/24 est en place. Les

formations en radioprotection des patients et des travailleurs sont mises en œuvre pour tous les professionnels du plateau technique (100%) et pour les soignants du secteur d'hospitalisation. La formation à l'utilisation des matériels et équipements est systématique avant toute pratique. La PCR détient les formations requises pour assurer ses missions. Les documents et procédures actualisés décrivant l'organisation du service et des étapes de la prise en charge du patient sont mis à disposition des professionnels. Des bases documentaires sont intégrées sur les équipements numériques. Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Une procédure en cas d'arrêt de fonctionnement d'un équipement prévoit une réorganisation afin d'assurer la régularité dans le traitement en cours (ouverture du plateau technique le samedi). Les logiciels sont connectés à la base d'identification des patients. Les référentiels tracent l'ensemble des images, des faisceaux et la dosimétrie. Les locaux respectent les précautions réglementaires (zones radioactives, signalisation spécifique pour le stockage de sources radioactives scellées). Les zones attente et circuit patients sont conformes et adaptés. Les professionnels disposent tous de dosimètre et d'équipement de protection lors d'un acte (tablier plombé).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le service d'onco radiothérapie met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Au premier rendez-vous, le dossier de radiothérapie est constitué en s'assurant de la bonne identité (contrôle systématique et validation avec le patient). Tous les dossiers des patients pris en charge ont été auparavant présentés et discutés en RCP (réunion de concertation pluri-disciplinaire). La détermination du protocole du projet thérapeutique est discutée avec le patient avant d'être revu et validé en staff de service. Le repérage des zones à irradier est effectué, validé à nouveau en équipe. Puis les séances et dosimétries sont également validées. Lors de la mise en œuvre effective de la séance, des doubles contrôles sont effectués à chaque étape par les professionnels (type de rayon, dosage, répartition). Deux manipulateurs radio sont présents au poste de traitement avec le radio physicien. La salle dédiée aux séances est décorée pour favoriser la détente. Des caméras et un interphone permettent de surveiller le patient tout au long de la séance et de rester en contact avec lui. Les séances sont planifiées selon les indications. Une consultation clinique hebdomadaire est réalisée par le clinicien référent du patient. Une attention particulière est portée à la surveillance cutanée.

Le compte-rendu de fin de traitement comprend le cumul de la dosimétrie utilisée. Le patient est revu à 1 mois de traitement, avec relais par son thérapeute de référence. La traçabilité des actes dont les doses délivrées est effective et opérationnelle. L'organisation en place avec le staff journalier facilite la communication et la coordination entre les professionnels. Les interfaces entre secteurs de soins sont opérationnelles. L'IDE d'annonce et de coordination, présente dans le service, accompagne et informe les patients. Le service développe une ETP validée avec l'ARS (patients ORL). Des bénévoles associatifs (La ligue contre le cancer) participent à la vie du service et rencontrent les patients. Les praticiens participent à des RCP au sein du GH (14) et hors GH (5). Toutes les pratiques professionnelles s'appuient sur les procédures en place, réglementaires, actualisées et validées. Les vérifications effectuées lors d'entretien, de maintenance ou de contrôle sont rigoureusement tracées sur les supports adéquats. Les professionnels sont porteurs des dosimètres contrôlés trimestriellement. Les résultats d'analyse de dosimètres sont adressés au service de santé au travail. Les observations réalisées au cours des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs et alimentant un tableau de bord. Les remarques émises dans les rapports ASN sont suivies. Des audits internes sont menés (ex : identité). Les événements indésirables sont recueillis et analysés avec tous les professionnels impliqués et peuvent donner lieu à des réunions CREX ouvertes à toute l'équipe. Des revues de morbi-mortalités sont menées en interne ou avec d'autres services (ex : réanimation). Les résultats obtenus au regard des actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. Le tableau de bord du programme qualité est actualisé et insère toutes les actions correctives. Un bilan annuel d'activité du service est présenté en réunion de service.

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, comme par exemple :

- l'amélioration de l'information sur le plateau technique (centrage, dosimétrie)
- la sécurisation de l'identitovigilance.

Des supports et modalités de diffusion sont établis (compte-rendus, affichages). La communication des

résultats est réalisée en interne via des réunions de service (hebdomadaire et mensuelle) comme en externe, notamment auprès des professionnels.

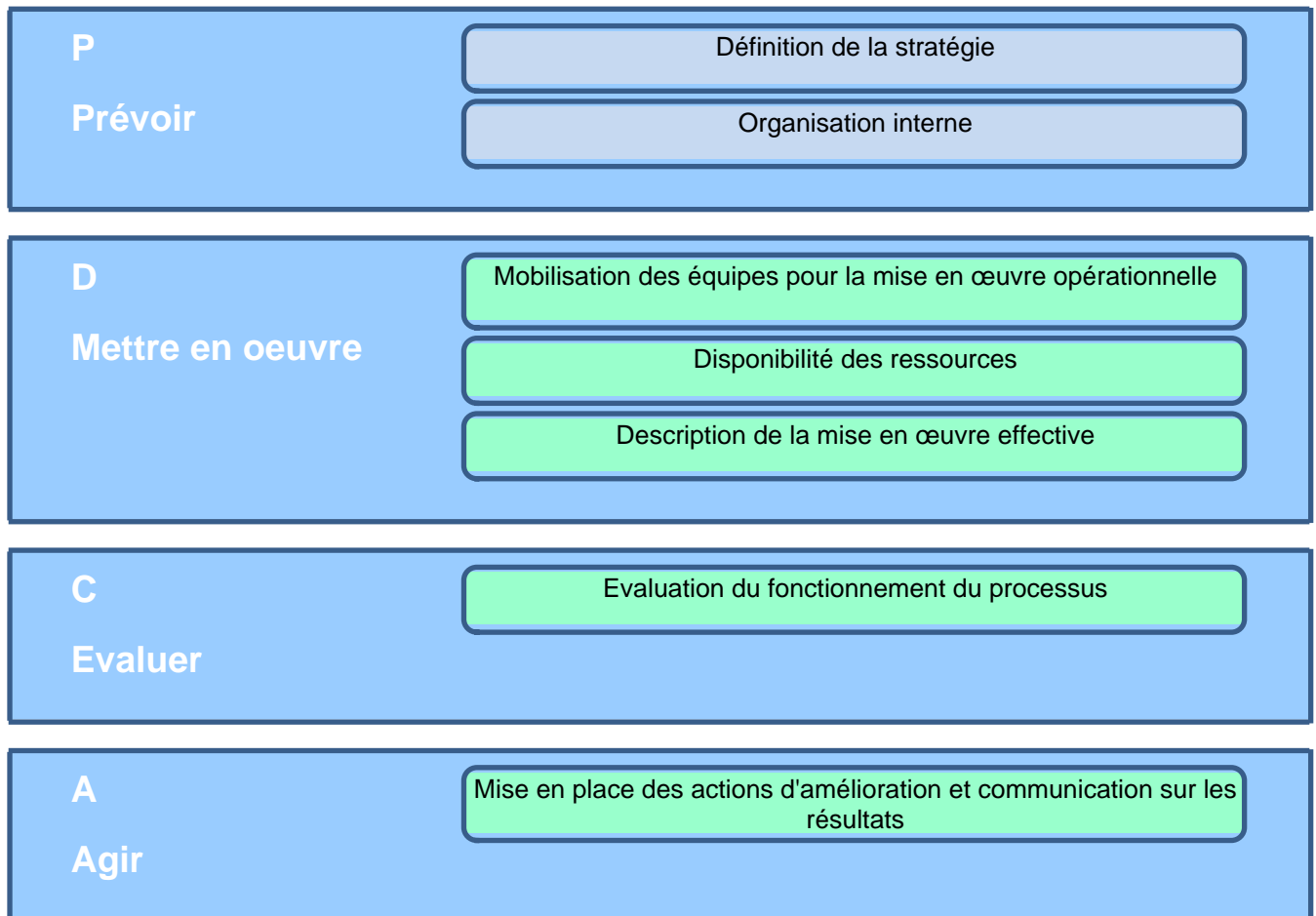
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (GH HUEP) a défini une stratégie commune à ses activités de médecine nucléaire comportant des objectifs identifiés.

Dans le CPOM 2015-2019 des HUEP, les objectifs qualité gestion des risques établis pour les secteurs de médecine nucléaire sont spécifiés dans un chapitre (1.8.3) relatif aux ré-organisations des trois sites, ainsi que dans le chapitre "Sécuriser la prise en charge du patient dans les secteurs utilisant les rayons ionisants" citant entre autre les points suivants :

- renforcer et optimiser l'organisation de la radioprotection des patients et des personnels des HUEP
- développer le système de management de la qualité en imagerie sur le secteur de médecine nucléaire.

Les activités de médecine nucléaire sont intégrées dans le pôle Imagerie, ce qui favorise une mutualisation des moyens et des méthodes.

L'activité de médecine nucléaire est répartie sur 3 sites au sein des HUEP :

- activité thérapeutique sur le site de Saint-Antoine, au 9ème étage bâtiment Robert André (4 chambres avec comme activité essentielle le traitement par Iode 131),
- activité de diagnostic sur le site de Tenon, au niveau 1 du bâtiment Cassiodore (2 appareils de scintigraphies et 2 TEP)

- activité de diagnostic sur le site de Trousseau au niveau 0 du bâtiment Chigot (3 appareils de scintigraphie). Le contrat de pôle Imagerie prend en compte la fusion à terme des services de médecine nucléaire de Saint-Antoine et de Tenon (transfert de l'activité de diagnostic de Saint-Antoine vers Tenon en 2016, programmation du transfert des activités de thérapeutique de Saint-Antoine vers le site de Tenon prévu en 2018).

Compte tenu des transferts d'activité, les objectifs visent à :

- conserver les spécificités pédiatriques du site de Trousseau, unique en France
- développer les compétences médicales en adéquation avec les nouvelles organisations
- améliorer le parcours du patient hospitalisé
- développer les prises en charge ambulatoires en médecine et chirurgie
- améliorer l'accès à l'hôpital
- améliorer le parcours du patient dans le cadre des admissions non programmées.

S'y ajoutent les objectifs Qualité et gestion des Risques, inscrits dans le contrat de pôle Imagerie :

- rédaction du manuel d'assurance qualité en médecine nucléaire
- compétence en radioprotection, désignation d'un responsable en assurance Qualité, unité de physique médicale
- extension des cartographies des risques
- revue des événements indésirables, programmation de CREX
- mise en œuvre des exigences de contrôle qualité des équipements et de formation des utilisateurs
- généralisation de la mesure des doses
- optimisation des examens en lien avec une réflexion sur la pertinence des actes (rapport bénéfice/risque)
- renforcement et optimisation de l'organisation de la radioprotection des patients et des professionnels, harmonisation et optimisation des procédures en terme de suivi dosimétrique des personnels et des patients, de contrôle des équipements.

La cartographie de la prise en charge du patient en médecine nucléaire a été élaborée à partir des déclarations des événements indésirables, des constats issus des inspections de l'ARS et de l'ASN des trois sites ainsi que des obligations réglementaires. Les risques identifiés ont été hiérarchisés selon la méthodologie définie au sein du GH HUEP, avec priorisation des actions d'amélioration à conduire. 5 risques ont ainsi été identifiés concernant les trois secteurs : demande non conforme ou incomplète, dysfonctionnement de matériel, erreur de saisie des paramètres d'identité, risque de contamination ou d'exposition des personnels, erreur d'administration. Les trois premiers ont été versés au compte qualité, qui est articulé avec le PAQSS et le plan d'action du pôle "Imagerie" présenté en réunion polaire.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes ont été identifiés pour chaque site (chef de service de médecine nucléaire associé à un co pilote). Désignés par le Directeur et le Président de CME, ils disposent d'une fiche de mission. Un relais opérationnel est assuré par l'encadrement (cadre supérieur de santé en charge de la qualité du pôle, encadrement de proximité). Afin d'assurer les activités et la continuité des prises en charge en médecine nucléaire, les ressources en professionnels sont prévues : médecins, physiciens, radio pharmacien, personnes compétentes en radioprotection, manipulateurs en électroradiologie.

Les organigrammes opérationnels au sein du pôle sont définis et intégrés au manuel qualité. Un manuel d'assurance qualité en médecine nucléaire a été rédigé et publié dans la base documentaire (date d'approbation 28/03/2017). Y sont déclinées les modalités organisationnelles du système de management de la qualité du secteur de médecine nucléaire, avec la Direction qualité du groupe HUEP en

soutien méthodologique :

- description du processus de pilotage, autour d'une démarche élaborée sous la Direction du chef de pôle et le soutien des chefs de services
- modalités opérationnelles du système de management de la qualité (dont les organigrammes)
- plan de communication
- retours d'expérience
- cartographie des processus
- gestion des ressources humaines, des sources radioactives, des déchets et des effluents, des dispositifs médicaux, de la radioprotection, la radiopharmacie
- systèmes d'information
- déclinaison du programme d'actions
- gestion documentaire.

Les formations pour les professionnels médicaux et non médicaux sont organisées par les personnes compétentes en radio protection. Les maintenances préventives et curatives des matériels lourds sont assurées contractuellement par les fournisseurs, pour les autres matériels par le service biomédical du groupe HUEP. Le contrôle qualité des matériels de mesure est organisé périodiquement par le physicien médical (TEP et gamma caméras). L'ensemble des documents et procédures mises en place sur le secteur de médecine nucléaire est disponible sur la gestion documentaire informatisée. Le secteur de médecine nucléaire dispose d'un système d'information dédié permettant le suivi du patient de son arrivée à sa sortie. Le GH HUEP a organisé la radioprotection autour des personnes compétentes en radioprotection, au sein d'une commission. L'élimination des déchets et des effluents est sécurisée avec des zones définies pour les décroissances. Les cuves de décroissance des effluents ont un contrôle de surveillance électronique des débordements et fuites éventuelles, les moniteurs de surveillance étant dans les locaux des secteurs de médecine nucléaire et en relais au niveau du service de sécurité des sites. La sécurisation de la livraison des produits radioactifs et du retour des contenants est organisée pour l'ensemble des sites, avec des accès limités, balisés et sécurisés par code. Le fonctionnement de la radio pharmacie est intégré à la PUI de l'établissement, avec un radio-pharmacien dédié pour chaque site de médecine nucléaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le personnel d'encadrement de médecine nucléaire mobilise ses équipes notamment sur les actions mises en place suite à l'identification des risques :

- rappeler les services ou les patients pour informations complémentaires en cas de demande non conforme ou incomplète
- établir les procédures en mode dégradé en cas de dysfonctionnement des matériels
- former les formateurs puis les professionnels sur les erreurs de saisie des paramètres d'identité,
- prévenir et corriger selon les protocoles de radio-protection en cas de contamination ou d'exposition des professionnels,
- prévenir les erreurs d'administration selon les protocoles en vigueur.

Les professionnels sont sensibilisés aux actions mises en place dans leur secteur notamment par des informations et rappels sur les modalités d'identification du patient tout au long de sa prise en charge. L'affichage sur l'ensemble des secteurs permet une sensibilisation permanente des professionnels sur les mesures de radio-protection. L'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux sont à jour de leur formation en radio protection, dont le suivi est assuré par l'encadrement.

Le contrôle qualité est organisé afin d'avoir un contrôle quotidien des activimètres par les MER. Ces contrôles sont validés soit par le radio-pharmacien soit par le physicien selon le site. La déclaration des événements indésirables est impulsée par l'encadrement. Toutes les problématiques en lien avec l'identification du patient font l'objet de déclaration OSIRIS (12 de janvier à avril 2017). Les événements ainsi déclarés peuvent faire l'objet de RMM (une en 2016 et une en 2017) ou de CREX, au niveau du secteur imagerie ou du secteur de médecine nucléaire. L'activité des secteurs est suivie périodiquement et communiquée aux professionnels, notamment du fait des restructurations récentes (transfert de l'activité diagnostic de Saint Antoine vers Tenon).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources et compétences en professionnels nécessaires au fonctionnement des trois secteurs de médecine nucléaire sont pourvus au regard des activités et matériels :

- site de Trousseau (trois gamma caméras) : 1.9 ETP médical, 0.5 ETP de radio-pharmacien, 0.3 ETP de radio-physicien, 4.5 ETP de MER, 1 ETP d'IDE, 2 EP d'aides soignants, et 1 ETP de secrétariat.
 - site de Saint-Antoine (4 chambres thérapeutiques) : 0.8 ETP médical, 0.5 ETP de radio-pharmacien, 3 ETP d'IDE, .
 - site de Tenon (2 gamma caméras et 2 TEP) : 6 ETP médical, 1.1 ETP de radio-pharmacien, 1 ETP de radio-physicien, 10.8 ETP de MER, 1 ETP de cadre de santé, 3 ETP d'aides soignants et 2 ETP AMA.
- La base documentaire nécessaire aux activités est à jour et disponible sur la gestion documentaire

électronique, notamment : document de demande d'examen, les circuits d'approvisionnement des radiopharmaceutiques dans les unités de radiopharmacie par site, les documents d'information patient, l'ensemble des procédures de radio protection (consignes de sécurité, utilisation des dosimètres, conduite à tenir en cas d'exposition...). Les locaux de médecine nucléaire du site de Saint-Antoine (dite radiothérapie vectorisée) sont anciens, situés au 9ème étage du bâtiment. Le transfert de l'activité est programmé durant l'année 2018. Les locaux du site de Tenon sont récents (2012) et ceux du site de Trousseau ont été rénovés en 2007. Les zones dites "froides" et "chaudes" sont clairement identifiées et séparées sur tous les sites, sans possibilité de croisement de circuit ou de retour. Les locaux sont sécurisés par digicode. Une attention particulière est portée à l'Identitovigilance. Cependant, l'interface entre le logiciel dossier patient et le logiciel métier de médecine nucléaire ne garantit pas la qualité des critères d'identification des patients. Afin d'éviter une erreur potentielle dans l'identification d'un patient à son arrivée (consultation ou admission avec contrôle d'une pièce justificative d'identité), le professionnel d'accueil peut être amené à créer un nouveau dossier patient dans le logiciel métier de médecine nucléaire, avec risque de doublon. Ce risque est identifié comme prioritaire par les HUEP et versé dans le compte qualité. Les actions identifiées (mettre en œuvre des procédures de contrôle à chaque étape de la prise en charge et mettre en œuvre un programme de formation) sont en cours de déploiement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Sur le site de Saint-Antoine, les demandes de prise en charge des patients (essentiellement des protocoles thérapeutiques à l'Iode 131 et également par Lutathera) sont adressées au médecin responsable du service. Une présentation du dossier en RCP est systématique, si cela n'a pas été fait en amont. La convocation est envoyée au patient, accompagnée d'un document d'information relatif aux précautions en lien avec la radio protection. Une consultation pré-thérapeutique est organisée avec une IDE reprenant les consignes et pré-requis en vue du traitement. Les patients doivent répondre à des critères d'autonomie et de compréhension pour pouvoir bénéficier du traitement. La recherche d'une éventuelle grossesse est systématique chez les femmes en âge de procréer. Les locaux de livraison des produits radio pharmaceutiques sont identifiés, sécurisés (par code) et séparés du laboratoire et des chambres. L'ensemble des manipulations des produits se fait dans le respect des règles de radio protection. Le contenant du MRP (médicament radiopharmaceutique) est identifié au nom du patient. Il est acheminé par le radio pharmacien du service vers la chambre du patient. Après administration, la quantité de dose est mesurée tous les jours jusqu'à une dose compatible avec la sortie. La dose administrée et les doses résiduelles sont enregistrées dans le logiciel métier du service de médecine nucléaire et mentionnée dans le compte rendu de sortie.

Sur les sites de Tenon et de Trousseau, les salles d'attente "froides" sont clairement séparées des secteurs "chauds". Les prescriptions de scintigraphie sont systématiquement validées par un médecin, avec analyse bénéfique - risque de l'examen et vérification des éventuelles antécédents d'examen irradiants. Le risque de grossesse est également vérifié.

La livraison des MRP est organisée pour les deux sites. Les locaux récemment refaits sur le site de Trousseau (avril 2017) sont en attente de validation par l'ASN. La traçabilité des éléments entrants et sortants est réalisée et contrôlée par le radio pharmacien. La préparation des MRP est effectuée dans les laboratoires par des MER spécifiquement formés, sous la responsabilité du radio-pharmacien systématiquement présent.

Le site de Tenon bénéficie d'un automate de préparation des injections. Les seringues sont identifiées au nom du patient, par étiquette patient ou éditée à partir du logiciel de gestion de l'automate (site de Tenon). Elle est collée sur le contenant radio-protecteur de la seringue directement en sortie du flux. Sur le site de Tenon, la surveillance des patients après injection, dans l'attente de l'examen (TEP ou scintigraphie) est assurée dans chaque box par une sonnette. Pour les patients hospitalisés, la surveillance après examen, avant retour dans les services d'origine est assurée par caméra. Le retour des sonnettes et de la caméra est dans le local de gestion des consoles des automates.

La répartition des enfants pris en charge par le secteur de Trousseau est de 30% provenant du site de Trousseau, 30% de l'hôpital R. Debré, 30% de l'hôpital Necker, et 10% "autres". Les doses pédiatriques sont préparées uniquement à l'arrivée de l'enfant. La douleur est prise en charge par l'apposition de patch anesthésique sur 2 zones potentielles d'injection. L'ensemble des professionnels est formé à l'utilisation du MEOPA. Un parent est autorisé à accompagner l'enfant de son arrivée à sa sortie.

La sortie est organisée sur les trois sites avec des documents d'information remis aux patients ou aux parents. Le patient ou le parent peut disposer du compte-rendu d'examen (scintigraphie simple sans examen tomographique associé) ou du compte-rendu d'hospitalisation dès la sortie. En cas d'interprétation différée, les résultats sont expédiés et disponibles sur le logiciel dossier patient des HUEP.

Le suivi du patient est informatisé sur l'ensemble des trois sites. Les doses injectées (ou ingérées) sont intégrées dans le logiciel, de même que sur les comptes-rendus. La traçabilité des préparations en radio pharmaceutiques est également intégrée.

La gestion et le suivi des déchets solides et des effluents sont effectifs. Les cuves de décroissance sont dans les sous sols, comportant des protections bétonnées en cas de fuite et une détection électronique. Les locaux de décroissance des déchets sont identifiés, verrouillés par digicode ou entrée sécurisée par carte professionnelle. L'ensemble du personnel porte un dosimètre passif nominatif de périodicité

trimestrielle et un dosimètre actif à lecture directe.

Les personnes étrangères au service sont identifiées à l'entrée et sortie du service et sont porteuses de dosimètres. La formation des professionnels est effective, notamment en radio protection. Un travail spécifique a été mené sur l'identification des patients, l'ensemble des professionnels a été au minimum sensibilisé dans l'attente de la mise en place du programme de formation institutionnel de l'AP-HP.

Les procédures relatives aux activités de chaque site et à l'utilisation des matériels sont connues des professionnels.

Les professionnels connaissent les modalités de déclaration des événements indésirables, que ce soit dans les cas d'exposition (d'un professionnel ou d'un patient), ou pour ce qui concerne les anomalies d'identification des patients. Toutefois, les pratiques professionnelles en lien avec les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse ne sont pas toujours effectives. Dans le secteur de médecine nucléaire à visée thérapeutique sur le site de Saint Antoine, au moment de la visite, a été constaté que le traitement personnel n'était pas retiré au patient, ni prescrit par le médecin, avec une traçabilité de l'administration non effective. Face à ce constat, l'établissement a mis en place, pendant la visite, une procédure de gestion du traitement personnel du patient (isolement du traitement sous identification du patient, évaluation de son autonomie, prescription pour 24 heures par le médecin, traçabilité de la prise réalisée par l'IDE).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs d'activité sont mis en place, suivis et intégrés dans le bilan du pôle Imagerie. Des audits ont été menés sur le secteur de médecine nucléaire :

- audit sur la conformité des demandes d'examens de scintigraphies pédiatrique conduit sur le site Trousseau en décembre 2016 sur la base des 8 éléments suivants : date de demande, service demandeur, nom du demandeur, identité du patient, date de naissance, région anatomique, motif d'examen, finalité d'examen, poids et taille.
- audit sur l'évaluation de la conformité des demandes d'examens sur le site Tenon, selon les mêmes critères que ci dessus, réalisé en mars 2017 sur 24 demandes de scintigraphies et 85 de TEP.
- une enquête de satisfaction du patient : sur le site de Trousseau en mai 2014 sur 45 questionnaires de sortie, sur le site de Tenon en mai 2014 portant sur 140 questionnaires.

Un audit Identitovigilance relatif à l'accueil et à la vérification de l'identité du patient a été mené sur les 3 sites en 2017. Des points à améliorer ont été identifiés : vérification du port du bracelet, vérification de l'identité par question ouverte, vérification systématique des coordonnées patient, vérification systématique de l'existence d'un doublon dans ORBIS. Un rapport annuel permet de colliger les indicateurs, notamment ceux en lien avec l'activité, ainsi que les signalements d'événements indésirables.

A / AGIR

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

Suite à l'audit sur le site de Tenon relatif à la conformité des demandes, plusieurs actions ont été définies, notamment :

- informatisation de la demande,
- importation du critère "poids" depuis le DPI,
- communication vers les services.

Ces actions sont initiées.

Suite à l'audit relatif à l'identitovigilance, les secteurs de médecine nucléaire ont mis en place une check-list de vérification. En juin 2017, le pôle imagerie a initié une EPP Identitovigilance.

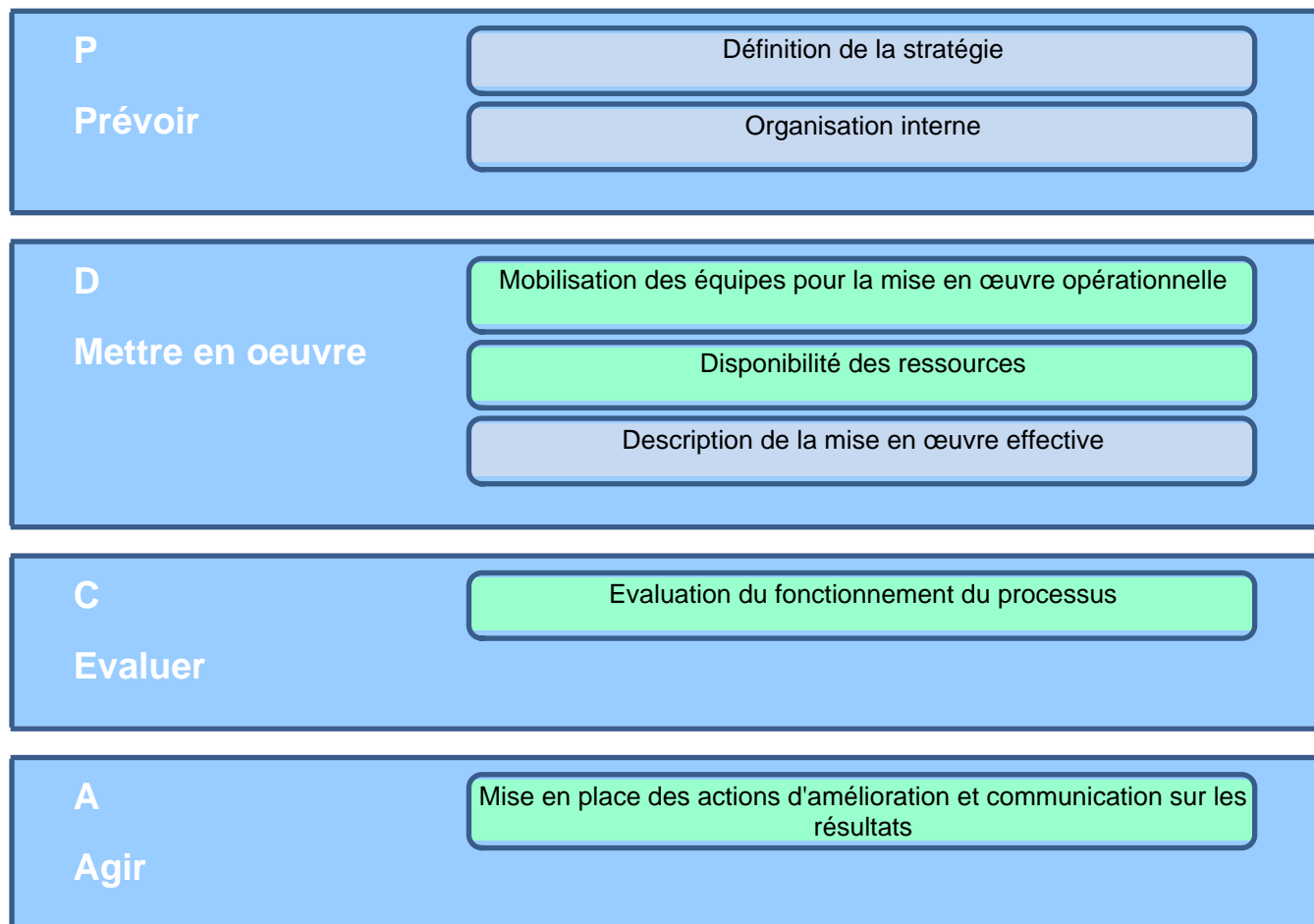
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité de techniques interventionnelles utilisant de l'imagerie médicale (TIUIM) est répartie sur trois sites au sein du GH des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien :

Saint-Antoine (bâtiment Horloge, niveau -1), Tenon (bâtiment BUCA) et Trousseau (bâtiment Chigot, RDC). Sur chaque site de Saint-Antoine et de Tenon, une salle spécifique en secteur d'imagerie est dédiée à l'activité. Sur le site de Trousseau l'activité s'effectue soit dans une salle de TDM soit dans une salle d'imagerie. Les activités identifiées par site sont :

- Saint-Antoine : pose de Picc Line, radiofréquence, coronarographie simple et pose de stimulateur cardiaque. La cardiologie interventionnelle (coronarographie avec pose de stents, rythmologie) est effectuée sur l'hôpital de la Pitié Salpêtrière et l'hôpital Montsouris par convention.

- Tenon : embolisation, biopsies, gastrostomie, chimio intra-hépatique, dilatation, artériographie, phlébographie, radio fréquence

- Trousseau : ponction, radio fréquence et biopsies.

Dans le CPOM 2015-2019 sont identifiés des axes spécifiques relatifs aux TIUIM :

- axe "sécuriser la prise en charge du patient dans les secteurs utilisant les rayonnements ionisants" et plus spécifiquement en développant le système de management de la qualité en imagerie.

L'activité de TIUIM est intégrée dans le pôle imagerie du GH HUEP qui a pris en considération les restructurations récentes, notamment du fait du transfert des activités de greffes hépatiques vers un autre GH de l'AP-HP. Le contrat de pôle Imagerie est en cohérence avec les engagements qualité et gestions des risques de l'AP-HP et du GH HUEP.

L'identification des risques relative aux TIUIM a été élaborée à partir d'une cartographie des risques intégrant les éléments issus des déclarations des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des obligations réglementaires, des inspections de l'ARS et de l'ASN, du suivi des indicateurs existants, d'audits, ainsi que les EPP. La cartographie a permis d'identifier des risques qui ont été gradués selon la méthode établie au niveau du GH. La hiérarchisation en fonction du niveau de maîtrise a permis d'identifier les risques prioritaires, qui ont été versés au compte qualité. Les actions issues de cette identification des risques sont intégrés dans le PAQSS institutionnel. Les risques identifiés ainsi que les actions d'amélioration ont été présentés en bureau de pôle et en CMEL. Conformément à l'article L 1333-4 du Code de la Santé Publique (CSP) et à l'article L 592-20 du Code de l'environnement, l'Agence de Sécurité Nucléaire (ASN) a accordé aux Hôpitaux Universitaires de Paris Centre (HUPC) les autorisations de détention et d'utilisation de sources scellées et non scellées pour les trois sites.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique TIUIM est assuré par deux médecins, un pilote et un copilote. Ils sont assistés sur le plan opérationnel par le cadre supérieur de santé référent qualité du pôle imagerie. Les pilotes ont leurs missions définies et formalisées dans une lettre de mission, cosignée par le président de la CME et le Directeur du GH. Chaque site dispose d'un organigramme du secteur d'imagerie identifiant les secteurs de TIUIM. La gestion documentaire est disponible avec les documents nécessaires sur la GED de l'établissement, notamment les procédures et les check list pré, per et post interventionnelles. Une charte de fonctionnement du secteur d'imagerie interventionnelle des HUEP a été élaborée et publiée en juin 2017. La charte de fonctionnement de la radiologie interventionnelle a été rédigée et publiée. Elle reprend l'organisation générale de l'activité, le pilotage, les modalités d'identification des risques intégrant les éléments de radioprotection, les modalités d'analyse des événements indésirables avec la mise en place de CREX, les audits et EPP, les ressources humaines et matérielles nécessaires, la démarche de radioprotection, la gestion des dispositifs médicaux, l'informatique et les réseaux. Une cartographie des risques a été réalisée pour les sites de Saint-Antoine et de Tenon. La cartographie des risques du site de Trousseau est intégrée dans la cartographie TDM du pôle imagerie. Sept risques ont été identifiés et deux risques critiques avec un niveau de maîtrise faible (mauvaise préparation du patient, défaut de surveillance opérationnelle) ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration. La maintenance des matériels est assurée par les constructeurs tous les 6 mois pour les matériels lourds et par le service biomédical pour les autres matériels. Des formations en radioprotection (professionnelle et patients) sont inscrites au plan de formation et réalisées par les personnes compétentes en radioprotection. Les ressources en professionnels (radiologues interventionnels, chirurgiens, anesthésistes, manipulateurs d'imagerie) sont prévues pour assurer le bon fonctionnement de l'activité, y compris les astreintes de nuit, week-ends et jours fériés. Afin d'assurer les astreintes, l'ensemble des manipulateurs est formé à l'imagerie interventionnelle. Les comptes rendus des actes sont disponibles sur le logiciel dossier patient, les images sont sur le PACS, accessible depuis le DPI. Les délais de restitution des résultats et des images sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les doses délivrées sont notifiées sur le PACS, le dossier patient informatisé ainsi que sur le compte-rendu. Une commission de radioprotection est en place, la Directrice qualité en fait partie. Les dispositifs médicaux (DM) sont centralisés à la PUI, avec un stock minimum disponible sur les salles. L'organisation est en place afin d'assurer l'approvisionnement en

DM spécifiques dans les délais compatibles avec la prise en charge des patients. L'information du patient est organisée par les professionnels médicaux et non médicaux, avant et après l'acte d'imagerie interventionnelle. Des actes sous anesthésie générale sont réalisés avec trois vacations sur le site de Tenon, et si nécessaire à Saint-Antoine. Les actes sous anesthésie générale sont possibles sur le site de Trousseau sur le créneau hebdomadaire prévu pour les IRM sous anesthésie générale. La consultation d'anesthésie est organisée ainsi que la surveillance post interventionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les actions d'amélioration définies suite à l'identification des risques sont connues et appliquées dans les secteurs d'activité ainsi que les EPP : prise en charge de la douleur, identification du patient de son l'ensemble de son parcours... Les chefs de service et l'encadrement (cadre supérieur de santé en charge de la qualité et par l'encadrement de proximité) sensibilisent les professionnels médicaux et non médicaux aux risques inhérents à leur activité et les mobilisent, notamment sur le suivi des actions identifiées dans le PAQSS, et également les actions issues des CREX et des RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels médicaux et non médicaux sont en nombre suffisant afin d'assurer la continuité de la prise en charge. Sur le site de Saint-Antoine : 6 ETP de manipulateurs en électroradiologie (MER) formés à l'imagerie interventionnelle, ainsi qu'à la pose du Picc line dans le cadre du protocole de délégation de tâches. Sur le site de Tenon : 37 MER formés et une IDE

Sur le site de Trousseau : 20 MER. Les ressources en personnes radio-compétentes (PCR) sont prévues :

- un médecin coordonnateur à 0,2 ETP
- 0,5 ETP sur le site de Saint-Antoine (poste non pourvu au jour de la visite)
- 1,5 ETP sur le site de Tenon
- 0,5 ETP sur le site de Trousseau
- 0,2 ETP sur le site de Rothschild
- 0,3 ETP sur des missions transversales (formations).

Les ressources en anesthésie permettent d'assurer les éventuelles prises en charge des patients sous anesthésie générale.

La surveillance post-interventionnelle est organisée. Pour le site de Trousseau, les actes sous anesthésie générale sont rares et organisés lors des vacations hebdomadaires des IRM sous AG permettant la disponibilité des anesthésistes.

Les locaux d'imagerie disposent d'une salle d'induction et d'une salle de surveillance post-interventionnelle, avec la permanence médicale d'un anesthésiste. Les formations sont proposées au plan institutionnel et adaptées aux besoins et compétences des professionnels. Les formations en radioprotection sont effectuées en interne par les personnes compétentes en radio protection, que ce soit pour le risque professionnel ou pour le risque patient.

La gestion documentaire est à jour et est disponible sur la GED de l'établissement. Des documents spécifiques sont en place en fonction des types de prises en charge : identification du patient et modalités de contrôle, procédures dégradées (panne SIH), conduite à tenir en cas d'extravasation de produit, utilisation du MEOPA, procédure d'ouverture des salles, procédures de contrôle externe des installations soumises à autorisation à l'ASN, ...

Les astreintes et les gardes sont opérationnelles : les tableaux sont disponibles pour les professionnels médicaux concernant les sites de Saint-Antoine et de Tenon. L'activité du site de Trousseau ne justifie pas d'astreinte.

Les locaux sont récents pour les sites de Saint-Antoine et de Tenon et répondent à la réglementation, pour les actes avec ou sans anesthésie générale. Les organisations sont en place afin d'assurer la surveillance avant et après induction. Les maintenances préventives sont organisées : soit par les fournisseurs pour les équipements lourds (2 maintenances annuelles programmées), soit via le service biomédical pour les autres équipements.

Le système d'information du dossier patient est interfacé avec le logiciel dédié à l'imagerie interventionnelle de l'établissement.

Néanmoins, les bonnes pratiques d'identification du patient ne sont pas totalement assurées.

Les outils informatiques ne sont pas adaptés à la sécurisation des bonnes pratiques d'identification du patient. Sur les sites de Saint Antoine et de Tenon, lors de l'audit de processus, il a été constaté l'absence du nom de famille (ou nom de naissance) et la présence du seul nom marital sur les étiquettes patient éditées par les professionnels, en raison d'un dysfonctionnement d'interface informatique. La sécurisation de l'identification du patient ne peut pas être pleinement assurée par les professionnels lors de la prise en charge des patients. Lors du constat, cet élément a été signalé aux administrateurs système des HUEP en vue d'en analyser les causes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations sont définies au sein des secteurs TIUIM afin d'assurer l'accueil et la prise en charge des patients. L'activité 2016 sur le site de Tenon est de 889 actes, sur Saint-Antoine 1058 actes de radiologie

interventionnelle (dont 354 poses de Picc Line et 694 cardiologie) et pour le site de Trousseau 128 actes. La planification de chacune des salles est disponible dans la gestion documentaire et affichée dans les services. Les ressources médicales sont conformes aux besoins et à la programmation (présence de cardiologues, anesthésistes...).

La programmation des patients est effectuée sur un logiciel dédié. Des plages pour les urgences sont programmées. Les identités des patients sont contrôlées à plusieurs reprises : lors des prises de rendez-vous, lors de l'arrivée du patient et lors de chaque acte et intervention de professionnels. A l'arrivée du patient, le service édite des étiquettes à partir du logiciel métier.

Pour le site de Saint-Antoine, une check-list est en place pour les prises en charge des coronarographies diagnostiques et une spécifique pour la pose de Picc Line (selon le protocole validé par l'ARS autorisant la délégation de tâche). Les documents sont différents sur le site de Tenon compte-tenu de la plus grande variété d'examen réalisés. Pour chaque site, un document d'information du patient est en place. En cas d'anesthésie générale, la consultation d'anesthésie est tracée. Le remplissage des check-list d'ouverture de salle est effectif sur les trois sites. Le nettoyage des locaux est organisé par des équipes mixtes.

- Organisation du site de Saint Antoine :

Il existe une zone d'accueil des patients, et d'attente distincte pour les consultants et les patients couchés. Le transport des patients est effectué par les brancardiers de l'établissement. Les zones de stockage des dispositifs médicaux sont adaptées et comprennent un stock minimum pour les actes les plus fréquents. En cas de besoin spécifique (exemple : acte de radio fréquence) une commande est effectuée à la PUI, avec un délai de livraison compatible avec la prise en charge du patient. L'inventaire des stocks des DM est mensuel. Les médicaments sont dans une armoire ou un réfrigérateur avec identification des DCI.

- Organisation du site de Tenon :

La salle de TIUIM étant situé au sein des blocs opératoires, la zone d'accueil est située dans la zone d'accueil des patients allongés du bloc. Les zones de stockage des DM sont adaptées. Les DM sont référencés afin d'être trouvés aisément en cas d'urgence ou de nouveaux arrivants. Les stocks disponibles sont suffisants afin d'assurer les types de prise en charge sur ce secteur. Le suivi des DM est informatisé, ce qui permet un réassort régulier des stocks.

- Organisation sur le site de Trousseau :

La zone d'accueil est commune au secteur d'imagerie, avec un emplacement prévu pour les enfants allongés. Le local contenant les DM est fermé et attenant à la salle d'imagerie.

La traçabilité est organisée et complète : pour les DM de façon informatique et sur le dossier papier du patient, pour la dose délivrée au patient dans le dossier informatisé du patient, sur le compte-rendu et dans le PACS. L'archivage des fiches de traçabilité est réalisé dans le service d'imagerie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les événements indésirables sont analysés par les pilotes stratégiques et opérationnels du service de TIUIM et font l'objet de RMM ou de CREX. Le processus est évalué par des enquêtes de satisfaction en imagerie interventionnelle sur le site de Saint-Antoine et dans le cadre du protocole de délégation de tâche aux manipulateurs d'imagerie pour les poses de Picc Line. Suite à l'identification des risques prioritaires et des actions qui en découlent, des indicateurs ont été mis en place sur les sites Saint-Antoine et de Tenon :

- taux de conformité du volet "préparation du patient" (une évaluation en 2017)
- nombre de signalement des événements indésirables faisant l'objet de CREX et/ou de RMM
- suivi du délai d'attente pour un rendez vous programmé. Des audits ont été réalisés :
- un patient traceur sur le parcours "cardiologie" avec transfert sur un établissement extérieur au GH
- identitévigilance sur le pôle Imagerie pour les trois sites. Une seconde évaluation est prévue, après les actions de formation à l'identitévigilance sur ce pôle. Des EPP sont en place : pose de Picc Line dans le cadre de la délégation de tâche aux manipulateurs d'imagerie, gestion de la douleur, optimisation en scanographie pédiatrique, identification du patient. Ces EPP sont connues des professionnels.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en place au regard des risques identifiés sont suivies, quel que soit le niveau de criticité des risques. Les actions suivantes sont en cours de réalisation :

- définition du parcours post interventionnel du patient sur le site de Tenon
- contractualisation avec le service de brancardage pour le site de Saint-Antoine
- généralisation du volet pré interventionnel sur les sites de Tenon et Saint-Antoine
- réalisation d'une consultation paramédicale la veille des poses de Picc Line sur Saint-Antoine

- actions de formations obligatoires.

L'action "actualiser le POPM" a été menée.

Les déclarations des événements indésirables sont analysés en RMM ou en CREX du pôle imagerie ou du pôle Blocs SSPI et font l'objet de diffusion auprès des professionnels. Les évaluations issues des inspections de l'ASN sur les différents sites ont conduit à des plans d'actions ayant permis de lever les remarques de l'ASN. L'activité de chaque secteur est suivie annuellement (nombre d'actes, évolution et recettes) et est notifiée dans la note de conjoncture trimestrielle du pôle imagerie.

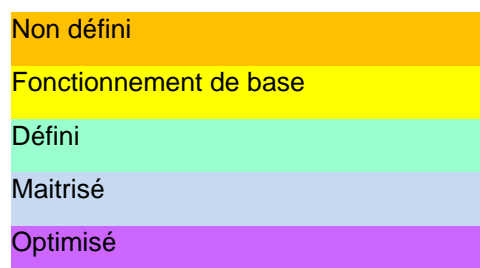
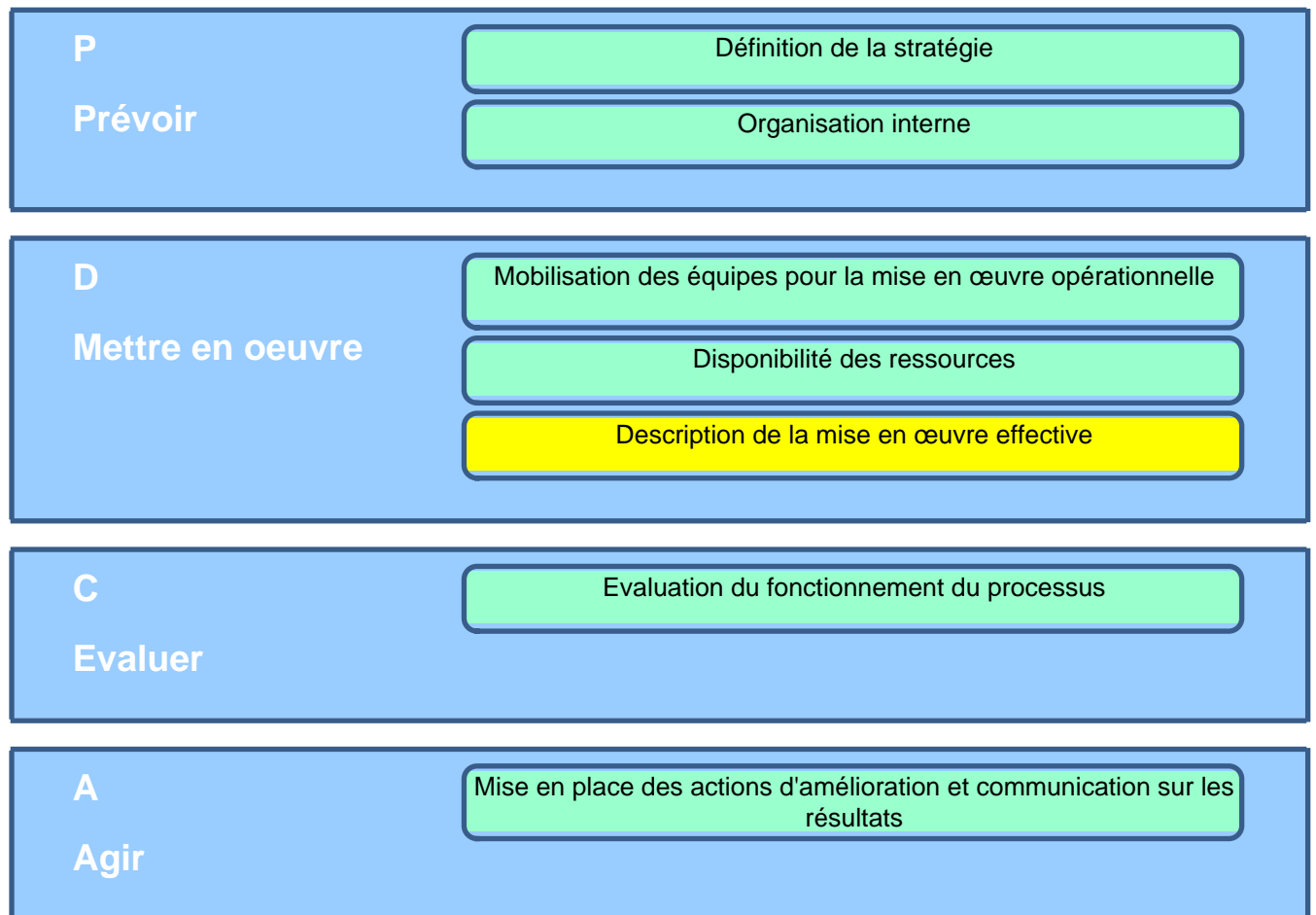
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de Paris Est (HUEP) dispose de plusieurs plateaux d'endoscopies concernant différentes spécialités : gastroentérologie, ORL, cardiologie, pneumologie, urologie, gynécologie. Ces activités sont réparties sur les 4 sites du GH : Saint-Antoine, Tenon, Trousseau et Rothschild.

A la suite des constats issus de la précédente certification, une politique de sécurisation et de restructuration des divers plateaux d'endoscopies a été mise en œuvre. Dans le cadre de ce projet, le secteur de gastro entérologie de l'hôpital Saint-Antoine assure la prise en charge depuis fin 2015 de la grande garde d'endoscopie (19h-7h et 24h/24 les WE et fériés) et a développé la filière « SOS urgences digestives ». La politique d'extension de l'activité d'endoscopie conventionnelle et interventionnelle a conduit à la construction en cours d'un grand plateau technique sur le site de Saint-Antoine, projet soutenu par la Direction Générale de l'AP-HP en 2015 et présenté au CHSCT et au CTCL. De fait, une révision des organisations s'est aussi imposée dans l'attente de l'achèvement des travaux de restructuration.

Le Groupe Hospitalier HUEP a ainsi identifié 14 secteurs d'endoscopies et un pilotage institutionnel commun a été mis en place.

- Sur le site de l'hôpital Saint-Antoine l'endoscopie comprend 5 unités d'endoscopie : l'endoscopie digestive située au sous-sol du Bâtiment Caroli avec une salle de réveil ; les endoscopies ORL ont lieu dans le bâtiment Mayer, les échocardiographie transoesophagienne (ETO) dans le service de consultation de cardiologie au bâtiment Lemièrre, la réanimation médicale qui est au bâtiment UPR et la réanimation chirurgicale qui se trouve au bâtiment Caroli.

- Sur le site de l'hôpital Trousseau , au sein du bâtiment Paul Louis-Chigot (6ème), les blocs opératoires et d'endoscopies de pédiatrie ont bénéficié d'une rénovation avec mise en conformité. Au niveau du secteur de pédiatrie, il existe une salle d'endoscopie sans anesthésie générale (AG); les procédures bronchiques et digestives sous anesthésie ont lieu au bloc opératoire et les naso fibroscopie en consultation ORL au bâtiment Lemarié.

- Sur le site de l'hôpital Tenon, avec la rénovation des blocs au niveau du Bâtiment Buca Meyniel, un centre d'endoscopie récent permet de réaliser des endoscopies digestives, gynécologiques bronchiques et urologiques ; les endoscopies ORL sont réalisées en consultation bâtiment Meyniel. Enfin des bronchoscopies sans AG sont pratiquées en pneumologie Bâtiment Lavoisier et les ETO en cardiologie (local inondé au moment de la visite et n'ayant pu être visité) au bâtiment Morin.

- Sur le site de l'hôpital Rothschild sont ponctuellement réalisées des endoscopies naso-laryngées au décours de consultations ORL.

Les décontaminations dans leur ensemble sont effectuées sur le secteur de réalisation dans des locaux dédiés, sauf pour le naso fibroscope de Rothschild qui est traité à Trousseau.

Dans ce contexte, pour chacun de ces secteurs une cartographie des risques hiérarchisés a été réalisée avec la collaboration des professionnels.

A partir des observations de la visite précédente, des contraintes des sites, de l'analyse des événements indésirables, sept des risques identifiés ont été priorisés selon leur criticité et portés au compte qualité : erreur d'identification du patient, défaut de préparation (colique) du patient, risque infectieux, vol d'endoscopes, dispersion des données liées à l'activité par absence d'outils informatiques centralisés et spécifiques, défaut d'information ou de compréhension des patients, risque environnemental professionnel lié au traitement des endoscopes. Un plan d'actions d'amélioration, en articulation avec le compte qualité, a été mis en place et soumis aux instances. Il comporte des responsables d'actions identifiés, un échéancier et des indicateurs de suivi. Les mesures de réduction de risques sont prévues, avec une actualisation par une cartographie renouvelée 2 fois par an, selon l'avancement des actions et la survenue d'EI éventuels durant cette période.

ORGANISATION INTERNE

Les bureaux de pôle et le Comité stratégique qualité sécurité des soins sont porteurs de la politique d'amélioration des pratiques d'endoscopie au sein du GH. La mise en œuvre est articulée avec des groupes de travail par le Comité de pilotage Gestion des Risques et Qualité des blocs / endoscopies du GH sous l'égide de la Direction et de la CME.

Le pilote gastro-entérologue de Saint-Antoine et les copilotes (Praticien gastro-entérologue de l'hôpital Tenon, les deux Cadres de Santé des plateaux d'endoscopie de Tenon et Saint-Antoine, le pilote de la thématique risque infectieux et un référent du biomédical) en charge de l'animation du groupe de travail « thématique endoscopie » ont été missionnés et formés. Ce groupe de travail a bénéficié de l'assistance méthodologique de la RAQ et de l'aide des EOH. La fiche d'analyse de processus et les cartographies des risques a priori ont permis d'identifier les risques au niveau du parcours ainsi que les ressources à

mobiliser.

Des chartes ont été réalisées sur chaque secteur d'activité et des responsables identifiés pour chacun de ces secteurs.

Ces chartes décrivent l'organisation, le fonctionnement des circuits de prise en charge et les responsabilités, permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Des fiches de postes décrivent les missions et rôle des professionnels. Il existe un manuel qualité d'endoscopie qui décrit le système de management de la qualité concernant les activités d'endoscopie de tout le groupe hospitalier. Un plan de formation institutionnel ainsi que des formations ciblées sur l'activité du secteur, en particulier sur les pratiques de désinfection et l'hygiène, sont en place. Les vacations des différents médecins endoscopiques sont organisées et planifiées sur le semestre lors de réunions et prennent en compte les absences des praticiens programmées un mois à l'avance. Afin de gérer le flux des patients, fluidifier les prises en charges, organiser les demandes en urgence, une fonction de régulateur médical a été mise en place.

La prise en charge des malades est organisée sur chaque secteur par les secrétariats selon la typologie soit en secteur de consultation, soit en UCA avec ou sans AG ou au bloc si besoin (Pédiatrie par ex).

Des fiches de suivi et de transmission sont en place pour les patients en ambulatoire et hospitalisés (liaison bloc, réveil, service). Les comptes-rendus d'examen sont portés sur ORBIS. Le développement d'un outil d'informatisation métier est en cours de recherche avec les autres groupes hospitaliers et le siège. Ce risque de dispersion des données liées à l'activité par absence d'outils informatiques centralisés et spécifiques est priorisé dans le CQ. Les infirmières qui assistent les opérateurs et les aides-soignants qui doivent réaliser les désinfections des endoscopes sont recrutés selon une fiche de poste. Des formations spécifiques avec un compagnonnage sont prévues pour les nouveaux arrivants ainsi que le maintien des compétences.

Les interfaces sont organisées avec les services d'anatomopathologie, le laboratoire, les services et il existe une collaboration avec les EOH qui assurent la surveillance d'hygiène, de prélèvements et de pratiques professionnelles de désinfection.

Le service biomédical assure le suivi par GMAO et la maintenance du parc d'endoscopes et de colonnes de vidéo. Il est en charge de dresser un plan de renouvellement en concertation avec la commission ad hoc AP-HP. La documentation concernant les pratiques, les protocoles de prise en charge ou de fonctionnement du matériel sont disponible sur la GED, en particulier les procédures concernant la désinfection et la gestion des endoscopes selon les dernières instructions du 4 juillet 2016. Les chartes de site et le manuel "gestion des risques et qualité en endoscopie" décrivent aussi les responsabilités de chacun, le planning de travail, l'organisation des urgences, la sécurité au travail, la communication interne et la gestion des modifications éventuelles d'organisation. Sur l'ensemble des sites la démarche qualité est ainsi documentée et actualisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement et le Comité de pilotage Gestion des Risques et Qualité des blocs / endoscopies du GH en lien avec les pilotes, mobilisent les professionnels au travers du suivi des actions du PAQSS. Des réunions régulières des groupes de travail centrées sur la thématique ont été conduites pour la réalisation de l'analyse du processus et de sa fiche. Les professionnels ont également été associés à la restructuration de l'organisation de l'endoscopie, ce qui a été fortement fédérateur pour les équipes des différents sites. Des RMM inter services et des CREX (depuis 2015) sont aussi réalisées avec la participation des professionnels. Au-delà des évaluations annuelles, les cadres et l'équipe d'hygiène sensibilisent les professionnels en communiquant les résultats des audits des pratiques et en mettant en place des actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement au travers de l'engagement de la direction assure la mise à disposition des moyens matériels et les locaux nécessaires pour la réalisation de sa politique sur l'endoscopie. Ainsi, des travaux de rénovations de divers secteurs de sites ont été soit réalisés (plateau endoscopie/UCA de Tenon et plateau de Trousseau), soit en cours de réalisation (Saint Antoine) ou programmés (secteur d'endoscopie de pneumologie de Tenon).

Concernant la désinfection des endoscopes, des matériels automatisés (laveur/désinfecteur) ou semi automatisés (paillasse) sont en place sur chaque secteur d'activité. Les désinfections en mode manuel sont faites essentiellement en procédures dégradées en cas de panne. Les procédures sont actualisées et accessibles sur la GED. Un rappel des différents temps de procédures est fait aussi sur des affichettes. La maintenance est assurée et les contrôles microbiologiques sont effectués régulièrement et tracés par les EOH. Les ressources médicales et paramédicales sont identifiées sur les quatre sites et un organigramme décrivant les liens hiérarchiques et fonctionnel est publié. Concernant la permanence de soins pour les endoscopies de nuit et l'accueil des urgences digestives, un médecin endoscopiste et un aide-soignant se déplacent sur l'hôpital Saint Antoine et à l'extérieur (Département 75, 93, 94) pour réaliser des

endoscopies en urgence, nuits, week-end et jours fériés. Concernant la pédiatrie, des astreintes d'endoscopie digestives sont partagées entre l'hôpital Trousseau et les hôpitaux Robert Debré et Necker. Un planning prévisionnel est formalisé. Pour préserver la présence des médecins seniors au niveau du secteur d'hospitalisation conventionnelle et de l'hôpital de jour et assurer les activités d'endoscopie digestive nécessaires pour l'ensemble de la communauté hospitalière, la répartition des demi-journées du personnel médical a été révisée. Les plages horaires d'endoscopie digestive avec anesthésie ont été augmentées. La régulation des activités est organisée pour chaque secteur d'endoscopie afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. La planification des plages d'activité pour chaque opérateur est réalisée selon les sites sur les logiciels de gestion et un responsable est identifié pour régler les dysfonctionnements éventuels et lisser les programmes.

Toutefois, sur le site de Trousseau (hôpital Chigot) la formation des professionnels à la désinfection des endoscopes ne fait pas l'objet d'un suivi. Contrairement à ce que prévoit le manuel «gestion des risques et qualité en endoscopie» validé le 8 juin 2017, les AS rencontrés lors de la visite dans le secteur d'endoscopie de TROUSSEAU ont déclaré être formés par compagnonnage sans que leurs compétences n'aient été évaluées, même pour ceux ayant été formés il y a plusieurs années. Ils ont précisé que leurs rencontres avec l'EOH lors de la réalisation d'audits ne donnent lieu à aucun retour formalisé ou habilitation au regard d'une grille d'évaluation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sont organisés avec les différents intervenants concernant la réalisation des actes.

Pour les malades hospitalisés, les demandes d'exams sont réalisées sur des fiches avec renseignements cliniques et recherche du risque ATNC.

Pour les patients en externe le dépistage du risque ATNC est réalisé lors de la consultation médicale. Il est codifié par une procédure et tracé sur la fiche de transmission, et le logiciel du bloc pour les endoscopies réalisées dans les blocs opératoires. Plusieurs check-lists sont remplies concernant les différents actes d'endoscopies : check-list d'accueil patient, check-list de dossier ambulatoire, check-list HAS adaptée par les sociétés savantes selon la spécialité (Digestive, Pneumologique...). Concernant les procédures sous AG, la check-list « sécurité du patient en endoscopie » HAS est remplie et archivée dans le dossier patient et sur le logiciel du bloc opératoire.

La complétude des renseignements de la check-list conditionne la prise en charge du patient. Lors de la consultation préalable, les patients reçoivent une fiche d'information concernant l'acte à réaliser et leur consentement est recueilli.

Pour les patients externes, un dossier ambulatoire est remis et l'appel de la veille est assuré par l'infirmière d'accueil du service d'endoscopie.

Un rappel par SMS mis en œuvre en 2013 pour la chirurgie et l'hépatogastro-entérologie et en 2014 pour les consultations d'anesthésie et l'endoscopie est en cours de développement pour l'endoscopie (actuellement rappel la veille par téléphone). La consultation et la visite pré anesthésique sont tracées soit dans le dossier ambulatoire soit dans le dossier d'hospitalisation, et mentionnées sur la check-list pré interventionnelle. Les comptes rendus d'examen, de consultations sont intégrés dans le dossier patient et communiqués aux correspondants.

Les carnets de vie des endoscopes sont tenus à jour et archivés sur le site d'utilisation. L'utilisation des matériels de protection par les professionnels est effective.

Au bloc TENON où ont lieu des endoscopies sous AG, la salle de désinfection est dédiée à cette activité. Elle est munie d'une hotte d'extraction et la teneur aérienne en polluant a été analysée et est dans les normes admises.

Les pratiques professionnelles en particulier concernant la désinfection, la marche en avant et l'entretien des endoscopes sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues que l'on peut consulter dans GED actualisée. L'EOH s'assure régulièrement du maintien des bonnes pratiques et réalise les contrôles microbiologiques des matériels, paillasses et armoires de stockage. Ces contrôles sont tracés ainsi que les résultats qui sont communiqués aux cadres et aux professionnels. Les opérations de désinfection sont tracées avec les numéros d'endoscopes. Les tickets de machine laveur endoscope sont archivés ainsi que les références de DMI utilisés. Il existe des fiches de suivi et de traçabilité des dispositifs médicaux ainsi que des fiches de liaison post procédure. Dans l'ensemble la traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées concernant les actes, le matériel sa désinfection et la maintenance dans les carnets de vie. Des gaines de protection pour les naso-fibrosopes et les sondes d'ETO sont appliquées ; cependant sur deux secteurs, la traçabilité des actes n'est pas totalement opérationnelle. En effet, la traçabilité des vérifications effectuées sur l'identité du patient et de l'acte réalisée, ainsi que la traçabilité de l'intégrité du matériel utilisé n'est pas toujours renseignée.

- En service de consultation de cardiologie à l'hôpital Saint ANTOINE, les examens d'échographie trans œsophagienne (ETO) sont réalisés avec une gaine protectrice. Les actes sont tracés sur une feuille de classeur permettant de noter l'identité du patient et l'état d'intégrité de la gaine. Il a été constaté lors de la visite que l'identité du patient et sa date de naissance sont renseignées sur cette fiche de façon

manuscrite (sans utilisation d'étiquette d'identification contenant l'IPP) et que le contrôle de l'intégrité de la gaine n'est pas tracé.

- Sur le site de TENON au niveau des consultations d'ORL, le nom et la date de naissance du patient, sont aussi retranscrits de façon manuelle sans étiquette, ce qui peut constituer une source d'erreur.

Ce constat de défaut de traçabilité a été corrigé, par l'établissement, en cours de visite par une réactualisation des fiches de traçabilité et une nouvelle sensibilisation des professionnels.

Concernant l'urgence vitale, chaque secteur d'endoscopie dispose d'un chariot d'urgence à proximité dont la vérification régulière est tracée, les numéros d'appel d'urgences sont affichés et connus des personnels et des formations régulières ont été dispensées (AFGSU, simulations, RCP...).

Tous les patients sont surveillés en salle post interventionnelle et la sortie est validée par l'opérateur ainsi que par l'anesthésiste pour les procédures sous AG après que le score d'aptitude à la rue le permette. Pour les malades hospitalisés, une fiche de transmission est remplie par l'infirmière et l'opérateur.

Cependant, en pneumologie Bâtiment Lavoisier (1er étage à l'hôpital TENON), il a été constaté un défaut de surveillance post interventionnelle. Les patients après un fibroscopie bronchique en service de pneumologie de TENON sont placés dans une pièce entre les deux salles interventionnelles ne garantissant pas une surveillance sécurisée : pas ou peu de visualisation sur le patient, pas de sonnette ni de caméra. Le patient présentant une éventuelle détresse respiratoire (OAP, hémoptysie par ex) ne pourra donner l'alerte et les professionnels sont occupés dans les pièces attenantes pour réaliser une autre procédure. Le secteur n'a pas identifié dans l'analyse du processus ce risque. A la suite de ce constat, le site concerné a aussitôt mis en place des actions de réduction du risque avec une procédure et un système de surveillance. L'ensemble des professionnels des secteurs d'endoscopie sont formés aux bonnes pratiques de désinfection des endoscopes, lors de formations internes ou externes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le personnel connaît et utilise le système de déclaration des événements indésirables. Les EI sont suivis et analysés par les gestionnaires d'événements. Le retour des bilans est réalisé lors du Comité de pilotage Gestion des Risques et Qualité des blocs / endoscopies du GH. Des RMM ont été réalisées en gastro entérologie et pneumologie et des CREX avec implication des professionnels ont été mis en place.

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation et s'assure du suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les différents secteurs réalisant des endoscopies réalisent un suivi d'activité par type d'intervention et par spécialité et des évaluations sur les reports d'actes ont été réalisées.

« Des audits sont réalisés notamment sur l'utilisation de la check-list HAS, sur la traçabilité des désinfections du matériel, sur le déroulement du processus et de la prise en charge, sur la qualité de préparation en gastro entérologie (Score de Boston) et le secteur d'endoscopie digestive a participé à l'audit national en endoscopie du GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) portant sur les procédures de traitement des endoscopes digestifs. Les secteurs ont également conduit un audit de processus selon la méthode du patient traceur ainsi que des audits « croisés » entre les différents sites d'endoscopie. Par ailleurs, afin de préparer la certification la DQGRU et la CGS ont mis en place une campagne « semaine d'évaluation des secteurs d'endoscopie » ».

Des questionnaires de satisfaction ont été mis en place avec participation des usagers et les plaintes font l'objet d'analyse et de mesures de correction si nécessaire. Un tableau de bord d'indicateurs de fonctionnement de l'endoscopie permet de recenser l'ensemble des indicateurs de fonctionnement des secteurs d'endoscopie (nombre de réunions, de formations, CREX, audits, RMM etc...)

A / AGIR

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

Le GH dans le cadre du projet d'établissement et de la politique institutionnelle a entrepris différentes actions mises en place avec les professionnels :

- les actions de mises au normes des salles de traitement et d'examen ainsi que l'acquisition d'équipements.
- les actions d'amélioration issues de l'analyse des EI ou des constats fait lors des enquêtes et des audits
- les actions issues des EPP

Certaines de ces actions sont portées aussi dans les contrats de pôles. Diverses actions de communication sur les résultats sont réalisées vers les professionnels et les usagers au travers de « la lettre gestion des risques qualité des blocs opératoires et des sites d'endoscopie », des lettres d'informations gestion des risques et qualité via l'intranet, des affiches sur des campagnes en cours (par ex la semaine de l'endoscopie), ou de présentations comme celle de la Mission d'expertise et d'accompagnement auprès des GH de l'AP-HP qui a traité du sujet endoscopie. Des livrets et des fiches d'informations et de communication destinés aux usagers ont été créés.

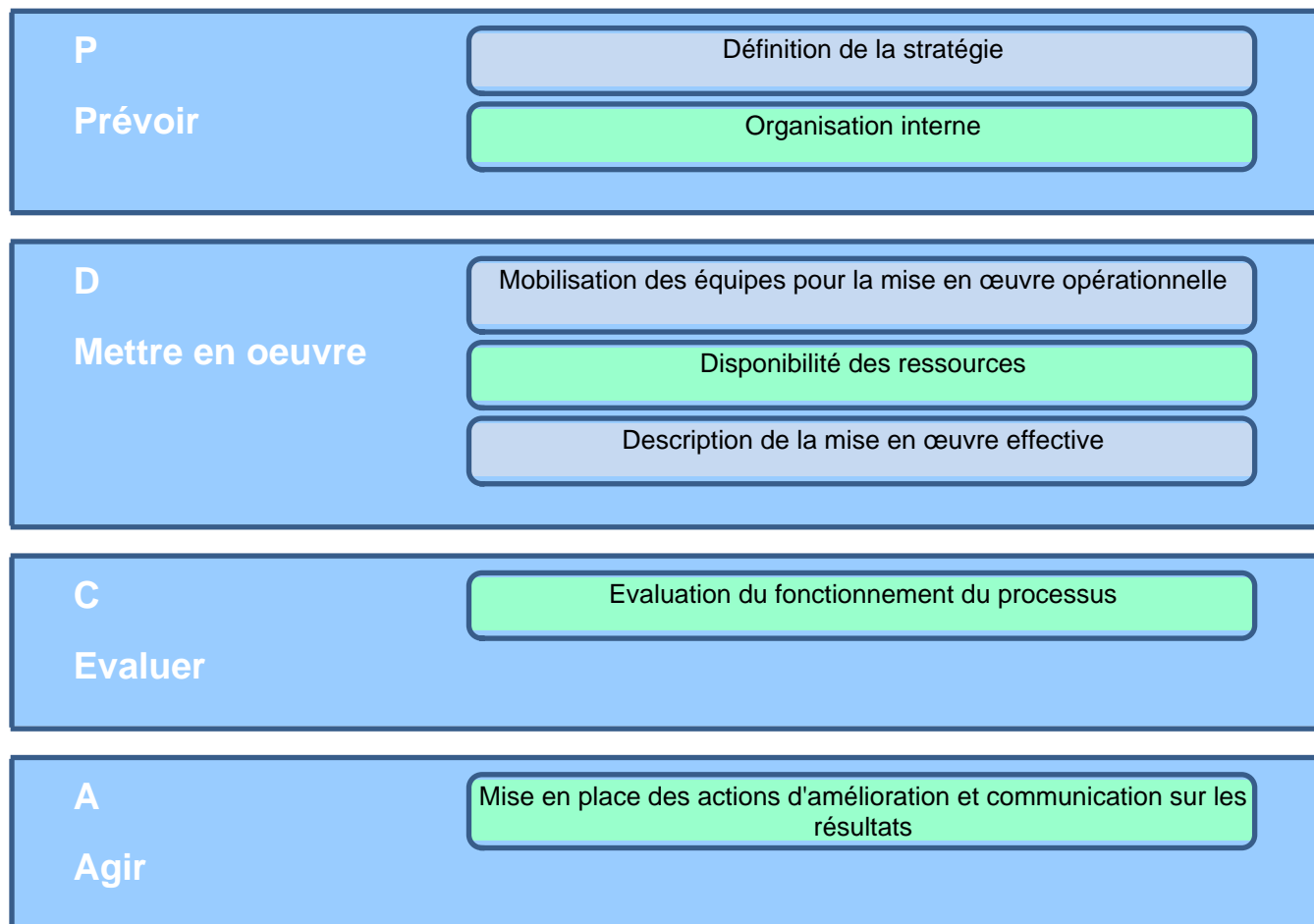
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le GHUEP regroupe deux centres périnataux : l'un sur l'hôpital Trousseau de niveau III (4000 accouchements / an) et l'autre sur hôpital de Tenon actuellement en niveau II (2 500 accouchements /an). La maternité de Tenon ayant une fermeture temporaire de son unité de néonatalogie a une période de 6 mois pour régulariser la situation et se maintenir en niveau II. Les orientations stratégiques du GHUEP prennent en compte le niveau de risque foeto-maternel selon le type de maternité et formalisent les collaborations inter-établissements du réseau périnatal du bassin parisien.

Les deux sites disposent, selon leur niveau, d'unité d'accueil de soins d'urgences gynécologiques-obstétriques, d'unité d'accueil à la naissance, d'hospitalisation de suites de couches ou de suivi gynéco-obstétriques, de néonatalogie et de réanimation néonatalogie et répondent aux autorisations de l'ARS.

L'hôpital Trousseau assure le suivi et l'accueil des grossesses à haut risques (ex : maternité avec pathologies associées, grossesses multiples). Le projet élaboré en commun pour les deux sites (validé le 26/08/2016) appuie sur les complémentarités et les collaborations entre les deux sites.

En fonction des besoins identifiés et des diverses missions des maternités du GH, et en intégrant le risque materno-fœtal, des conventions ou collaborations sont mises en place [ex : Réseau péri natalité, Hôpital Lariboisière, grande garde d'embolisation, clinique des Bluets (grossesse à risque ou urgence post partum), HAD, dispositif PRogramme d'Accompagnement Au retour rapide à Domicile (PRADO),...]. Une convention avec le SAMU décline la prise en charge lors de transfert entre établissements en cas de situation critique (ex : accouchement imminent ou complications).

Les deux sites disposent des locaux adéquats :

- pour Tenon : 4 salles de pré-travail et 7 salles de travail, un accès direct au bloc opératoire (salles dédiées), une SSPI, un secteur d'hospitalisation en suites de couches doté 6 Chambre Kangourou.

- pour Trousseau : a le même nombre et type de locaux et une unité de réanimation néonatalogie.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées au regard des différentes données de la cartographie des risques, des indicateurs nationaux (IQSS), des audits, des événements indésirables. L'analyse a permis de déterminer des axes prioritaires retenus pour le compte qualité, qui ont été hiérarchisés selon une méthodologie validée par la HAS. Le plan d'actions qui en découle est inclus dans le plan d'actions global. Il est formalisé, hiérarchisé et planifié.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités sont désignés. Les pilotes sont identifiés (médecins responsable de service des deux sites). Des copilotes sont associées (médecins et sages-femmes). Des groupes de travail pluri-professionnel sont constitués. Les fiches de mission sont élaborées.

Les organisations prévoient les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge 24h/24. Ces organisations sont rédigées et ont été validées en instance.

Au regard des besoins et des risques identifiés, les ressources humaines en effectifs et en compétence sont affectées. Les équipes sont composées de médecins (obstétriciens, gynécologues, pédiatres, anesthésistes) et de sage-femmes, IDE, aide-soignantes, psychologues, assistantes sociales.

Les besoins en formation sont recensés dans le plan de formation de l'établissement et sont complétées de formation interne aux unités.

Les ressources en matériels, dispositifs et équipement sont disponibles sur le plateau technique et les unités de soins (scopes, échographes, appareils de mesure du PH et lactates, couveuses,...). L'augmentation de l'activité influe sur l'optimisation des locaux.

Les maintenances réglementaires et recommandées sont organisées en lien avec le service biomédical.

La documentation comprend les procédures, les protocoles nécessaires, des arbres décisionnels actualisés et accessibles en temps utile (ex : CAT en cas d'HPP, procédure code rouge,...).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (laboratoire, bloc opératoire, EFS,...). Il existe une étroite collaboration entre les professionnels facilitant la coordination de la prise en charge de la femme enceinte à toutes les étapes du suivi jusqu'à l'accouchement et le suivi post natal.

La permanence des soins garantissant la continuité obstétricale 24h/24h est organisée (gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste réanimateur, pédiatre, sage-femme,...) sur chacun des sites et répond aux exigences réglementaires.

Le système d'information (dossier informatisé et papier) est structuré et permet la continuité et la communication des informations utiles à la prise en charge entre différents secteurs d'activité. Le dossier comprend notamment le suivi prénatal, les différents enregistrements des rythmes cardio fœtal, le compte rendu d'accouchement, de césariennes.... Le registre des accouchements et des naissances présent en salle des naissances, renseigné par l'obstétricien, est opérationnel.

L'organisation et les interfaces permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

Les organisations sont définies pour accueillir des parturientes du début de la grossesse à l'

accouchement, en prenant en compte les divers facteurs de risque identifiés en amont de la naissance pour un accouchement dans des conditions optimales notamment en situation d'urgence (bloc opératoire à proximité et équipe opérationnelle). Une procédure libellé "code rouge" est formalisée.

La communication entre équipe est organisée à travers les différents temps de rencontres et les staffs. Le conseil de salle de naissance hebdomadaire permet d'analyser tous les événements indésirables survenus au cours de la semaine, un compte rendu est élaboré.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les sages-femmes coordonnatrices et les sages-femmes coordinatrices en maïeutique, en lien avec les pilotes gynécologues obstétriciens opérationnels, sont en charge de la déclinaison du programme d'actions institutionnel. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels aux risques identifiés et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des rappels sont régulièrement abordés lors des staffs matinaux existant sur chaque site et reprenant entre autre l'analyse des accouchements des 24 dernières heures, les événements marquants et les dossiers complexes (grossesses à haut risque, césariennes). Le conseil de salle de naissance hebdomadaire analyse les événements indésirables déclarés au cours de la semaine. Il est ouvert à tous les professionnels. Les actions correctives émises sont suivies et intégrées au plan d'action du service. Divers autres temps d'échanges, pluri-professionnels et pluri-catégoriels sont instaurés à échéance régulière, hebdomadaire ou mensuelle : staff de parentalité en lien avec PMI (protection maternelle infantile), staff obstétrico-pédiatriques, staff césarienne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et en compétences sont respectées et répondent à la réglementation en vigueur pour les secteurs des naissances. Les fiches de postes sont rédigées. Il existe des fiches de poste spécifiques pour les IDE et AS en salle de naissance. Tous les professionnels sont formés à la spécificité de la prise en charge.

Les formations des professionnels sont en place (ex : gestes d'urgence, évaluation de la douleur, accompagnement à l'allaitement). Des formations plus spécifiques sont régulièrement développées en interne (ex : hémorragie du post partum, réanimation du nouveau-né) ou en e-learning pour le Rythme Cardio Foetal (RCF). Un référent douleur est présent au sein de la salle des naissances (échelle adulte et échelle nouveau-né).

Les professionnels ont accès aux protocoles ou procédures portant sur leur pratique. Des documents d'information destinés aux parturientes sont disponibles. Les équipes disposent du matériel nécessaire (couveuses, échographes, kit Bakkri,...) et les locaux sont organisés pour répondre à l'accueil des parturientes dans une stratégie d'avancée progressive (salle de travail, salle d'accouchement, bloc opératoire et SSPI, secteur d'hospitalisation). Des écrans de reporting des courbes de surveillance permettent un suivi continu de la parturiente. Des check-lists de contrôle sont effectuées pour chaque ouverture de salle et pour chaque couveuse.

Des chariots d'urgence pour adulte et nouveau-né sont en place. Des check-lists de suivi journalier pour le matériel et le fonctionnement du matériel sont en place. A la naissance, le dossier du nouveau-né est créé.

Toutefois, certains locaux de gynéco-obstétrique du site de Trousseau ne permettent pas de garantir la maîtrise du risque infectieux. Il a été constaté au cours de la visite, un stockage de matériel dans les boxes de consultations (cartons de papeterie, fûts cartonnés destinés aux déchets). Ce qui ne permet pas un bionettoyage complet.

En service de suites de couches, les berceaux avec les nouveaux-nés sont installés en salle de soins en l'absence de la maman ou pour une période de repos sans zone dédiée. Ce qui ne permet pas une totale maîtrise du risque infectieux au regard des activités inhérentes à cette salle de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les cadres responsables et les sages-femmes coordinatrices en maïeutique régulent les activités programmées ou en urgence, en lien avec les gynécologues obstétriciens. La structuration des locaux favorise au quotidien, une coordination effective entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge (communication directe, staff, réunions formelles ou informelles).

L'organisation définie est mise en œuvre. La majorité des parturientes est issue d'un suivi interne régulier. Elles sont informées du réseau en place pour le suivi de la grossesse, notamment avec les sages-femmes libérales.

Les parturientes suivies tout au long de la grossesse reçoivent les informations utiles (préparation à l'accouchement, conseil hygiéno-diététique,...). La préparation à l'accouchement est réalisée par une sage-femme libérale. La consultation d'anesthésie est prévue systématiquement dès le 8^e mois (péridurale ou non). Tous les dossiers des parturientes suivies sont archivés et accessibles de jour comme de nuit.

La parturiente peut être accompagnée par son conjoint ou un proche. A l'arrivée du nouveau-né, le maintien du lien mère-enfant est favorisé par la mise peau à peau (sauf choix ou contre indication). Puis

les premiers soins du nouveau-né sont donnés. Le protocole d'identification défini pour le nouveau-né est mis en place : pose des bracelets pied et poignet. Une couveuse chauffée est toujours prête en cas de besoin. Après le temps de la délivrance et de repos, la maman est menée en brancard par une aide-soignante vers le secteur de suites de couches situé à l'étage. La check-list des critères de sortie de salle naissance est connue des professionnels et appliquée.

Le risque de l'hémorragie post partum est pris en compte. En cas de traitement par embolisation, la patiente est maintenue en SSPI puis dirigée vers l'imagerie quand son état est satisfaisant (sur Tenon) ou transféré (sur Trousseau).

Toutes les actions effectuées pour la maman et le nouveau-né sont tracées en continu dans le dossier (informatique et/ ou papier) avec précision de l'horodatage et des différentes pesées. Le compte rendu d'accouchement est réalisé. La traçabilité organisée est opérationnelle, inclut les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.).

Chaque semaine les césariennes programmées sont inscrites sur le tableau opératoire. Une salle du bloc est toujours réservée pour les arrivées en urgence.

La procédure des femmes accouchant dans le secret est respectée.

Dans les situations difficiles ou critiques, le médecin se charge de l'annonce auprès du conjoint et de la parturiente. Un soutien et un accompagnement sont systématiquement proposés. La psychologue présente au sein du service en est informée.

Pour des situations à risque identifiées, une collaboration étroite existe avec des établissements environnants pour le suivi des parturientes ayant une pathologie associée (ex : diabète, obésité, hypertension pendant la grossesse). La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est opérationnelle. La liste de garde et astreinte est établie et affichée. Les coordonnées des professionnels sont connues. La régulation des activités garantit le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les protocoles et pratiques en hygiène sont respectés.

En salle de travail, la surveillance clinique et paraclinique du travail actif sont tracés sur un partogramme. L'analyse du tracé foeto maternel est conforme aux bonnes pratiques. La péridurale est posée au moment voulu (choix de 80% des parturientes). La douleur est mesurée à maintes reprises avec l'échelle numérique.

S'il y a transfert du nouveau-né vers la néonatalogie ou vers la réanimation, celui-ci est obligatoirement effectué par le médecin pédiatre.

Les nouveaux parents donnent un prénom et un nom à l'enfant. Cette identité est confirmée lors de la déclaration au service d'état civil (un officier municipal d'état civil se déplace sur les maternités).

Des informations et conseils sont donnés avant la sortie en groupe de parents, par un médecin (alimentation, soins, vaccination, consultation,...). La sortie est organisée et synchronisée avec la coordinatrice de l'HAD. Le compte rendu (CR) de fin de séjour comprend soit le CR d'accouchement soit le CR de césarienne. Le livret de suivi du bébé est renseigné et communiqué à la maman.

Sur le site de Trousseau sont suivies plus particulièrement les grossesses multiples. Une association de représentants d'usagers participe activement à la vie du service et propose accompagnement et réconfort aux femmes accouchées de prématurés.

Un service de procréation assisté, un CECOS sont installés sur le site de Tenon.

Sur le site de Trousseau, l'activité d'orthogénie est organisée conjointement avec la clinique des Bluets. Une passerelle avec code permet un accès direct.

Les observations réalisées au cours des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur des naissances dispose d'indicateurs de pilotage de ses activités et assure l'évaluation régulière de l'activité avec des tableaux de bord quantitatifs et qualitatifs (ex : nombre de naissances, taux de césariennes, taux de péridurale, entrée en urgence, suivi des PH néonataux artériels ...). Des indicateurs portent également sur les nouveau-nés. Une EPP est suivie sur la procédure code rouge (temps moyen de 10 minutes). L'indicateur "délivrance" pour la prévention de HPP est recueilli. Les professionnels suivent également des indicateurs du risque infectieux pour la maman [incidence des infections du site opératoire en gynéco-obstétrique], pour le nouveau-né [infection oculaire, infection du cordon, infection précoce au Streptocoque groupe B]. Des audits sont menés sur le bracelet, le dossier et la traçabilité, la conformité des prescriptions, la tenue du partogramme. Les événements indésirables recueillis sont analysés chaque semaine avec l'implication des professionnels. Des retours d'expérience (CREX) sont organisés tous les 2 mois. Des RMM sont en place (3 par an). Les actions correctives mises en œuvre sont suivies.

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

Les actions d'amélioration mises en place avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du secteur des naissances. Plusieurs améliorations ont été apportées :

- sur la feuille de traçabilité de surveillance en salle de travail dans la prise en charge de l'hémorragie,
- sur l'étiquetage des lignes de perfusion.

Des supports et modalités de diffusion des résultats sont établis. Les affichages réalisés abordent l'identité du nouveau-né à naissance, la bonne prescription,... Une newsletter trimestrielle est adressée aux professionnels. Des communications sont également effectuées auprès des représentants des usagers lors de la CDU.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

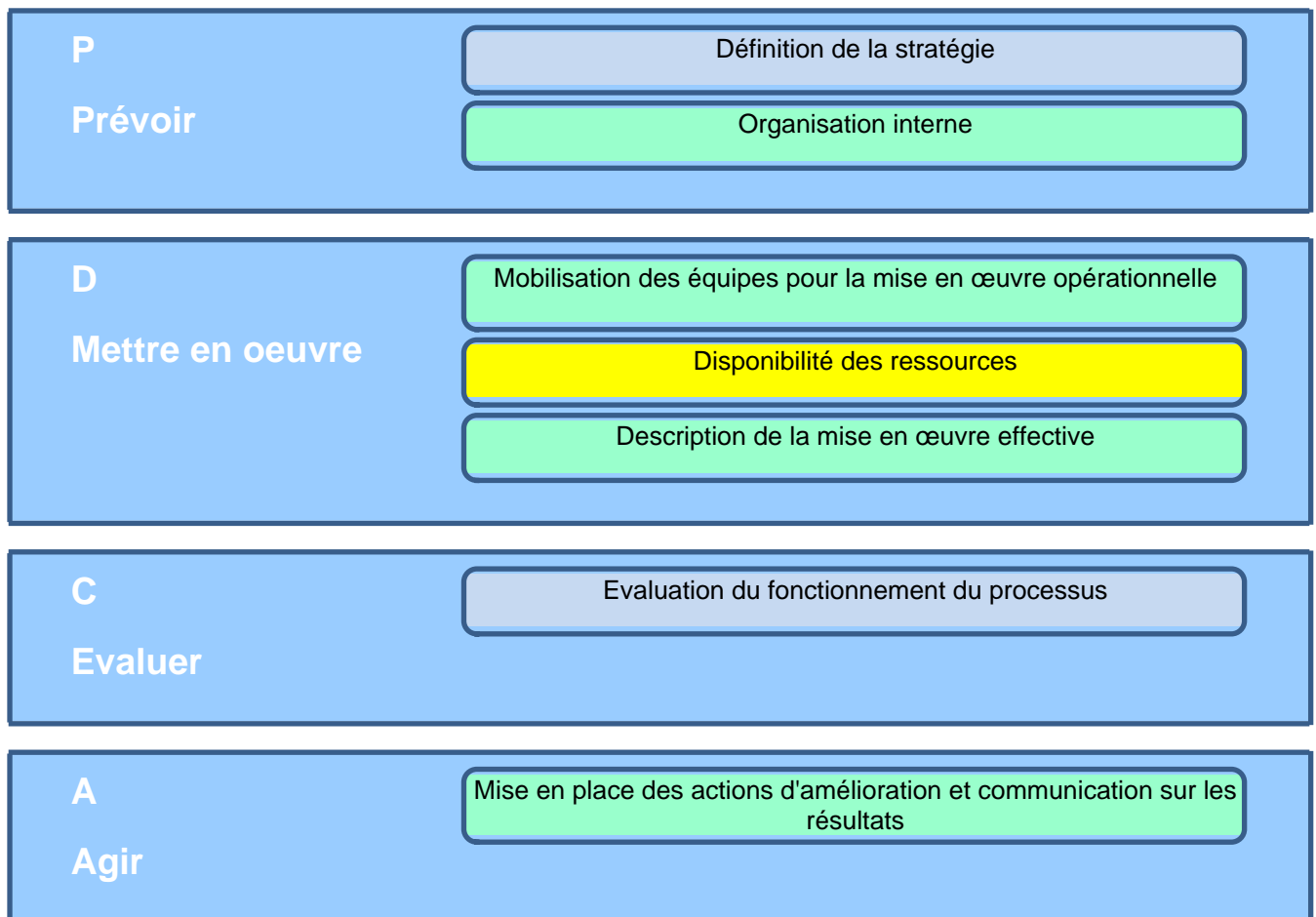
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est engagée en 2008 dans une politique de généralisation et de modernisation de son système d'information (SI), confirmée en 2014 lors d'une présentation en CME. Cette stratégie a pour vocation de couvrir l'ensemble des domaines médicaux et médico- techniques, du soin, les aspects logistiques et administratifs en lien avec l'activité des GH de l'AP-HP, sur un mode homogène.

Le plan stratégique 2015-2019 a réaffirmé la volonté de déploiement d'un SI sur l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP portant en particulier sur la mise en place d'un identifiant unique du patient, sur l'informatisation du dossier, du circuit du médicament, des services médico-techniques, le déploiement de la messagerie sécurisée.

La solution ORBIS a été retenue et validée en 2015, associée à un plan de déploiement couvrant l'ensemble des besoins des GH, avec pour vocation, le remplacement des logiciels non interopérables existants et l'installation de solutions communes, en particulier pour le dossier patient, incluant les besoins spécifiques des blocs opératoires et de l'anesthésie.

Un Schéma directeur informatique (SDI) a été défini par l'AP-HP pour la période 2016-2020 autour de cinq axes stratégiques :

- Un système d'information orienté vers le patient et son parcours;
- Un système d'information soutenant la recherche et l'innovation;
- Un système d'information au service d'une gestion performante et d'un pilotage pertinent;
- Un système d'information urbanisé et sécurisé, offrant des services et des infrastructures performants;
- Une gouvernance et une organisation de la filière SI au service de la transformation numérique de l'AP-HP.

Le SDI 2016-2020 de l'AP-HP énonce la stratégie de développement et de modernisation du SI pour la période considérée, les projets nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie définie, les dates prévisionnelles de réalisation des objectifs fixés. Il comprend des indicateurs d'évolution et de suivi, dont le taux d'atteinte des indicateurs "Hôpital Numérique".

Le SDI de l'AP-HP prévoit par ailleurs la refonte de la gouvernance des SI en confiant le pilotage stratégique à la DSI de l'AP-HP, en lien étroit avec les DSI des GH pour la partie opérationnelle. Il a été présenté aux instances de l'AP-HP en mai et juin 2016 et adopté par le Conseil de surveillance le 16 juin 2016. La stratégie du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien (HUEP) s'inscrit dans le cadre de cette politique portée par le siège de l'AP-HP. Elle comporte plusieurs axes, dont une politique de gestion du parc informatique, de gestion des comptes Active Directory, de standardisation des postes de travail, ainsi que le renforcement de la sécurité du SI. La stratégie du GH inclut la définition d'objectifs annuels et la détermination des ressources nécessaires à leur déclinaison, sur les différents domaines couverts par le périmètre "système d'information" : infrastructures, réseaux, équipements, outils institutionnels en lien avec les projets médicaux et médico-techniques, web, téléphonie, ...

Les HUEP ont mené en 2016 une analyse du processus « système d'information ». Ce travail a permis d'élaborer une carte d'identité du processus et d'identifier les risques liés au système d'information, à partir de diverses données : événements traités par le service "support", indicateurs HN, indicateurs fournis par la Direction du système d'information de l'AP-HP, signalements d'événements indésirables, attendus liés à la démarche de certification HAS. Ces risques ont été hiérarchisés selon l'échelle de cotation HAS, ce qui a conduit à la définition de quatre risques prioritaires. Des actions d'amélioration ont été formalisées au regard de ces risques et inscrits dans le CQ des HUEP, en lien avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Les HUEP ont établi une organisation pour piloter le processus « système d'information », sous l'égide du Directeur du système d'information qui en assure le pilotage, accompagné d'un co-pilote en la personne du RSSI. Ces pilotes disposent de lettres de mission. Ils ont été formés à l'analyse de processus ainsi qu'à la certification V2014 et bénéficient d'un accompagnement méthodologique via un référent qualité identifié. Une Commission médicale informatique (COMINFO), sous-commission de la CMEL, est en place. Présidée par un praticien Hospitalier, elle se réunit tous les deux mois. Au niveau central, un COPIL ORBIS AP-HP se réunit tous les 2 mois, un COPIL «schéma Directeur», incluant les DSI des différents GH de l'AP-HP, se réunit toutes les trois semaines. Les pilotes du processus SI travaillent en lien avec d'autres comités pluridisciplinaires internes au GH, notamment le groupe « dossier patient » et la Cellule d'Identito Vigilance (CIV). La Direction du système d'information des HUEP dispose d'un portefeuille de projets dont elle assure la gestion.

Les rôles et responsabilités de la DSI du GH sont définis, via un organigramme et des fiches de poste formalisées. Cette Direction est divisée en 5 équipes : secteur fonctionnel, hotline, postes de travail, système, réseaux/PABX. Les HUEP disposent d'une cartographie fonctionnelle et applicative pour chacun des sites composant le

GH.

Les niveaux d'habilitation des utilisateurs reposent sur des matrices élaborées par profil, par application, par service, par site, en fonction des besoins courants et spécifiques des professionnels. Une standardisation des postes de travail est définie, par profil « métier » ou par localisation (bureau de médecin, poste de secrétariat, poste de soins, ...).

Des formations sont prévues sous différents formats (présentiel, tutoriels ORBIS, formations au poste de travail, formations en groupes). Elles incluent les nouveaux arrivants et les étudiants, ainsi que les professionnels médicaux et non médicaux des HUEP à l'occasion des évolutions de versions logicielles et du déploiement de nouvelles applications.

Le système documentaire (procédures, protocoles) nécessaire à l'exercice des missions de la Direction du système d'information est établi. De même, un système documentaire propre aux utilisateurs est en place.

La gestion des interfaces avec les services techniques est structurée. Le service informatique a débuté par ailleurs une collaboration avec le service biomédical, afin d'organiser les modalités d'installation de nouveaux équipements, incluant les matériels de prêt. Ainsi, les marchés publics et les conventions de mise à disposition d'équipements intègrent des clauses portant sur la sécurité du système d'information.

La coordination avec les utilisateurs est assurée via la Commission informatique médicale (COMINFO), à laquelle peut être associée une représentation de la Direction des soins, le club utilisateurs ORBIS AP-HP, les rencontres avec les différents pôles et services qui sont organisées notamment pour le recueil des besoins permettant de préparer la conférence budgétaire annuelle. Les accompagnements des utilisateurs sont organisés dans le cadre du déploiement du dossier ORBIS au sein des services.

Le plan de reprise d'activités (PRA) a été finalisé pour les applications critiques, ce que confirme l'indicateur "Hôpital Numérique" P2.1 correspondant. Le PRA a donné lieu à des tests de reprise sur des simulations de pannes.

Cependant, le plan de continuité d'activités (PCA) n'est pas finalisé. En cours d'élaboration, selon une priorisation définie en fonction de la criticité des applications, il organise à ce jour en cas de panne informatique la continuité de certaines applications ORBIS : « dossier de soins », dossier médical en hématologie, pancarte de réanimation, ce qui ne permet pas au jour de la visite la couverture de l'ensemble des applications concourant à la continuité des soins.

Pour ce qui concerne le signalement des pannes, une fonction « support » est en place, via une Hotline qui fonctionne de 8h30 à 18h. Une Hotline AP-HP prend le relais en dehors de ces horaires. Le signalement des pannes et dysfonctionnements nécessitant des actions correctives est effectué via un logiciel dédié (SM9), permettant la traçabilité du suivi des événements signalés. Tout agent salarié de l'AP-HP a la possibilité de disposer d'une messagerie professionnelle. Le recueil des EI est organisé via le logiciel institutionnel OSIRIS.

La sécurité du système d'information est placée sous la responsabilité d'un RSSI identifié. Les principes de sauvegarde des données sont formalisés. Ces sauvegardes sont organisées à périodicité définie. Les maintenances préventives et curatives sont en place. Un Conseiller Informatique et Libertés est identifié au niveau du siège de l'AP-HP ; le Directeur du système d'information des HUEP est le correspondant du GH pour ce qui concerne les déclarations CNIL.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'actions institutionnel portant sur le système d'information est en cours de déclinaison dans les différents secteurs d'activité, selon un planning prévisionnel défini. Les responsables médicaux et paramédicaux des services en sont informés : déploiement progressif du dossier médical informatisé, du dossier de soins informatisé, actions prévisionnelles de formation associées, déploiement de la GED, ... La Direction du système d'information communique également aux responsables médicaux et non médicaux les axes d'amélioration prioritaires qui concernent les utilisateurs du SI, ce qui contribue à la mobilisation des équipes autour de cette thématique. Les cadres de santé relaient auprès de leurs équipes les projets relatifs au déploiement du SI et veillent à la nécessité de suivi des formations, au regard des applications utilisées et de leur évolution.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La Direction du système d'information du GH comprend cinquante professionnels, avec des ressources dédiées sur chacun des sites du GH. Elle dispose des moyens humains, matériels et documentaires nécessaires à l'exercice de ses activités et missions. La charte de bon usage du système d'information de l'AP-HP, annexée au règlement intérieur de l'AP-HP en décembre 2015, est disponible sur intranet et sur la GED. L'effort de sensibilisation de toutes les catégories de personnel à la sécurité du SI et la prise de connaissance de la charte informatique est inscrit dans le projet gestion des risques et qualité 2015-2019 des HUEP. Des procédures d'utilisations des outils informatiques sont à disposition des utilisateurs, sur intranet et sur la GED institutionnelle qui est en cours de déploiement. Un manuel de procédures dégradées a été communiqué par mail aux cadres de santé et à la communauté médicale en date du 9 juin 2017. Les formations institutionnelles aux applications informatiques sont programmées en lien avec évolutions et les installations de nouveaux logiciels. La mise en place d'ORBIS inclut notamment une

phase d'accompagnement des utilisateurs, qui est déclinée jusqu'au poste de soins pour tous les professionnels concernés (médicaux et non médicaux).

Les ressources matérielles sont évolutives et adaptées aux besoins. Les HUEP disposent de 5 salles machines hébergeant 310 serveurs physiques et virtuels. Les locaux techniques et les salles « machines » ont des accès sécurisés. La capacité des baies de stockage fait l'objet d'une surveillance quotidienne, les matériels déployés (6000 postes de travail, 1800 imprimantes) bénéficient d'un programme de renouvellement et d'un suivi.

Les services disposent de nombreuses ressources informatiques, accessibles au poste de travail via l'attribution de codes et de mots de passe qui leur sont délivrés par la DSI GH.

Toutefois, la multiplicité des ressources logicielles actuellement déployées sur le GH ne permet pas aux professionnels de disposer d'outils interopérables et communicants, nécessaires à une prise en charge optimale des patients.

Ainsi, le défaut d'interopérabilité de nombreux logiciels, notamment pour ceux qui concourent au dossier patient, fragilise les interfaces entre les différents secteurs d'activité.

L'absence de centralisation de l'ensemble des données patient par défaut d'interfaçage conduit à des risques pouvant impacter la continuité des soins (en termes de fiabilisation de l'identification du patient, défaut d'accessibilité de données antérieures, continuité de la prise en charge médicamenteuse, perte d'informations, défaut de communication en temps utile, ...). A titre d'exemple, l'importation des données relatives à l'identité du patient n'est pas opérationnelle sur les logiciels métiers déployés en médecine nucléaire et en imagerie ; les programmations de rendez-vous aux consultations externes de l'hôpital Tenon reposent sur deux logiciels, dont l'usage partagé selon les spécialités rend illisible le contenu de certaines plages de consultations.

En outre, l'utilisation des logiciels déployés est parfois inhomogène au sein d'un même service. Ainsi le logiciel ORBIS « dossier médical » déployé en chirurgie sur le site de Trousseau est inégalement utilisé par les professionnels, qui pour certains conservent un dossier médical « papier » ; les logiciels de prescription peuvent donner lieu à des impressions « papier » selon les services ou les utilisateurs, les logiciels et outils utilisés pour la rédaction des CRH ne communiquent pas nécessairement avec ORBIS et ne sont pas tous déversés dans une base commune (cas de l'obstétrique à Tenon et de la chirurgie des brûlés à Trousseau).

De plus, en dehors des logiciels institutionnels déployés au sein du GH, il persiste dans de nombreux services l'existence et l'usage de logiciels « maison », issus de l'historique d'un service ou d'un site, parfois développés par les utilisateurs eux-mêmes (sous file Maker Pro ou Access par exemple), qui ne communiquent pas avec les autres applications disponibles.

Ce risque a été identifié par les HUEP et des axes d'amélioration sont en cours de déclinaison, via le déploiement progressif du logiciel ORBIS et le travail de développement de certaines interfaces.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des projets définis, dont le déploiement progressif des différents modules d'ORBIS, est effective. Des sauvegardes quotidiennes sont réalisées, ainsi qu'une sauvegarde bimensuelle pour les partages de données. Les infrastructures font l'objet d'une supervision comportant des dispositifs d'alerte, des systèmes de tests de différentes failles sur les serveurs sont mis en œuvre. Les risques liés aux intrusions ou aux virus sont pris en compte, selon un système central de sécurisation dépendant de l'AP-HP, doublé d'un système de surveillance assurant une traçabilité continue. Des staffs DSI hebdomadaires sont menés, ainsi qu'une revue de projets semestrielle DSI qui permet notamment de réaliser un suivi des indicateurs recueillis. Les déclarations CNIL sont effectives et font l'objet d'un suivi. Le déploiement d'ORBIS sur les différents sites du GH fait l'objet d'un accompagnement continu, sous l'égide de la DSI GH. La formation des professionnels médicaux et non médicaux à l'utilisation des ressources informatiques est effective, soit sous l'égide de la DSI GH (formation institutionnelle), soit par un système de compagnonnage/tutorat au sein du service. Elle inclut la prise en compte des nouveaux arrivants et des étudiants. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de panne ou de dysfonctionnement du système d'information et sollicitent la fonction « support » de la DSI GH en tant que de besoin. La hotline est opérationnelle, connue et consultée par les professionnels. Les utilisateurs rencontrés lors de la visite ont à ce sujet largement souligné la réactivité et l'implication du service « support » dans la gestion des dysfonctionnements et des pannes liées au système d'information. Les procédures dégradées propres aux secteurs d'activité et aux logiciels utilisés sont connues et mises en œuvre si nécessaire. Les usagers des HUEP sont informés sur les conditions d'utilisation de leurs données personnelles via les livrets d'accueil des différents sites.

De nombreuses actions de sensibilisation visant à sécuriser le système d'information sont mises en œuvre par la DSI GH, notamment pour ce qui relève des actions liées à la sécurisation des pratiques (mail de rappel sur la confidentialité des données de santé, sur la nécessité de changer régulièrement les mots de passe, réalisation de flyers à l'usage des professionnels, sensibilisations menées lors des formations déployées, ...).

Néanmoins, la sécurité du SI n'est pas garantie sur l'ensemble de son périmètre :

Il a été constaté lors de la visite auprès de multiples professionnels médicaux et non médicaux de tous les sites une méconnaissance générale de la charte de l'utilisateur du SI de l'AP-HP, ce qui induit un risque de mésusage. Ainsi, plusieurs professionnels ont indiqué qu'il leur arrivait de communiquer leur code d'accès ou d'ouvrir leur session informatique pour le compte d'autrui, lorsqu'un collègue de travail avait des difficultés de connexion par exemple. De même, plusieurs professionnels ont indiqué n'avoir

pas changé leurs mots de passe depuis plusieurs années.

Le défaut de mise à jour des droits d'accès constaté pour certains professionnels ayant changé de service conduit ces professionnels à accéder indûment à des données qui ne devraient pas – ou plus – leur être accessibles (IDE chargé d'accueil aux consultations externes ayant librement accès aux dossiers patient d'un service d'hospitalisation dans lequel il avait travaillé plusieurs années auparavant, secrétaire ayant changé d'affectation et accédant encore aux dossiers du service où elle exerçait antérieurement).

La persistance de connexions à des sessions qui ne sont pas désactivées par les utilisateurs à l'issue de leur prise de fonction a été évoquée par plusieurs IDE rencontrées lors de la visite, confrontées à des sessions ORBIS « dossier médical » ouvertes et non déconnectées par les personnels médicaux après leur départ du service, contrairement aux dispositions établies.

Ce risque de mésusage du système d'information a été identifié par le GH et fait l'objet d'un plan d'actions d'amélioration qui a été reporté dans le CQ.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De multiples évaluations portant sur le processus « système d'information » sont réalisées. Elles permettent le recueil d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, notamment :

- Les indicateurs HN concernant chacun des sites du GH, les résultats des enquêtes ORBIS AP-HP, les statistiques relatives au nombre de personnes formées, aux sauvegardes, à la sécurité du SI, les indicateurs de suivi de projets, ...

- Les statistiques issues du service support : délais de clôture des incidents, activité de la Hotline, interactions et incidents par application, indicateurs issus du logiciel SM9 (traçabilité des demandes et suivi des interventions), D'autres indicateurs de mesure sont recueillis en routine, tels que le nombre de connexions bureautiques, de connexions aux applications, les capacités de stockage, le temps de résolution des pannes. Les événements indésirables déclarés sur OSIRIS sont suivis par la DSI GH, en lien avec le COVIRIS. Des tableaux de reporting sont disponibles, des revues d'indicateurs sont régulièrement menées au sein de la DSI du GH, un bilan d'activité annuel est formalisé. Une enquête de satisfaction des utilisateurs a par ailleurs été réalisée en mars 2017 au sein du GH, elle a recueilli 250 retours qui ont fait l'objet d'une exploitation.

A / AGIR

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

Le PAQSS "système d'information" est décliné sous l'égide de la DSI GH. A ce jour, plusieurs actions d'amélioration ont été finalisées, notamment :

- Mise en place d'une enquête de satisfaction des utilisateurs au cours du 1er trimestre 2017,
- Recrutement d'un superviseur de la Hotline début 2017,
- Extension de l'assistance informatique H24,
- Finalisation du PRA.

D'autres actions sont en cours de déclinaison, comme la poursuite des campagnes de sensibilisation ou la démarche de sécurisation des comptes utilisateurs. Les modalités de communication et les retours d'information envers les professionnels sont effectifs, via différentes instances et groupes de travail (CODIR, COMINFO, COVIRIS, ...), lors de réunions menées avec les personnels d'encadrement, ou encore par le biais de divers vecteurs de communication : intranet, mails, plaquettes d'information, sessions d'accueil des nouveaux arrivants, formations, ...