



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE

**25 rue Bernard Février
95503 GONESSE**

JUILLET 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	52
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	58
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	64
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	69

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	
Adresse	25 rue bernard fevrier 95503 Gonesse
Département / région	VAL D'OISE / ILE DE FRANCE
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	950110049	CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	25 rue bernard fevrier B.p. 30071 95503 Gonesse
Etablissement de santé	950000331	CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	25 rue bernard fevrier Bp 71 95503 Gonesse
Etablissement de santé	950801712	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	25 r pierre de theilley 95500 Gonesse
Etablissement de santé	950015297	HOPITAL DE JOUR DE SARCELLES G09	66 avenue max dormoy 95200 SARCELLES
Etablissement de santé	950802199	CMP SARCELLES	104 rue pierre brosolette Psychiatrie infantile 95200 SARCELLES
Etablissement de santé	950803221	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE DE L'INTERSECTEUR 95 I 03	3 r auguste renoir 95140 Garges-Les-Gonesse
Etablissement de santé	950005439	CATTP SARCELLES	20 avenue paul valery 95200 Sarcelles
Etablissement de santé	950805820	CTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE 95G10	Av mesnil 95470 Fosses

Etablissement de santé	950006668	HOPITAL DE JOUR 95G10 ARNOUVILLE	66 avenue de la republique 95400 Arnouville-Les-Gonesse
Etablissement de santé	950802843	CENTRE MEDICO-PSY. 95 G 10	2 rue henri dunant 95500 Gonesse
Etablissement de santé	950805812	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	155 r de paris 95380 Louvres
Etablissement de santé	950802207	CMP GONESSE	17 rue galande 95500 Gonesse
Etablissement de santé	950006718	HOPITAL DE JOUR 95G11	Rue de l'hotel dieu 95500 Gonesse
Etablissement de santé	950803239	CENTRE MEDICO- PSYCHOLOGIQUE - INTERSECTEUR 95 I 03	2 r toulouse lautrec 95140 Garges-Les-Gonesse

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	103	/	5
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	56	/	/
MCO	Médecine	328	28	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	93	86	/
Santé mentale	Psychiatrie infanto-juvénile	10	28	/
SLD	SLD	120	/	/
SSR	SSR	44	10	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Dossier patient

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine - chimiothérapie	/	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Médecine	/	Passage par les urgences	Complexe	MCO
3	Enfant	Chirurgie -	/	Passage par les urgences	Complexe	MCO
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire - Orthopédie	/	Programmé	Simple	MCO
5	Mère / enfant	Obstétrique	/	/	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Adulte	SSR - MPR	/	Mutation interne	Complexe	SSR
7	Adulte	Psychiatrie générale HC	/	/	Complexe	Santé mentale
8	Enfant / Ado	Psychiatrie infanto - juvénile	/	/	Complexe	Santé mentale
9	Personne âgée	SLD	/	Mutation interne	Complexe	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

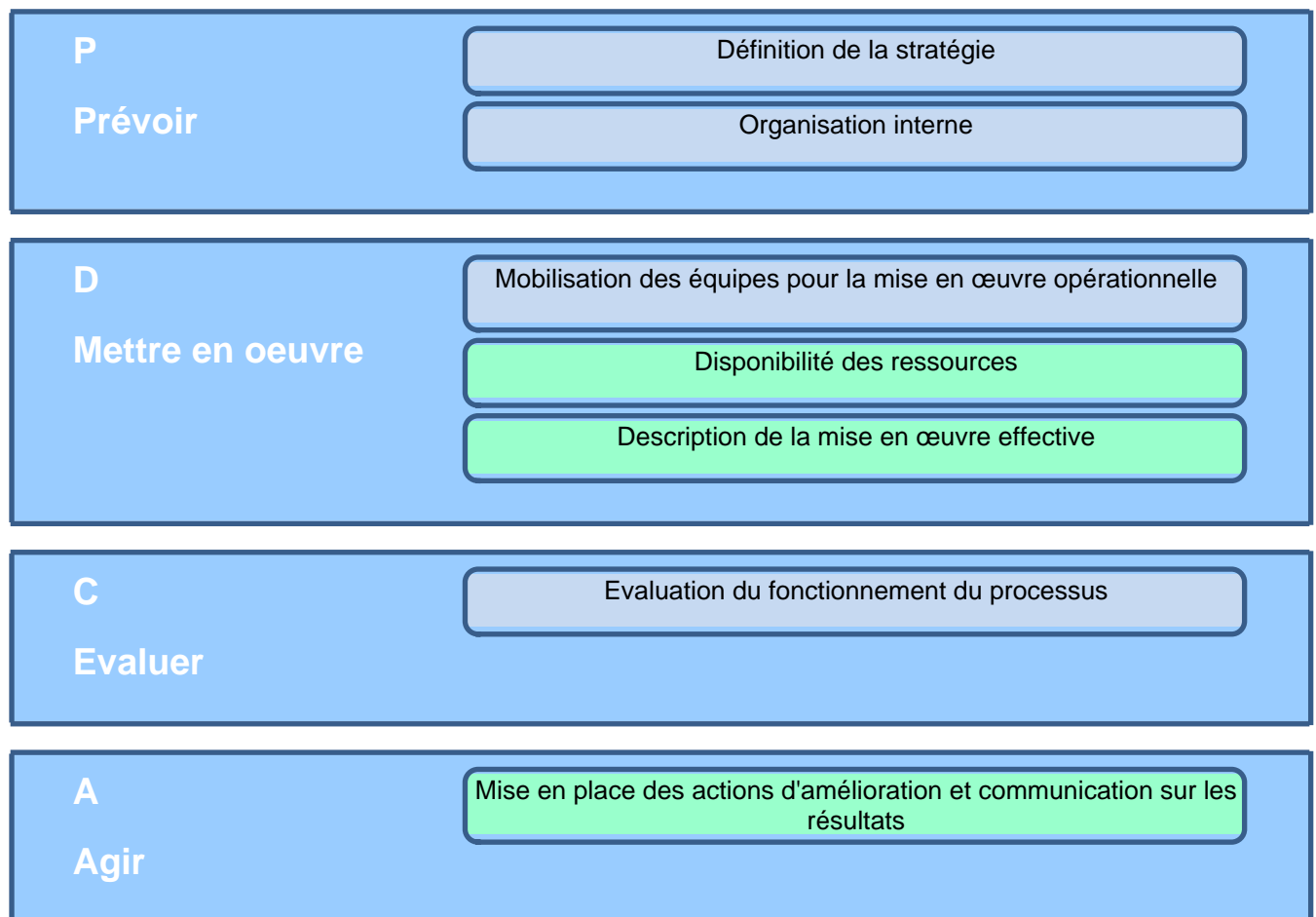
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de GONESSE a formalisé une politique qualité sécurité des soins et gestion des risques. Elle est incluse dans le projet d'établissement 2013 - 2017 sous forme de trois axes :

- Patient co-acteur de sa santé,
- Développer la culture sécurité
- Vers un management par la « qualité »

élaborée sur la base d'une identification des besoins et des attentes de l'ARS, du contexte et d'une analyse des risques a priori et a posteriori propres à l'établissement. Elle est portée par une logique d'analyse des besoins, de hiérarchisation des risques, d'évaluation des résultats et de gestion de projets. La politique intègre notamment la stratégie EP, la gestion de crise, la veille réglementaire, les résultats des indicateurs propres à l'établissement, le suivi des vigilances, les dysfonctionnements, les risques majeurs de l'établissement.

Parmi les huit objectifs définis, on retrouve à titre d'exemple « respect des exigences réglementaires », « promouvoir la pluri-professionnalité »... Cette stratégie est portée par un Département Qualité Gestion Des Risques (DQGDR) qui, entre autres;

- Coordonne les différentes composantes du système qualité et gestion des risques dans l'ensemble de ses dimensions et porte ainsi un regard véritablement systémique, global, sur la qualité et la gestion des risques
- Sensibilise et implique les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins
- Veille au développement d'une culture qualité sécurité dans l'établissement et la mesure

À sa tête un médecin détaché coordonne l'ensemble de la démarche, les EPP, le PAQSS, et les différents Comptes Qualités. Ce médecin est également coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Un comité de pilotage, présidé par le Président de CME, représente l'instance de discussion et de validation des priorités préparées par le DQGR. La CME valide la proposition du COPIL qualité.

Cette politique, présentée à l'ensemble des instances a été validée en conseil de surveillance. Elle est déclinée dans un plan d'actions qualité formalisé (PAQSS) qui présente également les actions priorisées du compte qualité MQGDR.

Il existe des indicateurs de suivi des actions du PAQSS et du compte qualité.

La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité a été effective et participative ; des groupes représentant l'ensemble des acteurs impliqués ont mené une autoévaluation de l'organisation au regard des dispositifs en place et en référence aux critères du manuel de certification. L'analyse des risques et l'identification des points critiques en vue de définir les moyens de maîtrise constituent un objectif énoncé par le top management qui souhaite, à l'occasion de la révision du compte qualité initial, en faire un outil de gouvernance de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'ensemble des membres de la CoPil est à la base de la communication et de la diffusion des attendus de cette instance, permettant une diffusion large de l'information et une appropriation par la grande majorité des agents. Le « projet stratégique » est présenté aux instances, CS, CTE, CSMIRT, CHSCT est ensuite diffusé au cours des différentes réunions d'information institutionnelles (réunion des cadres de santé et inter cadres, réunions des commissions institutionnelles, réunions de pôles selon les projets de chaque exécutif de pôle). Après son approbation la diffusion est assurée par le journal interne et sur le site intranet ainsi que sur le site internet. Dans certaines spécialités (cardiologie interventionnelle) les agents ont eux-mêmes pris l'initiative de se mobiliser, de consorts avec les responsables, pour appuyer la stratégie et la soutenir.

La visite de certification se déroule quelques mois après le déménagement de la majorité des activités dans les nouveaux locaux de l'hôpital. Ainsi des risques émergents sont identifiés et traités au fil de l'eau ou par le Top management ou par les comités ad hoc. Ils génèrent de nouveaux objectifs, étayant progressivement les orientations stratégiques de l'établissement. Par ailleurs le GHT en cours de structuration et d'organisation est lui aussi source d'alimentation des orientations stratégiques du CH

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Gonesse a établi une organisation pour le pilotage du processus de management de la qualité et des risques.

La commission de pilotage (CoPil) Qualité et Sécurité des soins assure le pilotage stratégique, elle est présidée par le Président de la CME. Cette commission comprend cinquante-trois membres dont notamment le chef d'établissement, la coordinatrice générale de soins, le directeur des soins, le représentant des usagers siégeant à la CRUQPEC, le représentant des partenaires sociaux au CHSCT, les pilotes de processus. La CoPil qualité se réunit au moins deux fois par an. Elle s'appuie sur le Département DQGDR composé de cinq personnes dont le coordonnateur qualité GDR (médecin), responsable qualité et clientèle, et cadre supérieur de santé, les ingénieurs qualité ...qui se réunit une fois par mois.

Le Département regroupe l'unité d'hygiène hospitalière, l'unité du système qualité et gestion des risques, direction de l'accueil et relation avec les usagers et l'unité d'Hémovigilance, ce qui assure une coordination de l'ensemble des risques, et permet une vision globale sur la qualité et la gestion des risques en temps réel.

La gestion opérationnelle est assurée mensuellement par le département. Sont issus du CoPil qualité des groupes institutionnels porteurs d'actions spécialisées tels que le système de management de la prise en charge médicamenteuse, ou la gestion des urgences et soins non programmés se réunissant selon leur rythme propre, ce qui a facilité l'adaptation de l'ensemble des secteurs aux nouveaux locaux avec une réactivité immédiate. Les responsables des vigilances sanitaires sont identifiés. Il existe une coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques autour du coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins.

Les rôles et responsabilités de chacun sont formalisés. Cette organisation permet une articulation des missions, des compétences au regard des objectifs.

Dans le cadre de l'élaboration des comptes qualité, des pilotes ont été nommés pour chaque processus, ils sont aidés dans leur mission par des relais au sein de chaque pôle.

Des formations, pour certaines obligatoires, sont destinées aux nouveaux arrivants. L'ensemble des ressources est donc défini. L'ensemble des responsables est impliqué dans des formations inscrites au plan de formation. Le suivi des plaintes et réclamations est organisé avec la participation des usagers.

Les ressources documentaires nécessaires sont identifiées par l'ensemble des acteurs institutionnels. L'organisation du système documentaire fait l'objet d'une dématérialisation, afin que chaque agent puisse y avoir accès. Un plan de communication est défini inhérent à la création et la mise en place de documents. Les documents princeps sont présents organisation des RMM, plan blanc, plans de maintenance informatique, plan de reprise...Le suivi des indicateurs est organisé à l'échelle institutionnelle et les résultats débattus dans les comités idoines.

Les ressources matérielles en matière de gestion des risques sont identifiées en particulier un dispositif de déclaration et de gestion des événements indésirables est organisé via le logiciel intégré institutionnel. Dans le cadre du DQGDR les besoins et ressources pour les EPP les CREX, les RMM les RCP sont identifiés et un suivi est défini.

L'ensemble des interfaces entre le DQGDR et les autres commissions, comités institutionnels sont définies. La présence des membres du département QGDR aux différentes instances commissions permet une fluidification de l'information.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions institutionnels est réalisée au niveau des pôles et services de soins sous les regards et le suivi du DQGDR. Il existe une déclinaison structurée du programme qualité de l'établissement au travers des risques spécifiques recensés et hiérarchisés au sein des unités de soin. La sensibilisation et l'implication des professionnels dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont assurées de la manière suivante :

- Information mensuelle dans le journal interne : par exemple information sur les pilotes de processus et synthèse de la fiche de mission, information sur la création du comité de pilotage qualité et sécurité des soins, information sur les indicateurs IPAQSS.

- Site intranet - Informations lors des réunions ou instances : comité de direction, commission médicale d'établissement...

- Des affiches contenant des informations relatifs aux indicateurs, aux plans d'actions en nombre conséquent permet de diffuser la culture qualité et sécurité au sein de l'établissement au plus près de l'utilisateur.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques au regard des procédures diffusées. Des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sont réalisées dans le cadre des démarches d'évaluation proposées par la HAS (indicateurs IPAQSS) et dans le cadre des pratiques ciblées par les professionnels au sein des unités de soins.

Une démarche institutionnelle d'évaluation de la culture sécurité, selon un questionnaire robuste et reconnu, s'est déroulée en 2014 auprès des professionnels dispensant des soins aux patients, et tous les professionnels intervenant régulièrement pour la prise en charge du patient (pharmacie...) : 257 professionnels ont répondu. Ceci participe à l'évaluation des professionnels.

Dans les secteurs où leur déclinaison est obligatoire on retrouve des revues de morbi-mortalité et des revues de concertation pluridisciplinaires.

La pratique du retour d'expérience est connue et appropriées par les professionnels de terrain, elle est développée sur l'ensemble de la structure.

Les actions correctives sont identifiées. Leur impact est soit institutionnel, soit local (unité) et est recensé dans un plan d'action général validé par l'institution.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence et en formation sont disponibles au sein du CH de GONESSE. Un accompagnement méthodologique des professionnels est assuré par l'équipe du département qualité et gestion des risques par leur présence permanente animateur au sein des pôles. Des outils, par exemple le guide « certification HAS » sont mis à leur disposition. Les nouveaux professionnels bénéficient d'un cycle de formation dont des modules obligatoires en particulier sur la qualité, le risque infectieux... Une formation à la cartographie des risques et au retour d'expérience a été effectuée auprès des responsables afin d'assurer un développement au plus près du terrain de la culture qualité et de la culture gestion des risques. Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités pratiquées au sein du CH de GONESSE. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs ne seraient pas présents. Les documents utiles aux professionnels pour exercer en sécurité dans les différents secteurs d'activité sont accessibles, qu'il s'agisse des projets de service, des processus et protocoles, des procédures spécifiques aux urgences ou aux situations de crise. L'encadrement met à disposition les cartographies dans chaque unité ainsi que les éléments relatifs aux événements indésirables, aux plaintes et aux réclamations. Le système d'information est en place, accessible, et répond aux exigences de confidentialité. Une maintenance est définie et assurée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CH de GONESSE permet à ses professionnels de connaître et de mettre en œuvre l'ensemble des organisations nécessaires à la prise en charge du patient. Chaque étape de cette prise en charge, respect des règles d'identité, procédures d'admission, préparation du champ opératoire, coordination entre les professionnels, est mise en œuvre, comme les patients traceurs de chirurgie, de médecine, de SSR d'USLD et d'obstétrique en témoignent. Les circuits établis sont respectés. L'ensemble des activités est tracé, et les interfaces entre les différents secteurs d'activité internes ou externes dans le parcours du patient sont sécurisées par un système d'information interfaçable corrélé au dossier papier. Les instances sont opérationnelles et confortées par un espace partagé au sein du CH de GONESSE qui permet le partage d'informations au niveau le plus haut du management. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée au travers des questionnaires de sortie, d'enquêtes ciblées et de l'enquête Isatis. Corrélés aux plaintes et aux réclamations, ces éléments sont traités en lien avec la CRUQPEC et font l'objet d'une réunion hebdomadaire qui permet de décliner un plan d'action partagé. La gestion documentaire est organisée et formalisée au travers de la procédure des procédures. Le mode de déclaration des événements indésirables est connu par les professionnels, ainsi que le dispositif de gestion de ces événements. Leur traitement est assuré en temps réel par la direction de la qualité. Il alimente les réunions hebdomadaires ainsi que le PAQSS et le compte qualité de l'établissement. La culture de signalement des événements indésirables s'est développée ces deux dernières années comme le montre le nombre de déclarations enregistrées. A noter que la charte de non sanction, a permis la vulgarisation de la déclaration des événements indésirables relatifs aux erreurs médicamenteuses et de soins. Le compte qualité est issu des actions prioritaires et hiérarchisées du PAQSS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CH de GONESSE assure des évaluations sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données issues des secteurs d'activité et sur la base d'éléments à l'échelle de l'établissement. Un tableau de bord des indicateurs est réalisé. Il comprend les indicateurs nationaux, les indicateurs propres aux démarches institutionnelles (ou à la GHT pour la Gynécologie Obstétrique par exemple), et des indicateurs de pratique clinique. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (Un rapport sur le bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé et présenté aux instances de façon annuelle). Le Département QGDR et clientèle évalue l'appropriation de la démarche qualité et sécurité des soins au travers du suivi d'indicateurs tels que le nombre de personnes formées à la démarche qualité, le nombre de REX... La culture sécurité des personnels a fait l'objet d'une évaluation spécifique selon une méthodologie éprouvée.

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'action de l'établissement. Les supports et les modalités de diffusion sont établis. La communication large des résultats est réalisée en interne (hôpital et GHT) comme en externe, notamment auprès des usagers. Le réajustement du programme et de la politique qualité et gestion des risques est effectué en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

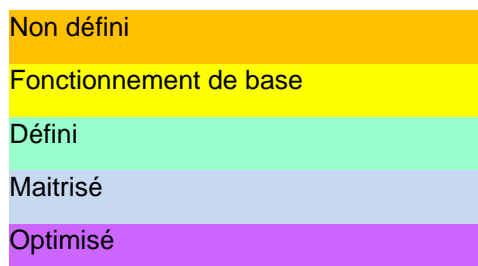
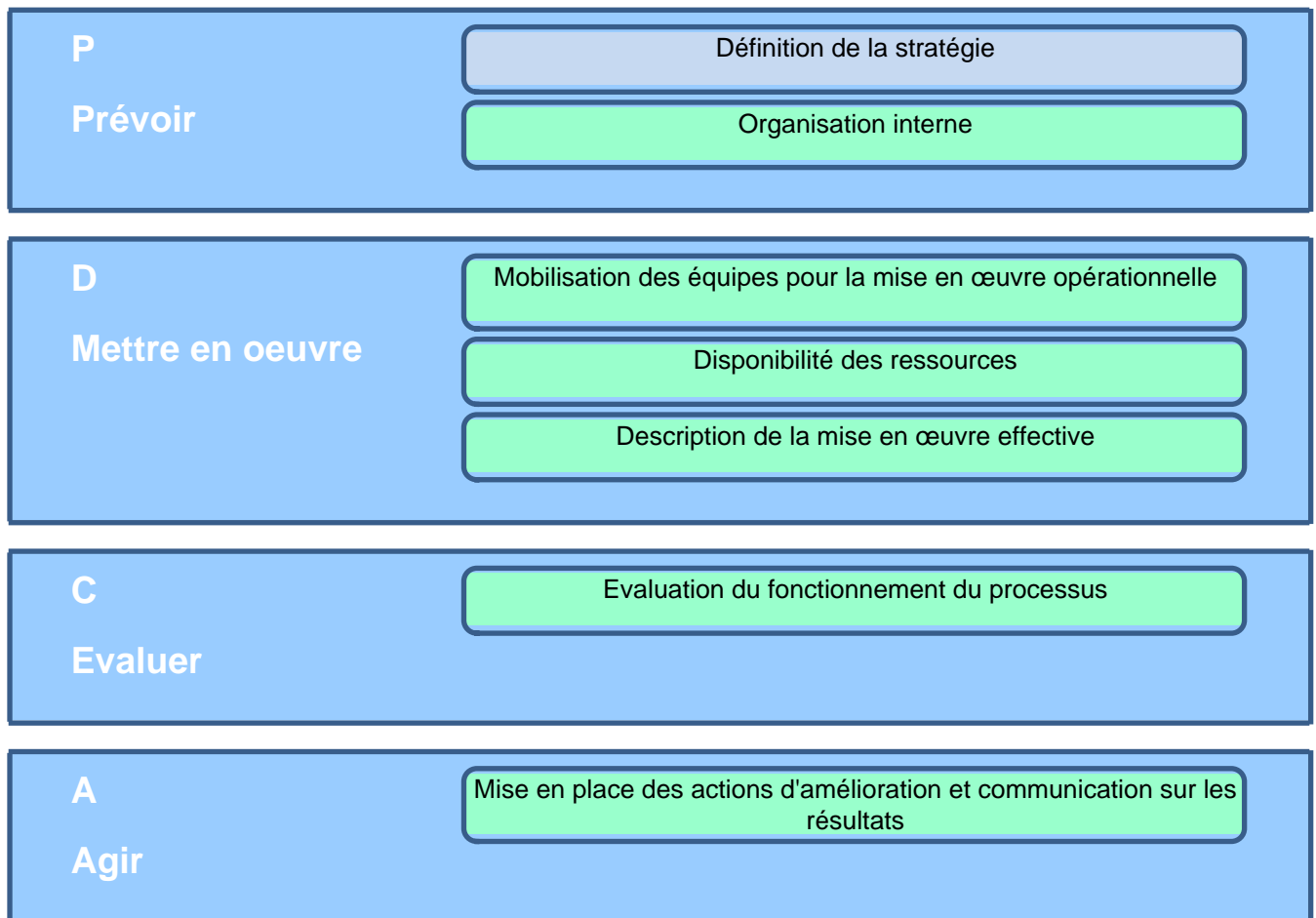
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 stratégie du Centre Hospitalier de Gonesse en matière de gestion du risque infectieux est intégrée à la politique qualité de 2013-2017 qui a fait l'objet d'une révision en mars 2016. Elle a été arrêtée à partir des attentes réglementaires, des bilans d'activités du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du comité des anti-infectieux (COMAI), des résultats d'audits en continu, des résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord des infections nosocomiales et des résultats de la certification précédente. Elle est définie dans un contexte institutionnel global en particulier en collaboration avec le DQGDR.

Une analyse de risque a priori, spécifique à l'établissement, a été élaborée sur la base d'une identification des besoins et du contexte (déménagement dans des locaux entièrement neufs). Cette politique, élaborée sur la base de travaux du CLIN et affinée par un groupe de travail plus restreint est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé et traité en mode projet. Les actions répertoriées sont incluses dans le PAQSS de l'établissement. La hiérarchisation des risques et leur niveau de maîtrise ainsi que la prise en compte des résultats des indicateurs nationaux sont à la base de l'élaboration du Compte Qualité (CQ). Ce dernier reprend les risques les plus critiques ou récurrents.

Le programme d'actions, régulièrement réactualisé, est suivi par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), le CLIN, et le COMAI et le DQGDR et présenté en réunion de pilotage de l'ensemble des groupes qualité de l'établissement. Cette réactualisation est à la base d'une révision de la politique globale, d'ajout de thématiques, de définition de nouvelles investigations (audits ou autres) et de la définition de nouveaux indicateurs. Les modalités de mise en œuvre du programme sont fixées par le CLIN et sont traitées en mode projet. Des tableaux de bord d'avancement / réalisation sont actualisés chaque année.

Les représentants des usagers sont invités à la réunion du CLIN durant laquelle est présenté le programme d'action et le bilan des activités dans le domaine de la gestion du risque infectieux. Ces éléments font également l'objet d'une présentation annuelle à la commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de la gestion des risques infectieux au Centre Hospitalier de Gonesse est basée sur le CLIN. Le médecin référent en anti-infectieux (MRAI) en est le président, le praticien hygiéniste et le pharmacien en charge du bon usage des anti-infectieux en sont les deux vice-présidents. La composition du CLIN est représentative à la fois des différents pôles et des différents métiers. En effet, en plus des membres de droits du fait de leur mission, il comprend le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), et des médecins nommés par la CME, des professionnels paramédicaux nommés par la direction des soins. L'équipe est une unité fonctionnelle rattachée au laboratoire d'analyses médicales, ce qui permet d'optimiser les délais d'intervention. L'établissement a fait le choix de conserver également une commission sur les anti-infectieux composée exclusivement de médecins, dont le président est également le MRAI. Un partenariat est en place avec les médecins biologistes pour maintenir un accès à une expertise en cas d'absence du praticien hygiéniste ou du MRAI. L'activité de bionettoyage est répartie sur plusieurs équipes : l'équipe des aides-soignants des services de soins, l'équipe centralisée « LABEL » d'agents de service hospitalier du CH de Gonesse, ainsi que plusieurs prestataires extérieurs. Les champs d'action, prestations attendues, et modalités de contrôles de ceux-ci sont définis par cahiers des charges. Cette activité est pilotée par l'équipe LABEL du CH de Gonesse.

L'ensemble de ce processus est co-piloté par le MRAI et le praticien hygiéniste avec la collaboration du gestionnaire de risque associé aux soins. Ils sont connus et reconnus dans l'établissement. Leurs missions sont définies dans une fiche de poste.

Les besoins en compétences nécessaires sont définis ; l'établissement s'est doté notamment de 2 équivalents temps plein d'IDE hygiénistes formées (rattachées à la direction des soins) ainsi que d'un technicien de laboratoire. Leurs missions sont définies par fiche de poste. Des relais paramédicaux en hygiène ont été mis en place dans cette organisation.

Dans les domaines de la gestion du risque infectieux et du bionettoyage, les formations sont arrêtées au regard des besoins et des priorités de l'établissement et figurent au plan de formation institutionnel. Les nouveaux personnels doivent suivre une formation « d'intégration » comprenant plusieurs modules. Celui sur la gestion du risque infectieux est obligatoire à leur arrivée. Toutefois, Il n'y a pas de programme de formation continue des professionnels de santé au bon usage des antibiotiques dans l'établissement. Une sensibilisation au bon usage des antibiotiques est proposée une fois par semestre pour les internes et il

n'y a aucun dispositif de formation pour les autres prescripteurs de l'établissement. De plus, ce dispositif de maintien des compétences des prescripteurs par rapport au bon usage des antibiotiques tel qu'il est défini et organisé ne comporte qu'une information de 1 heure à destination des nouveaux internes.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés au fil de l'eau. Leur rédaction est organisée en fonction des besoins et leur diffusion assurée à partir de l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire.

Les ressources matérielles sont définies (présentation, surveillances, prélèvements). Le système d'information est organisé en interne et en externe et permet la transmission d'alerte dans un délai compatible avec la prise en charge des patients et des risques professionnels.

Les interfaces avec les laboratoires, les services de soins, les médico-techniques (dont le service chargé des travaux) et les prestataires extérieurs de bionettoyage sont organisées. Les interactions avec le médecin CGRAS et les usagers sont organisées par leur participation aux différentes réunions et instances.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au Centre Hospitalier de Gonesse, la mobilisation des équipes concernant la gestion du risque infectieux repose sur les relais paramédicaux. Ceux-ci sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Ils sont coordonnés par l'équipe d'hygiène qui les réunit 4 fois par an. Les cadres de santé ont connaissance des objectifs institutionnels et les déclinent dans leurs services.

La mobilisation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques est basée sur la transmission par mail des comptes rendus du COMAI indiquant les objectifs, les évaluations, les résultats et les actions d'amélioration en cours. Enfin, dans les services, les AS sont mobilisées par les cadres de santé, ce sont également elles qui sont chargées de les inscrire aux formations institutionnelles. Quant aux personnels affectés à l'équipe LABEL, la cadre de santé, secondée d'une aide soignante (AS), informe régulièrement son équipe des actions d'amélioration et résultats des contrôles effectués. Une deuxième AS est spécifiquement affectée à la coordination des activités avec le prestataire externe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences disponibles dans le domaine de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Gonesse sont constituées du CLIN, de l'équipe opérationnelle d'hygiène, des relais en hygiène, des membres du COMAI, et de l'encadrement de l'équipe LABEL pour le bionettoyage (le cadre et les 2 AS). Des formations sont dispensées sur la gestion du risque infectieux (GRI) par l'équipe opérationnelle d'hygiène dans cadre du plan de formation institutionnel. Les nouveaux arrivants bénéficiant du dispositif d'intégration sont obligés de suivre le module sur la GRI et reçoivent un dépliant rappelant les principales règles de bonnes pratiques professionnelles. Selon le contexte, des actions de sensibilisation des agents sont également menées « au fil de l'eau » en fonction des évènements indésirables identifiés.

Enfin, concernant le maintien des compétences dans le domaine du bionettoyage, les formations proposées dans le plan de formation institutionnel sont dispensées. Par ailleurs, des formations sont dispensées par les fournisseurs d'équipement lors de l'achat de nouveau matériel (autolaveuse, dispositif de nettoyage et désinfection par la vapeur...).

Les ressources documentaires sont disponibles dans l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire pour le domaine de la gestion du risque infectieux. De nombreux protocoles sont à disposition des agents, ils sont régulièrement actualisés et de nouvelles procédures sont identifiées, rédigées à chaque fois que nécessaire. Dans le domaine du bon usage des antibiotiques, les documents de recommandation sur l'antibiothérapie de première intention sont mis à disposition des prescripteurs dans l'outil intranet de l'établissement, ils n'ont pas été remis à jour depuis 2012. Dans le domaine du bionettoyage, les agents de l'équipe LABEL fonctionnent avec des supports papiers. La formalisation de ces recommandations est sous une forme propre à l'équipe LABEL.

Les ressources matérielles définies sont disponibles pour le bon usage des antibiotiques ainsi que pour la gestion des risques infectieux. Concernant l'activité de bionettoyage, elles sont définies, disponibles et en nombre (autolaveuse, microfibre, désinfectants, détergents, anticalcaire, tunnel de lavage des chariots de transports automatisés et indifférenciés, dispositif de nettoyage et de désinfection par la vapeur...). Le cahier des charges définissant les contours de la collaboration avec le prestataire externe indique quels sont les équipements et consommables fournis par l'établissement et ceux qui relèvent du prestataire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Gonesse a été investiguée dans les services de diabétologie, soins de suite réadaptation hospitalisation et plateau technique (incluant la balnéothérapie). Les observations menées en investigation, ont montré une prise en charge des patients conforme aux recommandations de bonnes pratiques dans le domaine de la gestion du risque infectieux. L'hygiène des mains est une cible pour les soignants. Le service de soins de suite réadaptation a mis en place un plan hebdomadaire "éducation patient" à l'hygiène des mains qui fait également l'objet d'une évaluation annuelle. Le suivi des consommations de solution hydro-alcoolique est connu des IDE et AS et les préalables à l'hygiène des mains sont respectés (absence de port de bijoux, ongles courts,...). Les services disposent de chariots d'isolement septique qui étaient équipés conformément aux règles de bonnes pratiques (gants, tabliers usage unique, solution hydro-alcoolique, etc). Les personnels mobilisent les protocoles sur demande et les connaissent. Les professionnels interrogés affirment avoir bien suivi une formation d'intégration lors de leur prise de fonctions dans l'établissement, avec parfois des difficultés pour suivre tous les modules préconisés (qu'ils soient obligatoires ou non). Les résultats de contrôles bactériologiques environnementaux sont transmis aux cadres de santé pour donner suite, s'il y a lieu, et archivage. Toutefois, les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas mises en œuvre par l'ensemble des professionnels dans les locaux de restauration collective. Tous les personnels ne retirent pas leur tenue de travail lors de la prise de repas dans le self de l'établissement contrairement aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur sur la tenue vestimentaire établies par le CCLIN Sud Ouest de 2008.

Concernant la prescription des antibiotiques, le logiciel de prescription enclenche une alerte non bloquante pour rappeler la réévaluation à faire à 48/72 heures. Certaines prescriptions d'antibiotiques sont restreintes. Elles doivent alors obligatoirement être complétée par des informations supplémentaires (site de l'infection, infection documentée O/N, traitement probabiliste O/N). Elles font également systématiquement l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 et sont soumises à l'avis du référent infectieux si le pharmacien le juge nécessaire.

Les locaux visités étaient visuellement propres, les agents chargés du bionettoyage interrogés connaissaient les recommandations (modalités de dilution des produits, indications, mode d'utilisation de microfibre, etc) ainsi que les équipements et matériels et consommables à leur disposition. Les interfaces sont opérationnelles entre les professionnels de terrain, l'équipe opérationnelle et les différents acteurs impliqués (linge, déchets, direction des achats, bionettoyage, travaux, département qualité, etc). Les locaux de stockage des déchets à risques infectieux ne sont pas accessibles au public. Les instances sont opérationnelles et leurs attendus sont portés à la connaissance des personnels : le CLIN se réunit quatre fois par an, l'équipe d'hygiène tous les mois, et le taux de présence aux réunions des relais en hygiène est de 30%.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les évaluations en matière de gestion de risque infectieux au Centre Hospitalier de Gonesse sont nombreuses et régulières : audit permanent de la mise en place des isollements septiques, évaluation trimestrielle de la consommation de solution hydro-alcoolique avec cibles spécifiées pour chaque service sous forme de tachymètre, suivi annuel des pratiques d'hygiène des mains des soignants (préalables, technique, opportunités) et des patients, indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales. D'autres sont organisées de façon plus ponctuelle en fonction de la stratégie établie : réévaluation de l'antibiothérapie à 48/72 heures, pertinence de la prescription des carbapénèmes, audit sur les dispositifs invasifs vasculaires (chambres implantables, cathéters périphériques, cathéters sous-cutanés), audit sur la préparation de l'opéré etc. Par ailleurs, l'établissement surveille les infections du site opératoire via le réseau national de surveillance des infections nosocomiales pendant 6 mois de l'année et pour 6 spécialités chirurgicales, ainsi que toutes les bactéries multirésistantes sur toute l'année. Trois unités de soins aigus bénéficient d'un recueil mensuel de leurs infections nosocomiales (analyse multidisciplinaire, dossier par dossier) donnant lieu à des analyses des causes et assorties d'actions d'amélioration ciblées.

Toutefois, le système de surveillance épidémiologique du bon usage des anti-infectieux en place, n'inclut pas la surveillance de la résistance aux antibiotiques. L'outil informatique du laboratoire ne permet pas d'extraire de façon fiable les données des résultats positifs de bactériologie pour les inclure dans l'outil régional et les rapprocher des données de consommation des antibiotiques. Cet état de fait a été identifié par l'établissement et le remplacement de l'outil informatique du laboratoire est programmé pour 2017.

Concernant les activités de bionettoyage, le service LABEL ainsi que les prestataires externes effectuent régulièrement des contrôles contradictoires de la propreté visuelle des locaux et dans les locaux à haut risque des contrôles bactériologiques sont régulièrement réalisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

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

Plusieurs actions d'amélioration sont en cours autour de la gestion du risque infectieux au Centre Hospitalier de Gonesse.

Celles-ci portent notamment sur : des risques récemment identifiés suite au déménagement dans les nouveaux locaux (notamment sur l'automatisation complète du nettoyage des chariots de transport indifférenciés), les actes invasifs (chambres implantables), le dispositif de maîtrise du risque de diffusion des Bactéries hautement résistantes. Concernant la gestion du risque infectieux, le processus est évalué au minimum une fois par an, en particulier par l'analyse du tableau des évaluations, des résultats de surveillances et des indicateurs du tableau de bords de infections nosocomiales. Au Centre Hospitalier de Gonesse, la communication et la diffusion des résultats et des actions d'amélioration à destination des professionnels de santé utilisent plusieurs supports : rapport d'activité, Newsletter du département qualité, « pop-up » qui s'ouvrent automatiquement dans le logiciel de prescription médicamenteuse à chaque session, journée annuelle d'hygiène des mains, Semaine de la qualité et de la sécurité des soins, retour de réunion de COMAI à destination de tous les prescripteurs, notes d'information, etc. Plusieurs supports s'adressent plus spécialement aux usagers comme par exemple la sensibilisation individuelle à l'hygiène des mains par les équipes de soins toutes les semaines dans le service de soins de suite et réadaptation (hospitalisation et plateau technique).

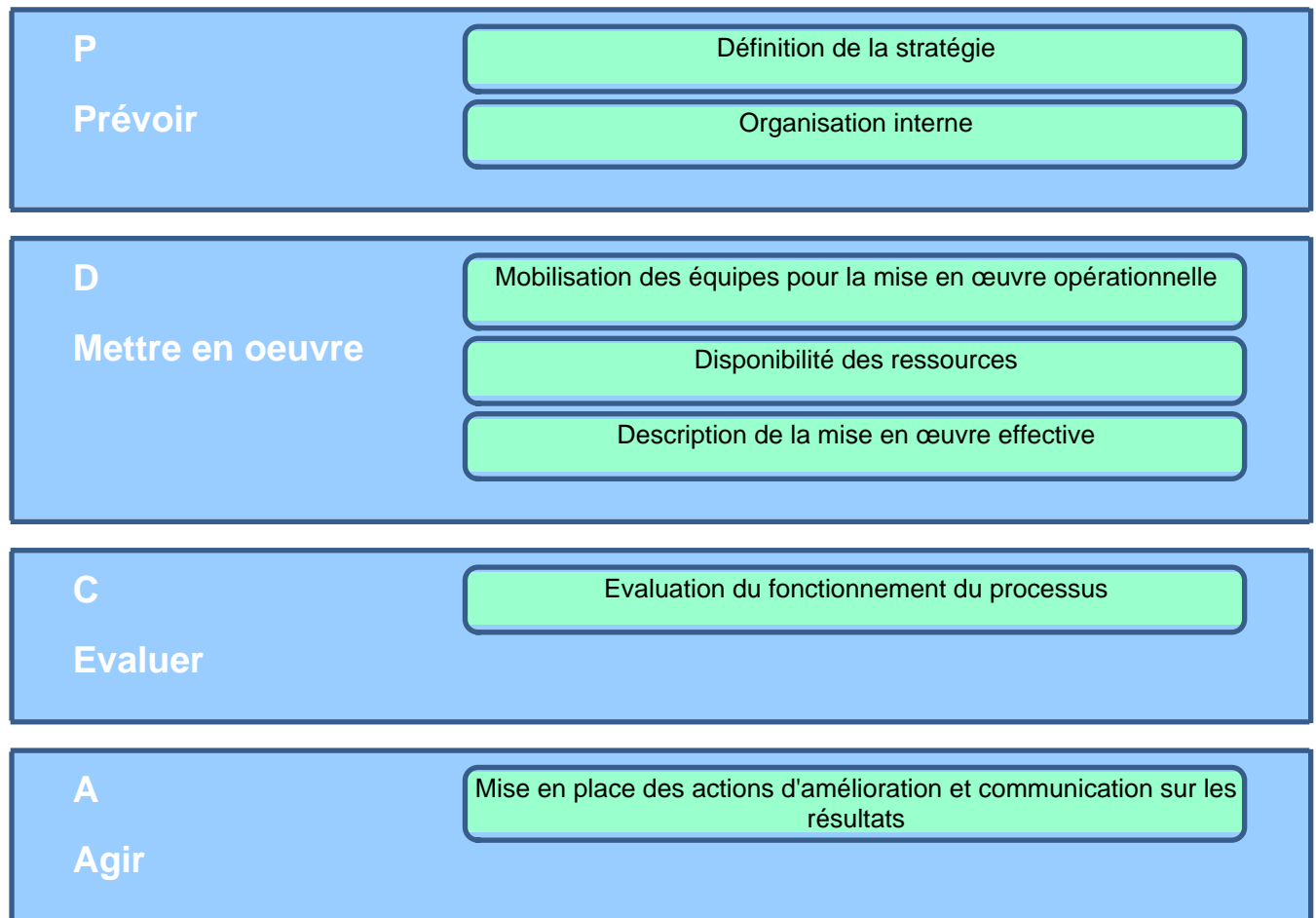
DROITS DES PATIENTS

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

Dans le domaine des droits des patients, le Centre Hospitalier de Gonesse met en place une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement et à la région. Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques (projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet qualité, acteur projet communication) sous ses trois formes : satisfaction des usagers, la bientraitance, le suivi des plaintes et réclamations ». Un règlement intérieur patient est formalisé validé et mis à disposition des usagers au sein de la maison des usagers inaugurée le mois dernier.

L'axe « bientraitance » constitue une dimension essentielle de cette politique, les autres aspects, (l'information, l'expression du consentement, les conditions architecturales impactant le respect de l'intimité...) apparaissant culturellement intégrées à la notion de bientraitance. L'analyse des risques relatifs aux droits des patients est effective, elle est conduite à partir de données d'entrées multiples et identifiées, (résultat des précédentes certifications, événements indésirables, plaintes et réclamations, comptes rendus des comités et cafés éthiques, exploitation des questionnaires de satisfaction et Isatis...). L'établissement identifie les interfaces entre les organisations et entre les processus comme zones à risques d'atteinte aux droits des patients, par exemple les difficultés pour obtenir un rendez-vous de consultation. La CRUQPC est partie prenante de cette analyse des données, notamment par la participation des représentantes des usagers à la majorité des sous commissions et groupes de travail en lien avec cette thématique. La politique est validée par les instances concernées, (CRUQPC, CS, CME, ..). L'analyse des risques a donné lieu à la définition d'objectifs d'amélioration organisés en actions successives déclinées sur le mode projet. Un plan d'actions est établi, intégré au programme d'action institutionnel (PAQSS); sa priorisation a permis de sélectionner les quatre types de risques intégrés dans le compte qualité :

- risques portant sur la bientraitance,
- risques portant sur le suivi des plaintes et réclamations,
- risque portant sur la satisfaction des usagers.
- risques portant sur les informations aux patients

ORGANISATION INTERNE

Le Centre hospitalier de Gonesse a établi une organisation pour piloter le processus. Une équipe de pilotage du processus est désignée et intègre les représentants des usagers. Considérant les interfaces au sein des processus de prise en charge et entre ces processus comme zones à risques de non-respect des droits des patients, les membres de l'équipe de pilotage participent largement aux travaux et réflexions des autres responsables de processus, (douleur, confidentialité des données, gestion de l'identité, parcours...).

Le portage de la politique de respect des droits des patients s'effectue au travers de l'interaction d'un certain nombre de commissions et d'instances : la CRUQPEC dans ses deux aspects politique et opérationnel (le bureau de la CRU), le comité éthique, la CSIRMT, le CLUD, le Copil qualité, avec l'équipe de pilotage du processus droits des patients. La CRUQPC est opérationnelle et les représentants des usagers sont impliqués sur la thématique des droits des patients.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, (psychologue, accès aux ministres du culte, personnes aptes à l'interprétariat...). Des actions de formations portant sur les droits sont inscrites au plan de formation, (prévention de la maltraitance, bienveillance et formations à l'annonce d'un dommage lié aux soins...).

Les ressources matérielles sont prévues pour répondre aux besoins et attentes des usagers, (développement du nombre de chambres individuelles équipées de sanitaires, paravents ou rideaux sont en cours d'installation dans les chambres doubles, lits d'appoint pour accompagnants, signalétique prévue et cours de déploiement...). Néanmoins, les locaux et le système d'information ne garantissent pas le respect de la confidentialité des données personnelles des patients, par exemple les salles des infirmières et des internes ou sont stockés les dossiers papiers ou informatisés du patient ne sont pas badgées et sécurisées, en SSPI au bloc opératoire, la mutualisation et la centralisation de tous les postes ne permet pas le respect de la confidentialité ni de la dignité ou intimité des différentes catégories de patients qui y séjournent: parturientes, enfants, personnes âgées, adultes, post anesthésies générale, locorégionale et dans des états d'éveil variables. De plus la présence des papas auprès des accouchées récentes est difficile sinon impossible, enfin la mise en sein rapide du nouveau né est obérée par le contexte architectural...

La prise en compte des convictions est organisée par exemple par le choix de menus de substitution.

Les ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs sont élaborées, livret d'accueil, affichage des indicateurs à diffusion obligatoire, procédure de signalement des cas de maltraitance en cours de finalisation, procédure d'information en cas de dommage lié aux soins, désignation de la personne de confiance...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la continuité, la coordination et la concertation, entre les services administratifs et les unités, entre les unités et les plateaux techniques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard des spécificités des unités, les projets de pôle intègrent des objectifs et plans d'actions opérationnels propres, en déclinaison de la démarche institutionnelle intégrée par les pôles. Les cadres responsables d'unités de soins sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus ; à titre d'exemple le dispositif d'annonce, la contention et le risque de chute, l'engagement dans une démarche palliative, l'écoute de l'expression des volontés quant à la fin de vie... Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, ils évoquent les résultats de leurs observations et d'éventuels contrôles de conformité (présence de la personne de confiance dans le dossier par exemple ...) à l'occasion des réunions régulières de service. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, avec le concours des professionnels, et mises en œuvre. Le dispositif organisant l'information du patient sur les conditions de prise en charge est diffusé aux professionnels. La sensibilisation des professionnels relative aux droits des patients porte sur l'ensemble des aspects relatifs aux droits du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences nécessaires à la mise en œuvre des prises en charge dans le respect des droits des patients sont disponibles, personnel d'accueil pour l'information et l'orientation, soignants pour le recueil des besoins et des attentes, psychologue, assistantes sociales... Les formations relatives aux droits des patients et prévues au plan de formation sont mises en œuvre, sensibilisation à la démarche palliative, dispositif d'annonce en oncologie - favoriser la communication entre les professionnels et avec les patients...

Les ressources matérielles sont disponibles, moyens de contention homologués pour la gestion des mesures de restrictions des libertés individuelles nécessitées par l'état clinique, locaux accessibles pour les personnes en situation de handicap, modalités d'accompagnement dans les situations qui le nécessitent... La documentation nécessaire à la mise en œuvre du processus est disponible dans les unités et connue : affiche sur les indicateurs de qualité et sécurité des soins, dispositif de signalement de cas de maltraitance, supports d'informations sur les actes et la réflexion bénéfice risque, cible pour le recueil du consentement et, le cas échéant, du refus de soins...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans le respect des droits des patients. Le recueil de la personne de confiance et des personnes à prévenir est effectif comme l'ont confirmé les parcours des patients traceurs. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont menées, personnalisation des prises en charge et de la prise en compte des besoins propres à chacun, sensibilisation à la dimension culturelle dans le soin, aux situations de maltraitance ordinaire inhérentes à la vie hospitalière... Comme les parcours des patients traceurs l'ont confirmé, le dispositif d'information sur l'état de santé et sur les soins proposés ainsi que le recueil du consentement éclairé sont mis en œuvre. L'information est organisée tout au long de la prise en charge et assurée par les différents intervenants, praticiens dès la consultation, anesthésistes, personnels soignants... Comme l'atteste les indicateurs TDPA pour la campagne de recueil 2014, la traçabilité du consentement et de l'information est majoritairement assurée.

Le patient participe à l'élaboration de son projet de prise en charge et à son actualisation, le droit de changer d'avis est acté dans la politique de l'établissement et les modalités en sont définies. Les proches sont associés en tant que de besoin.

La facilitation de l'expression du patient et de ses proches a été constatée, promotion du questionnaire de sortie remis individuellement à chaque patient dans les filières de prises en charge des patients les plus vulnérables comme la gériatrie par exemple, écoute réactive des doléances et, si nécessaire, orientation vers le circuit des plaintes et réclamations...

Les résultats des recueils d'indicateurs en rapport avec des aspects de respect des droits des patients attestent de l'effectivité de la mise en œuvre de la politique, les indicateurs hôpital numérique explorant les moyens de garantir le respect de la confidentialité sont également à la cible.

La CRUQPC se réunit à périodicité réglementaire, et traite des aspects relevant de ses compétences. Les représentants des usagers sont associés, notamment aux travaux du CLIN, de la commission éthique, Le comité de bientraitance assure les travaux qui lui sont confiés, le lien avec les pilotes du processus est effectif.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

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

Le recueil de la satisfaction du patient et de ses proches constitue l'axe principal de cette évaluation. On retiendra, le questionnaire de sortie pour lequel l'établissement met en œuvre une réelle stratégie de promotion du taux de retour et la participation à l'enquête "e-satis".

L'établissement s'est également engagé dans l'auto-évaluation des pratiques dans le cadre des dispositifs spécifiques portés par les différentes filières comme le dispositif d'annonce en cancérologie. Les plaintes et réclamations, les expressions de satisfaction portées par les retours positifs des questionnaires de sortie, concourent à l'évaluation du respect des droits des patients. L'analyse des signalements d'événements indésirables contribue à l'évaluation du respect des droits des patients et permet d'actualiser la cartographie des risques, le cas échéant. Des audits et des requêtes régulières ou ponctuelles sont opérés sur le système d'information pour évaluer la traçabilité dans le dossier d'éléments relatifs au respect des droits des patients. Celles-ci donnent lieu à des suivis d'indicateurs. La CRUQPC établit son rapport d'activité annuellement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées à l'occasion des différentes évaluations sont mises en œuvre et sont intégrées au programme d'actions institutionnel. Elles bénéficient des modalités de suivi institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis pour garantir la communication des résultats et actions en interne, comptes-rendus diffusés sur le logiciel de gestion documentaire, échanges au cours des réunions de services... Les usagers sont informés des résultats des indicateurs par affichage dans le hall d'entrée, devant les ascenseurs et dans les Services, le cas échéant. Le rapport de la CRUQPC est transmis aux autorités compétentes conformément aux règles en vigueur.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

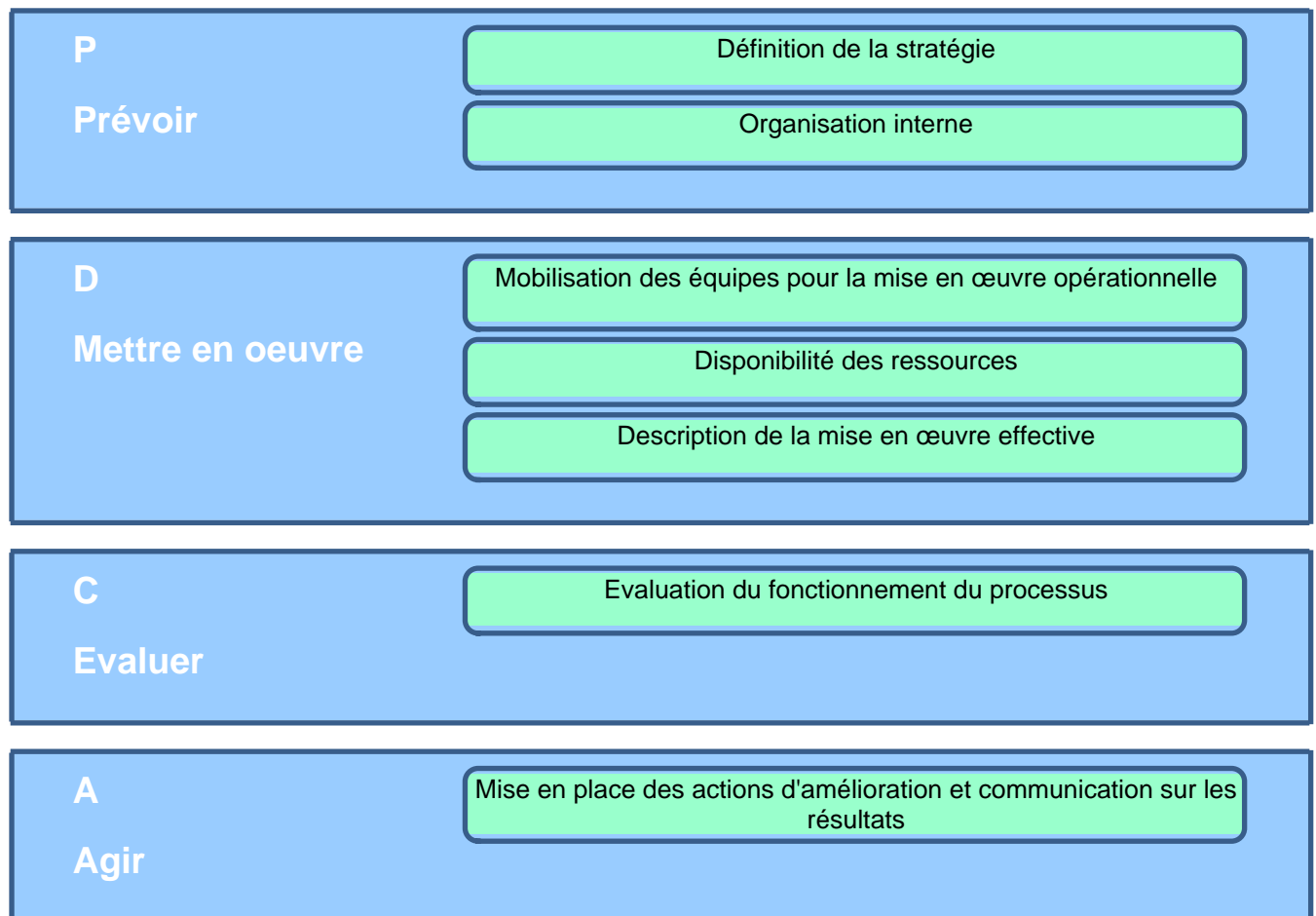
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie d'établissement prenant en compte les besoins et les spécificités de la population accueillie au sein du Centre Hospitalier de Gonesse (jeune et vieillissante à la fois multiculturelle et précaire), définie dans les schémas de planification sanitaire (PRS IDF 2012-2016, SROS 4, les orientations nationales et régionales Programme National de Sécurité des soins, plan triennal, virage chirurgie et médecine ambulatoires).

La politique du Parcours Patient se base sur des recommandations et référentiels nationaux (Recommandation de la V2010, résultats des indicateurs et audits dont l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance avec parangonnage), et des engagements de l'établissement vis-à-vis des autorités de tutelles. Un Projet Médical Partagé du GHT Gonesse Saint Denis est en cours d'élaboration depuis 2015 de même qu'un projet de soins.

Une cartographie des risques liés au processus Parcours Patient a été réalisée à partir du suivi des bilans et indicateurs des commissions, instances et groupes de travail en nombre, dont COVIRIS pour le suivi des indicateurs IPAQSS, du CLUD (audit utilisation MEOPA), du CLAN (audit moment repas), Groupe escarres (quizz, enquête trimestrielle de prévalence), RMM et CREX, commission EPP, évaluations et audits (20 patients traceurs depuis 2015).

L'identification des risques concernant le parcours patient a été réalisée avec les professionnels (cadres de pôles, de services, membres du groupe escarre, du CLAN) et le compte qualité a pu être abondé pour le parcours patient en regroupant les risques par chapitres du processus : Prise en charge des urgences vitales (insuffisance dans la prise en charge des urgences vitales); Prise en charge des populations particulières (prise en charge inadaptée du patient à risque suicidaire); Organisation de la sortie (rupture de la continuité de la prise en charge lors de la sortie du patient, prise en charge après l'hospitalisation inadaptée par absence d'anticipation de la sortie); Prévention des troubles nutritionnels (apports nutritionnels insuffisants, non repérage du risque de dénutrition ou d'un dénutrition avérée); Prévention du risque d'escarres (manque de pertinence des actions lié à un manque de connaissance ou à la non application des bonnes pratiques, absence de continuité de prise en charge liée à un manque de transmissions).

Le projet d'établissement a l'ambition d'humaniser et d'optimiser le parcours de soins pour le patient co-acteur et son entourage à chaque étape de sa prise en charge et de développer une médecine personnalisée privilégiant un accès facilité et plus fluide à l'offre de soins. L'amélioration du Parcours Patient est le fil conducteur du projet médical, du projet de soins, du projet d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, du projet social, du projet de communication et du projet logistique et architectural du NHG nouvel Hôpital de Gonesse ouvert en juin 2016.

Le Projet Médical 2013-2017, présenté aux instances et validé, a défini des axes structurants : diversifier et coordonner les modes d'entrée avec mise en place d'un circuit court, développement de la chirurgie ambulatoire et promotion des hospitalisations de jours en médecine; des coopérations à la carte au service de la gradation des soins; des modes de prise en charge internes adaptés et contractualisés en filières ; des modes de sortie facilitants et une attention bienveillante à l'égard de certaines populations cibles. Parmi les 10 axes du projet de soins 2013-2017, 4 concernent le parcours patient avec le développement des connaissances des professionnels se rapportant au management de la qualité et de la gestion des risques, le développement de l'efficience dans le parcours patient les réseaux en amont et en aval de sa prise en charge, la formation et l'évaluation, l'intégration et la fidélisation des personnels.

Le PAQSS 2013-2017 est centré sur le développement d'une culture qualité autour des parcours notamment du parcours patient avec le déploiement des outils qualité (audits patients traceurs 20 réalisés depuis 2015, EPP dans les différents pôles avec culture ancienne, CREX et RMM et RCP comme en chirurgie bariatrique depuis 2013 et en médecine physique et rééducation depuis 2012 pour les troubles vésico-sphinctériens), avec attention portée sur les interfaces des parcours de prise en charge.

Les projets d'organisation du CHG intègrent les objectifs d'amélioration du parcours patient, simplification des démarches administratives et des circuits (bureau central des RDV, bureaux d'admission délocalisés, centralisation des consultations, centre de prélèvement, centralisation de l'accueil des urgences, centralisation des blocs opératoires) et accès facilité (conventions service d'accueil des urgences unités d'hospitalisations : oncologie, neurologie, unité de gériatrie aiguë, médecine polyvalente; cellule d'ordonnancement journalière des lits et organisation de la sortie; circuit court entre le service d'accueil des urgences et l'unité de cardiologie aiguë; procédure des patients hébergés,

centralisation du brancardage et régulation).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est définie pour piloter le processus Parcours Patient, avec pilotes institutionnels (directrice et coordonnatrice des soins, médecin chef du pôle mère enfant et membre du directoire) et opérationnels (cadres de pôles et cadres de service, médecin diabétologue chef de service, médecin chef de pôle membre du directoire en charge de l'ETP et des EPP, groupe de travail institutionnel urgences vitales, cadre en charge du plan hôpital en tension notamment).

Les rôles et responsabilités de chacun sont identifiés.

Cette organisation est basée sur les groupes processus prenant en compte les éléments d'investigation obligatoires inhérents au parcours patient : CLAN et groupe alimentation pour la prévention du risque nutritionnel suivi par l'indicateur IPAQSS s'y rapportant, en lien étroit avec le groupe Escarre lui-même doté d'un suivi par indicateur IPAQSS en charge de la prévention du risque d'escarres, groupe de la prise en charge des urgences vitales, groupe en charge de l'organisation de la sortie et groupe de prise en charge des populations particulières (risque suicidaire).

Au regard de l'activité de chaque pôle et des activités nouvelles ou à développer, le CHG prévoit les ressources humaines (quantitatives et qualitatives) nécessaire aux besoins des prises en charge.

Le plan de formation institutionnel est organisé par pôles, des formations diplômantes sont réalisées tant pour le personnel médical que pour les paramédicaux et personnels administratifs. Les formations aux gestes et premiers secours sont organisées à rythme défini.

Les ressources documentaires sont disponibles pour l'ensemble des professionnels sur la gestion documentaire institutionnelle avec protocoles médicaux et paramédicaux, des aides à la prescription ou des prescriptions protocolisées sont disponibles sur le logiciel informatisé de prescription du DPI (sauf en psychiatrie adulte comme infanto-juvénile et en réanimation où il n'est pas encore déployé).

Une bibliothèque médicale à destination des professionnels du CHG est en place dans les locaux de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, gérée par la commission idoine, et présence de 2 bibliothécaires à disposition des professionnels pour des recherches bibliographiques par exemple.

Les ressources matérielles nécessaires sont disponibles, déménagement en juin 2016 dans des locaux neufs avec équipements en nombre pour répondre aux différentes prises en charge, existence de rails plafonds dans le service de rééducation par exemple. En psychiatrie, toujours dans les anciens locaux on retrouve des chambres d'isolement et la salle d'audience pour le juge des libertés. En USLD, matériel en nombre : aides de marches, matelas préventifs et curatifs pour les escarres.

La communication est organisée au sein du CHG via les réunions de pôles, les réunions de cadres supérieurs, de services, lors des transmissions du matin notamment et via l'intranet avec la gestion documentaire.

Le CHG dispose d'un service d'accueil des urgences permettant d'assurer la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence: adultes, pédiatriques, gynécologiques et obstétricales, et organisation en place pour la gestion des urgences psychiatriques. Il existe des formations internes aux gestes d'urgence en plus de l'AFGSU inscrite au plan de formation.

L'organisation médico-administrative du parcours patient au sein du nouvel hôpital a été revue selon 4 circuits : circuit du patient aux urgences; circuit du patient programmé externe; circuit du patient programmé en hospitalisation (chirurgie et médecine); circuit du patient hospitalisé. Par exemple: organisation de l'accueil initial de l'enfant hospitalisé en pédiatrie (procédure de juin 2012). Par le fait l'accueil a été réorganisé lors du déménagement avec création d'un accueil central information-orientation, d'un guichet unique pour les consultations, d'un bureau central des rendez vous téléphoniques hormis pour les programmations en médecine chirurgie et médico-technique permettant la prise en RDV par numéro unique dans un lieu unique avec logiciel de gestion des RDV en accord avec les professionnels médicaux.

Avec le déménagement dans les nouveaux locaux l'organisation de l'accueil a été revue, avec un secrétariat médical et un bureau des admissions délocalisés sur chacun des 4 étages, afin de fluidifier les parcours.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation des professionnels: PACS imagerie, dossier patient informatisé avec informations des consultations colligées dès le début du parcours patient notamment. Nombreuses conventions avec les établissements du territoire et la ville sont en place. Le pôle médico-technique vient en appui des pôles cliniques.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des objectifs et plans d'action propres aux différents pôles et services en déclinaison du PAQSS institutionnel. Les responsables de pôles, de service, l'encadrement de proximité en appui avec le département qualité gestion des risques et clientèle, mobilisent les équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle avec les spécificités propres à chaque pôle (contrats de pôles existants et conseils de pôles 2 fois par an). La mise en place de professionnels "relais" est effective: correspondants des différentes instances ou groupes de travail auxquels ils participent. Ils sont associés à l'identification des risques et des actions d'amélioration, en co-construction des outils d'évaluation (quick audits par rapport aux priorités de terrain pour le CLAN et le risque nutritionnel) et en co analyse des résultats. Par exemple dans le pôle médico chirurgical, au moment du repas il y a création d'une "quinzaine relais". L'intranet et la gestion documentaire sont connus des professionnels et utilisés pour la communication et la prise de connaissance du compte qualité avec pénétrance variable selon les services, ainsi que des indicateurs nationaux ou propres à l'établissement. Les temps de réunions et de relève permettent d'évoquer les risques particuliers ou nouveaux, et l'encadrement sensibilise les équipes sur les résultats des contrôles effectués et les indicateurs utilisés. L'affichage dans les secteurs est également utilisé. La conformité des pratiques est évaluée au regard des dispositions prévues par des contrôles sur certains points critiques du processus de prise en charge par les cadres et le département qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management des ressources humaines permet aux secteurs d'activité de disposer des compétences médicales, paramédicales, logistiques nécessaires aux divers modes de prise en charge, en terme de recrutement comme de formation, d'adaptation à l'emploi et de spécialisation (réanimation, chirurgie, anesthésie, oncologie, psychiatrie et pédopsychiatrie, obstétrique notamment).

L'organisation par l'encadrement des mobilités dans l'établissement est effective et ce, afin d'assurer la continuité des soins. Une mutualisation est réalisée en privilégiant les secteurs les plus proches afin de préserver les compétences nécessaires autour du patient. L'organisation de périodes d'intégration pour les nouveaux professionnels paramédicaux permet de fluidifier les arrivées comme a pu le montrer le patient traceur en rééducation avec un nouveau personnel de rééducation récemment recruté.

Les professionnels sont formés à l'ETP afin d'assurer les 19 programmes (labellisés ou en cours de labellisation) proposés au sein du CHG.

La permanence des soins dans les secteurs est assurée avec définition de règles de présence et d'un système de gardes et astreintes incluant les pôles psychiatrie adulte et infanto-juvénile et USLD excentrés, connu des professionnels, comme ont pu le montrer les investigations des 3 patients traceurs dans ces unités. L'affichage dans les services concernés est actualisé et disponible sur l'intranet utilisé par les professionnels.

Le recours à des avis au sein du CHG est opérant, existence d'IDE coordinatrices ville hôpital pour l'AVC, l'oncologie, le diabète, au sein du CHG existence d'une équipe de liaison de psychiatrie et numéros dédiés pour les avis notamment gériatriques aux urgences.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est adapté et en place. Les chariots d'urgence sont disponibles dans les unités du nouvel hôpital de Gonesse contenant les dispositifs médicaux avec appel au réanimateur ou à défaut à l'anesthésiste si le cas se présente qui dispose d'un sac avec les produits nécessaires et le défibrillateur. Dans les unités extérieures USLD et psychiatrie, on constate la présence de défibrillateur et de mallette d'urgence faisant l'objet de vérifications selon la procédure établie. Les professionnels sont formés régulièrement à l'urgence (AFGSU et formations internes).

Les ressources documentaires dont la bibliothèque médicale et le dispositif de gestion documentaire sont connus des professionnels par exemple existence de chartes institutionnelles (du patient hospitalisé et de la bienveillance affichées dans tout l'établissement y compris dans les bâtiments extérieurs au nouvel hôpital de Gonesse) et de chartes de fonctionnement pour le bloc opératoire ou les consultations externes. Des procédures et protocoles sont disponibles dans le dossier informatisé lors de la prescription par exemple.

Le livret d'accueil est remis au patient, les patients traceurs ont permis de le confirmer. Il existe une procédure dégradée en cas de panne informatique connue des professionnels. Enfin, compte tenu de la multiculturalité de la clientèle accueillie au CHG une liste d'interprètes est en place.

Les ressources informatiques sont en nombre aussi bien dans le nouveau bâtiment que dans les anciens avec postes fixes et mobiles. Chaque professionnel dispose de codes informatiques individuels et de profils de droits d'accès ouverts après formation d'intégration. Une charte informatique d'utilisation du système est en place signée par le personnel. Enfin il existe un portail internet connu et utilisé par les professionnels (confirmé lors des visites terrains et lors des 9 audits patients traceurs) avec accès à la

base qualité-gestion des risques, à la gestion documentaire et au dossier patient informatisé.

Un programme pluriannuel d'investissement révisé chaque année suite aux souhaits exprimés par les exécutifs de pôles est en place et permet d'adapter la réponse aux besoins de prise en charge mis en évidence par les professionnels. Les locaux sont sécurisés, adaptés aux personnes à mobilité réduite y compris en psychiatrie infanto-juvénile, des bureaux d'entretien avec l'entourage sont présents dans les services et des lits accompagnants sont mis à disposition si besoin. Une organisation est en place en chirurgie orthopédique pour l'accompagnement par les parents des enfants hospitalisés.

Dans le cadre de la prévention du risque suicidaire la sécurisation des fenêtres des chambres des unités de soins a été effectuée. Les chambres individuelles sont développées.

Enfin, existence du centre d'éducation thérapeutique ouvert sur la "ville".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge des patients.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à sa situation. Les investigations réalisées par les audits de processus et les 9 patients traceurs montrent que l'analyse des données permet de définir les besoins en soins des patients et de planifier la prise en charge dans un projet de soins personnalisé. Les évaluations médicales comme paramédicales sont tracées dans le dossier patient informatisé ou papier. L'évaluation continue de l'état de santé du patient comme l'évolution de son projet thérapeutique est effective. Les comptes rendus de consultation sont disponibles lors des hospitalisations programmées et les comptes rendus de sortie sont impactés dans le dossier patient dès la frappe et la validation médicale obtenue. Les rendez vous avec l'entourage et les familles sont organisés.

La traçabilité de la réflexion bénéfique risque est retrouvée dans certains secteurs (anesthésie, chirurgie, psychiatrie pour les contentions) et le consentement du patient est recherché.

La prise en charge repose dans les différents pôles sur des réunions pluriprofessionnelles voire pluridisciplinaires comme l'on montré les patients traceurs réalisés en psychiatrie adulte, psychiatrie infantojuvénile, médecine physique et réadaptation notamment.

Dans l'unité de chirurgie orthopédique, visite matinale pluriprofessionnelle (chirurgien, interne, IDE) quotidienne.

Une démarche structurée de prise en charge des troubles nutritionnels dont la dénutrition est engagée depuis plusieurs années, portée par le CLAN, dans tous les pôles et services, avec professionnels relais et diététiciens, avec réalisation d'évaluations, d'enquêtes nutritionnelles et de "quinzaine de la nutrition" par exemple. La traçabilité du dépistage et du suivi est assurée notamment dans les services de médecine, rééducation et en gériatrie.

Une attention particulière est portée sur les risques d'escarres avec un groupe escarres ancien intervenant sur l'ensemble des services, réalisant des actions de formation pour les nouveaux recrutés comme à destination des médecins de ville (séminaire de novembre 2015) et participation aux formations nationales comme en 2015 à Bordeaux au congrès Perse (présentation par 1 aide soignante détentriche d'un DU escarre et 2 ergothérapeutes). Un rapprochement/regroupement de ce groupe escarre avec le CLAN est en cours.

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place, notamment dans le 2 pôles de psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Une organisation est en place pour les suicidants avec hospitalisation, consultation par psychiatre pour autorisation de sortie, équipe de liaison psychiatrie.

La prise en charge somatique des patients en santé mentale est assurée, les dossiers des patients intègrent un volet somatique comme l'ont confirmé les patients traceurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Deux médecins somaticiens en psychiatrie adulte et une pédiatre le matin en secteur infanto-juvénile sont présents avec organisation de la permanence des soins en place connue des professionnels.

Les interfaces avec les services médico-techniques, les professionnels de la rééducation (orthophonistes, kinésithérapeutes, professeurs d'activité physique adaptée, ergothérapeutes, animatrices en santé mentale) sont opérationnelles. Il existe un service interne de brancardage.

Le CHG dispose de 2 services de soins de suite, l'un de gériatrie et l'autre de médecine physique, l'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation dans le projet de prise en charge des patients est effective, comme a pu le montrer le patient traceur de médecine physique et rééducation et les visites terrain dans le pôle de gériatrie. L'établissement utilise l'outil trajectoire pour les admissions en

SSR.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est effective, attention portée sur les patients porteurs de maladies chroniques notamment le diabète, sur la psychiatrie infanto-juvénile (liens avec la ville: maison des adolescents au RDC de l'hospitalisation de jour), sur les personnes atteintes d'un handicap.

Le CHG dispose de 19 programmes d'éducation thérapeutique (ETP) dont plusieurs labellisés ARS, s'adressant aux différentes populations accueillies et touchant tous les pôles. De nombreux professionnels médicaux et paramédicaux sont formés à l'ETP. Parmi les médecins 2 sont diplômés formateurs de formateurs. Par exemple en diabétologie 7 programmes sont en cours dont 5 labellisés et le personnel (3 médecins, 5 IDE, 3 aides soignants, 1 aide soignant de programmation, 2 diététiciens, 2 podologues) est formé à l'ETP dont 4 avec DU). On retrouve en HDJ l'utilisation des pompes, le diabète et la grossesse, la mise sous pompe notamment). En pédiatrie ETP des adolescents et enfants drépanocytaires et de leurs parents (2 DU Pédiatres, 6 puéricultrices IDE formées). Ou encore en médecine physique et réadaptation l'éducation à l'auto sondage vésical (1 médecin MPR formé). Lieu dédié à l'ETP au RDC haut du CHG avec déploiement vers la ville en projet.

L'organisation de la sortie des patients est effective et permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. L'anticipation de la sortie est prévue lors des staffs médicaux dans la mesure du possible, suivie par indicateurs. Un groupe de travail médical a été mis en place aux vues des résultats IPAQSS pour harmoniser le document de sortie et y intégrer les éléments nécessaires à la coordination en aval.

Le groupe de travail "organisation de la sortie" a mis en place une check-list de sortie ouverte dès l'arrivée du patient et une enveloppe de sortie remise le jour J au patient, commune à l'ensemble de l'établissement, appropriée par les équipes.

Les sorties avant midi sont encouragées, en maternité et gynécologie affichage de cette disposition à l'attention des patientes.

La décentralisation des admissions à chaque étage a permis de personnaliser la sortie et de diminuer les délais d'attente.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le département qualité, l'encadrement des pôles et des services, les membres des différentes commissions en lien avec le parcours patient évaluent et suivent la mise en oeuvre du processus Parcours Patient notamment à l'aide d'indicateurs en nombre. Le CHG participe aux campagnes de relevés des IPAQSS transversaux et de spécialité pour évaluer la conformité des pratiques au travers de leur traçabilité et ce par pôles et par services. Des indicateurs propres à l'établissement se rapportant aux parcours patient sont en place, par exemple aux urgences le taux de reconsultations est suivi. Des EPP sont en cours, la culture d'évaluation des pratiques est ancienne.

La commission EPP active, dont la responsable siège au directoire, suit les EPP clôturées, en cours et proposées. Des audits sont menés régulièrement, 20 audits Patient Traceur ont été réalisés depuis 2015, sur la quasi totalité des services. Des CREX, RMM RCP sont en place. Les programmes ETP sont suivis et évalués.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats en lien avec les professionnels concernés (pôles et services) donne lieu à des actions d'amélioration selon les points à risques identifiés ou les baisses de résultats IPAQSS notamment (douleur, dénutrition, escarres). Les plans d'action ont été intégrés dans le programme d'action institutionnel 2013-2017 et le compte qualité qui va s'y substituer maintenant. L'encadrement de proximité assure le lien avec les professionnels dont certains sont dit "professionnels relais" impliqué dans les groupes de travail en lien avec le parcours patient ou les instances. La mise en oeuvre des actions est suivie. La communication des résultats des différentes évaluations comme des indicateurs nationaux et internes est réalisée par les cadres de proximité lors des nombreuses réunions de services, voire lors des transmissions, mais aussi par les professionnels relais, parfois en appui avec les membres du département qualité qui suit les actions et réajuste les cibles. Les usagers sont également informés lors des CRUQPC.

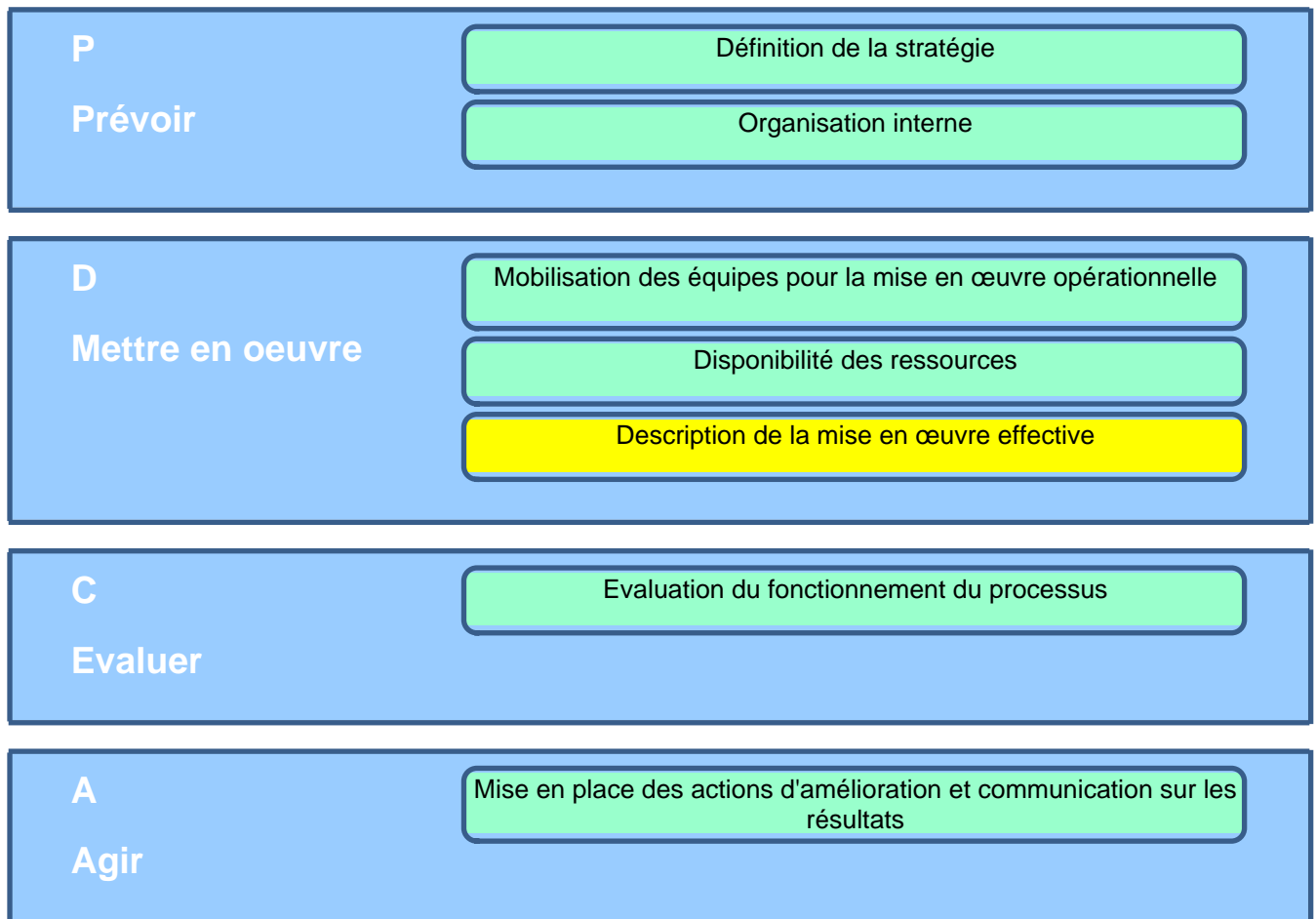
DOSSIER PATIENT

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

L'établissement a défini des règles de gestion du dossier patient formalisées et diffusées, incluant les responsabilités, la confidentialité, la composition, l'utilisation et l'accessibilité en temps utile, ainsi que l'archivage (procédure GRH de Juin 2007, charte des utilisateurs des réseaux internet et intranet de 2011, Politique d'autorisation d'accès au système d'information patient, Politique de sécurité des systèmes d'information, Charte des bonnes pratiques du dossier de soins de janvier 2013, Procédure dégradée DPI avril 2011, Procédure d'utilisation du dossier de soins de décembre 2010, procédure demande d'accès dossier médical de septembre 2014). De même le CHG a organisé l'accès du patient à son dossier et son information quant aux droits d'accès que l'on retrouve dans le livret d'accueil. Le dossier patient est en grande partie informatisé via différents logiciels métiers. Démarrage en 2003 et initiation de la prescription informatique depuis 2007 (hors réanimation et psychiatrie). Il existe de très nombreuses interfaces.

Dans le cadre du compte qualité le CHG a identifié ses risques liés au dossier patient, dont l'accès incomplet à l'information nécessaire à la prise en charge du patient par dilution de l'information médicale du fait des différents supports papier, numérisé, informatisé. Des mesures de traitement de ces risques ont été identifiées et sont en cours.

En fonction du contexte propre à l'établissement il y a eu création d'un guichet unique pour les consultations depuis juin 2016 et l'aménagement dans le nouvel hôpital de Gonesse (NHG) conçu en "tout informatisé".

Toutefois l'établissement n'a pas formalisé de politique concernant le dossier patient. La formalisation de la politique Dossier Patient en remplacement de la politique de structuration, d'archivage et d'accès au dossier patient est en cours de rédaction.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a récemment créé une commission du dossier patient (mai 2016) validée en CME (mars 2016), copilotée par le DIM, un médecin chef de service et un directeur des soins, réunissant des représentants de tous les groupes de travail se rapportant au dossier patient : groupe certification, groupe numérisation, groupe usagers du DPI, groupe dossier de soins. Ceux sont les pilotes du processus Dossier patient, leurs rôles et responsabilités sont définis : déploiement du système d'information, contenu du dossier patient, suivi des indicateurs dossier patient, suivi des axes d'amélioration de la tenue du dossier patient.

Des groupes de travail sur les priorités identifiées ont été mis en place : standardisation de la lettre de liaison, préparation de l'externalisation des archives papier, cahier des charges de l'ergonomie du futur système d'information. Le plan de formation 2016 intègre les formations sur le dossier patient tant pour l'aspect dossier de soins (plan de soins) que pour l'aspect prescription des personnels médicaux.

Au moment de la visite, le dossier patient intègre les prescriptions médicamenteuses informatisées sauf pour les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile comme ont pu le montrer les évaluations Patient Traceur dans ces unités, et en réanimation. Les résultats de biologie et d'imagerie sont accessibles sur l'ensemble de la structure aux professionnels en charge des patients, les 9 patients traceurs ont pu le démontrer notamment en USLD.

L'établissement a défini les lieux de stockage des dossiers papiers sis dans les anciens locaux avec règles établies. En psychiatrie infanto-juvénile, par exemple, les dossiers encore papiers sont stockés au niveau du secrétariat dans des armoires sécurisées jusqu'à 5 ans puis transférés dans les locaux d'archivage.

Les postes informatiques sont en nombre tant mobiles que fixes, avec droits d'accès au dossier patient pour chaque professionnel définis (Charte des bonnes pratiques du dossier de soins de janvier 2013, procédure d'utilisation du dossier de soins de décembre 2010)), codes d'accès personnels (politique d'autorisation d'accès au système d'information, et politique de sécurité des systèmes d'information).

Il existe une Charte des utilisateurs des réseaux internet et intranet depuis 2011. Les besoins sont définis en associant les professionnels.

Un système de sauvegarde des données est organisé. Un plan de maintenance informatique est en place. Une procédure dégradée en cas de panne informatique existe (procédure DPI d'avril 2011).

Enfin, une procédure de demande du dossier médical datant de septembre 2014 est en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'encadrement de proximité et le groupe Magdaeve en charge du dossier de soins depuis 1995 sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés concernant le dossier patient, tant au niveau soignant qu'administratif. La surveillance de la conformité des pratiques est assurée sur le plan du dossier de soins par des audits réguliers de chaque cadre de proximité en lien avec les cadres des pôles. Le département qualité vient en appui. Des actions d'amélioration sont mises en place notamment en lien avec les résultats des IPAQSS selon les besoins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins identifiés le CHG a prévu les ressources humaines nécessaires à la bonne composition et circulation du dossier patient. Les professionnels sont formés à la gestion du dossier patient, de même la formation des nouveaux arrivants est organisée (formation des internes de 3h à l'arrivée, formation complémentaire des personnels médicaux, compagnonnage par cadre des personnels administratifs, sessions de 4h de formation pour les paramédicaux). L'établissement a identifié à l'aide des indicateurs IPAQSS (DEC classe C) un retard de frappe des comptes rendu et un retard dans leur délai d'envoi, un bureau de frappe a été créé, avec suivi des actions d'amélioration par indicateurs. De même concernant la numérisation des documents non abordés directement dans le dossier informatisé, l'établissement a mis en place des agents médicaux administratifs et un suivi de la numérisation tant quantitatif que qualitatif, afin de rendre disponibles les informations en temps utile notamment lors des consultations externes. Les ressources matérielles en informatique notamment, sont adaptées avec postes fixes et mobiles en nombre dans tous les pôles, la maintenance est assurée. Les ressources documentaires concernant le dossier patient sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée connue et utilisée par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les procédures établies concernant le dossier patient tant dans ses parties informatisées que papier. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Le livret d'accueil fait mention des modalités permettant aux patients l'accès à leur dossier. Les audits patients traceurs ont permis de le constater. Le nombre de demande d'accès et les délais de transmission du dossier sont suivis et les résultats transmis à la CRUQPC.

Nonobstant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas tracés en temps utile dans le dossier du patient. Le compte rendu d'examen interventionnel en cardiologie n'est pas dicté 24 heures après l'examen. Des cahiers de staff service renferment des informations indépendantes des dossiers patients et non archivées dans les dossiers patients comme ont pu le montrer les audits patient traceur en psychiatrie, neurologie et médecine physique et rééducation. L'observation médicale initiale est dictée puis retranscrite par un secrétariat en version dématérialisée dans un temps variable. Les examens médicaux sont implémentés en version papier et retranscrits, lors de la sortie du patient, sur le support informatique. Il n'y a donc pas de support unique relatant en temps utile la prise en charge comme cela a pu être constaté dans le service de médecine pneumologie. Sur l'ensemble de la structure il y a coexistence de plusieurs supports métiers indépendants (rééducateurs, assistantes sociales, psychologues) colligés dans un même dossier lors de la sortie du patient (numérisation de l'ensemble des pièces). En obstétrique le partogramme est papier, le dossier du nouveau né est papier, le dossier de soins mentionnant "changements thérapeutiques" est informatisé ainsi qu'une partie du dossier médical qui comporte notamment les changements des molécules.

Par ailleurs la communication du dossier patient entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes n'est pas toujours assurée en temps utile. Il existe une coexistence de dossiers de soins informatisés communs sur l'établissement (sauf en USLD et Psychiatrie) et de dossiers papiers de structure variable selon les pôles et spécialités. Les informations inhérentes ne sont donc pas sur le même support et dans le même lieu de stockage selon les services. En cas d'urgence le praticien de garde doit "chercher" les informations sur plusieurs supports (variables selon les services). Parfois elles ne sont que sous forme de dictée vocale en attente de dactylographie. Les IDE ne mobilisent pas certains documents par exemple le CRO dans le service de chirurgie viscérale comme a pu le montrer le patient traceur dans cette unité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CHG réalise une évaluation de la gestion du dossier patient sur la base d'indicateurs. Par exemple des audits du dossier de soins sont réalisés sur l'ensemble des pôles, dans le cadre du Groupe de travail Magdaeve fondé en 1995, le dernier audit date de 2014 et a permis de mettre en place des actions d'amélioration sur les transmissions ciblées. Tous les mois les cadres de proximité réalisent un audit dans leur unité sur quelques dossiers. Les résultats sont suivis et communiqués aux instances et aux professionnels. Des actions d'amélioration en émanant sont mises en place. Le CHG participe aux campagnes de recueil des indicateurs nationaux IPAQSS. Des actions d'amélioration sont mises en place en regard des résultats quand cela est nécessaire, déclinées par pôles et mis en œuvre par l'encadrement comme c'est le cas pour l'indicateur IPAQSS "délai de transmission du compte rendu d'hospitalisation". Les résultats sont transmis aux professionnels par l'encadrement de proximité. De même il existe une évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients qui est transmise à la CRUQPC, aux instances et en externe dans le rapport annuel transmis à l'ARS.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations mises en œuvre sont intégrées et articulées dans le compte qualité de l'établissement qui se substitue au PAQSS institutionnel utilisé auparavant. L'établissement informe la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier et délais de transmissions des dossiers aux patients, pour les dossiers de plus de 5 ans comme de moins de 5 ans. L'indicateur qualité du document de sortie fait l'objet notamment d'un plan d'action avec formation prévue le 12 décembre prochain sur la maquette institutionnelle des compte rendus d'hospitalisation selon les recommandations HAS, incluant la conciliation médicamenteuse.

Une réflexion est en cours sur les modalités de réalisation pour la remise du document de sortie à J0. Suite au déménagement de Juin 2016 et aux nouvelles organisations des nouveaux risques concernant le dossier patient ont été identifiés et font l'objet d'actions d'amélioration dont l'élaboration d'un cahier des charges et la participation au choix du dossier patient informatisé.

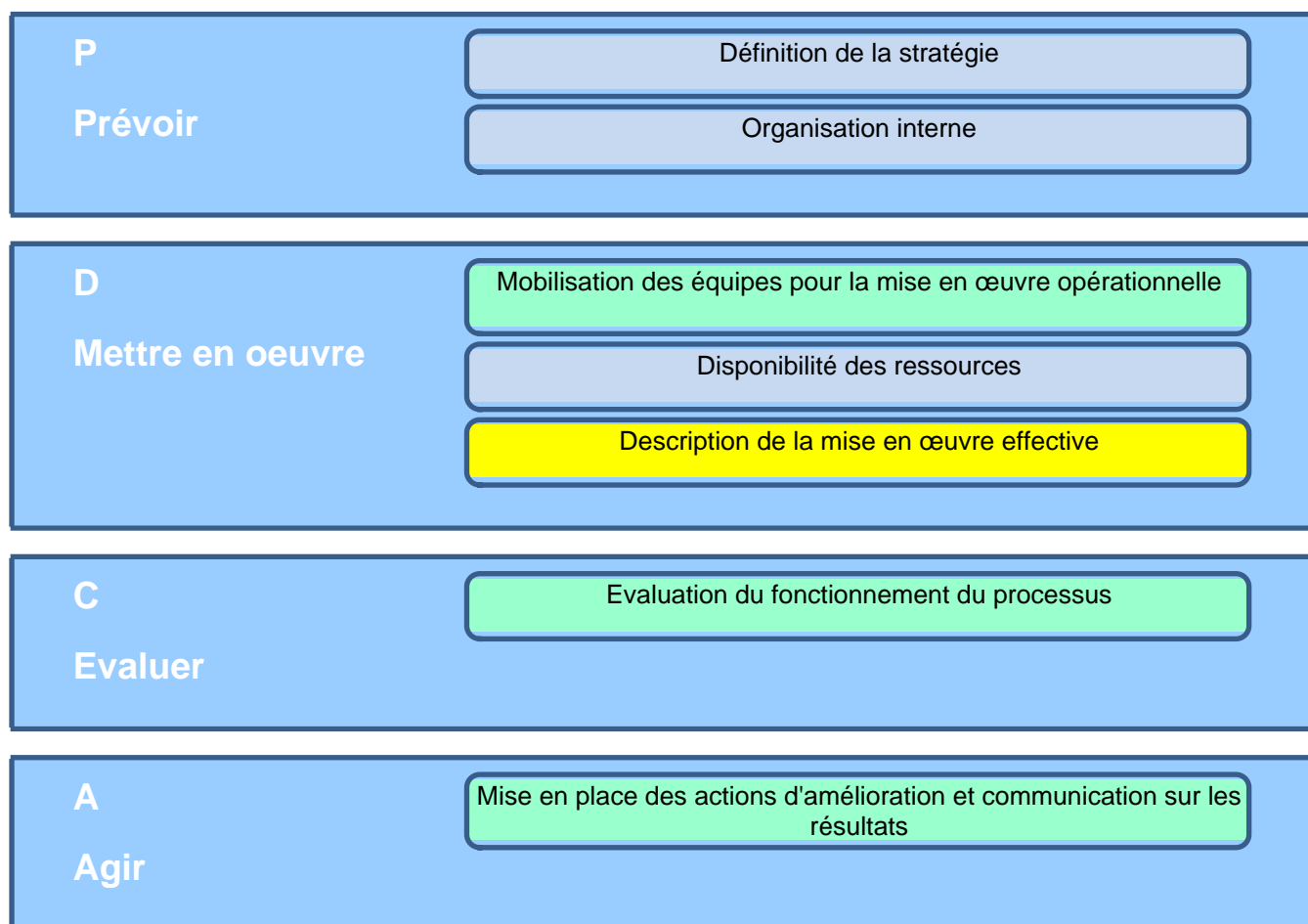
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Gonesse bénéficie des services d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) centralisée et d'une unité centralisée de reconstitution des cytostatiques. L'établissement a formalisé sa politique de « maîtrise de la prise en charge médicamenteuse de la personne soignée hospitalisée au niveau de la prescription, dispensation et administration des médicaments ». Elle est complétée par un document définissant les recommandations de prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. Cette politique a été établie en mars 2016 par un groupe de travail rassemblant le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, 2 pharmaciens, 4 cadres de santé, 4 infirmières et 4 médecins. Elle a été validée par le comité du médicament, la commission médicale d'établissement, par le conseil de surveillance et présenté en comité technique d'établissement et en commission de soins infirmiers rééducation et médico-techniques.

Les objectifs de prise en charge médicamenteuse du Centre Hospitalier de Gonesse intègrent l'informatisation complète, incluse dans le système d'information de l'établissement. Concernant les modalités de dispensation des médicaments aux services, l'établissement a pour objectif de mettre en place des armoires sécurisées et connectées au logiciel de mouvement des patients dans les 5 services où la dispensation individuelle nominative est non éligible, et de passer à la dispensation individuelle nominative (journalière ou non) pour 12 services supplémentaires soit un total à terme de 17 services. L'établissement a évalué son besoin en analyses pharmaceutiques à 100 000 par an et a pour objectif de mettre en place la conciliation médicamenteuse dans les courriers de sortie de tous les patients. Cette stratégie a été établie à partir des résultats de la certification précédente, de l'évolution des indicateurs IPAQSS, des bilans de fiches d'évènements indésirables et de la commission de retour d'expérience institutionnelle, des engagements du contrat de bon usage des médicaments, ainsi que des résultats de la seconde itération de l'audit d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile de France, des médicaments à risques utilisés. Le groupe de travail en a déduit une cartographie des risques a priori de la prise en charge médicamenteuse du patient tout au long de son parcours les a caractérisés et priorisés. Ils ont été intégrés dans le compte qualité et ont fait l'objet d'un plan d'action traité en mode projet. L'affirmation de la politique de prise en charge médicamenteuse a été intégrée comme axe stratégique de la politique qualité de l'établissement, ainsi qu'au projet d'établissement. Ces plans ont alimenté le compte qualité de l'établissement, et ont été intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité de la sécurité et des soins (PAQSS). Suite au déménagement de l'ensemble des services de médecine-chirurgie-obstétrique et soins de suite-réadaptation dans le nouveau bâtiment en mai 2016, le groupe de travail a identifié de nouveaux risques pour lesquels un nouveau plan d'action, traité en mode projet a été établi et intégré au compte qualité et au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Gonesse a mis en place une organisation pour piloter le processus de prise en charge médicamenteuse. Ce pilotage est assuré par la pharmacienne Responsable du Management de la Qualité de la prise en charge Médicamenteuse (RMQPM). Celle-ci a été formée à la gestion des risques et est membre permanent de la commission de retour d'expérience institutionnelle. Ses missions sont formalisées dans une fiche de mission "Responsable du Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse". Le manuel qualité de la pharmacie/partie médicament comporte un chapitre définissant le rôle des autres professionnels impliqués la prise en charge médicamenteuse. Le dispositif mis en place s'appuie :

- sur la collaboration étroite entre le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) qui se réunissent toutes les semaines, avec compte rendu ;
- sur le groupe de travail institutionnel sur la prise en charge médicamenteuse ;
- sur le comité du médicament selon les sujets traités ;
- et sur les 2 réunions annuelles de coordination de tous les groupes de travail « qualité » institutionnels.

Les ressources en personnel dans la pharmacie sont définies.

L'organisation en place propose une formation lors de l'accueil des internes en début de semestre, sur la prescription informatisée et dispensée par le RMQPM. Par ailleurs, une formation institutionnelle pour les nouveaux personnels est en place, comprenant plusieurs modules obligatoires dont un module de 3 heures sur la prise en charge médicamenteuse. Au niveau du plan de formation 2015, une formation sur « la prévention des erreurs médicamenteuses (iatrogénies médicamenteuses évitables) et la

pharmacovigilance », validante pour le développement professionnel continu (DPC) est en place à hauteur de 3 sessions par an, ainsi qu'une formation intitulée « événement indésirable et conséquences / annonce au patient, accompagnement de l'équipe ». Ces formations sont organisées plusieurs fois par an, respectivement par le RMQPM et la cadre du département qualité et sécurité des soins.

La PUI a déménagé dans les nouveaux locaux en mai 2016 et bénéficie de locaux neufs. Le circuit de dispensation des médicaments aux patients extérieurs comprend une salle d'attente et une salle de dispensation distinctes, permettant de préserver la confidentialité tout en interdisant l'accès à la partie stockage des médicaments aux patients. L'ensemble des réfrigérateurs et congélateurs de la pharmacie à usage intérieur bénéficient d'un dispositif de mesure et enregistrement de la température en continu. L'enregistrement informatique des données est automatisé et centralisé dans une Gestion du Matériel assistée par ordinateur qui inclut également le laboratoire d'analyses médicales et fait bénéficier la pharmacie du même niveau d'exigence que celle du Comité Français d'Accréditation (COFRAC).

Le programme d'achat de l'établissement prévoit des automates de stockage, de conditionnement et de cueillette par la pharmacie à usage intérieur (déjà acquis), ainsi que la mise en place d'un système de stockage rotatif vertical pour les dispositifs médicaux de petite taille. Son installation est programmée en 2017 afin d'étaler dans le temps la mise en place des nouvelles organisations.

La livraison des commandes est centralisée au niveau du magasin du Centre Hospitalier de Gonesse qui jouxte les locaux de la pharmacie. Celui-ci réalise un premier niveau de réception en vérifiant le nombre de colis et leur état ; le rapprochement entre le bon de commande et la livraison est effectué dans un second temps par les préparateurs.

Le système documentaire mis à disposition des professionnels comporte plusieurs documents et banques de données qui sont accessibles soit via un onglet spécifique identifié « pharmacie » dans l'outil informatique de gestion documentaire de l'établissement, soit via le logiciel de prescription médicamenteuse. Il comporte notamment la procédure de « Maîtrise de la prise en charge médicamenteuse de la personne soignée hospitalisée au niveau de la prescription, dispensation et administration des médicaments ». Ce document définit, entre autres, les règles et supports de prescription, les médicaments à risques faisant l'objet d'une gestion particulière, et a fait l'objet d'une validation par la CME.

Les interfaces avec les services sont définies et organisées : commandes, analyse des ordonnance, circuits et mode de transport, stockage dans les unités, gestion des traitement personnels des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au CH de Gonesse, ce sont les cadres de santé de proximité qui sont chargés de déployer le plan d'action d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans les services de soins. Ces cadres réalisent des évaluations périodiques des activités et du niveau de connaissance et appropriation par les professionnels. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète est effective, sauf dans les services de réanimation et sur toute la psychiatrie où elle est effectuée sur support papier. Le déploiement de l'outil informatique est prévu en psychiatrie, mais non planifié. En réanimation, un outil spécifique à ce type de prise en charge est programmé pour la fin du premier semestre 2017. Une mise en commun pour le paramétrage est prévue avec le service de réanimation du CH de Saint Denis. Ce service dispose de cet outil informatique depuis plusieurs années et appartient au même groupement hospitalier de territoire (GHT).

Concernant la conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie, l'établissement a répondu à un appel à projet sur la relation ville/hôpital. Ce dispositif est en cours d'expérimentation sur le service de diabétologie, avec le projet d'étendre le dispositif aux autres services dans un second temps.

17 services sur 28 ont réalisé l'identification de leurs risques avec l'outil d'évaluation de la prise en charge médicamenteuse de l'ARS d'Île de France. Ce sont les cadres, les IDE et les médecins des services qui ont réalisé ce bilan avec l'aide du RMQPM et du département qualité.

Le dispositif de déclaration des événements indésirables est connu, et utilisé par les personnels de soins, y compris pour les événements liés à la prise en charge médicamenteuse. Ils sont souvent contactés directement par l'encadrement supérieur pour préciser les circonstances de l'événement. Les agents sont sensibilisés aux risques de leur secteur et connaissent les actions d'amélioration envisagées, ce qui participe à leur mobilisation dans la démarche qualité et permet le développement d'une culture sécurité.

Plusieurs campagnes de sensibilisation des personnels soignants concernant la prise en charge médicamenteuse ont été organisées au Centre Hospitalier de Gonesse. Elles concernent notamment les risques liés au fait d'être dérangé pendant la préparation de l'administration des médicaments, ainsi que

la gestion du traitement personnel. Les IDE rencontrées sur le terrain connaissent ces objectifs d'amélioration, et des affiches étaient apposées dans les salles de soins des services visités. Enfin une campagne de sensibilisation à la signature de la prescription a été faite en direction des médecins psychiatres après identification de ce point comme un risque prioritaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Concernant la disponibilité des compétences au niveau de la pharmacie à usage intérieur (PUI) du Centre Hospitalier de Gonesse, les pharmaciens sont organisés en astreintes pour l'accès aux médicaments hors horaires ouvrables, et les locaux de la pharmacie sont sécurisés par un système de badge individuel. Dans le cadre des objectifs d'augmentation des lits en dispensation journalière individuelle nominative, les effectifs en pharmaciens de la PUI ont été renforcés (9 pharmaciens) au moment du déménagement, soit en même temps que l'acquisition des équipements nécessaires à ce projet. L'équipe est correctement dotée en préparateur en pharmacie. Dans les services de soins, les interlocuteurs relais sont les cadres de santé.

Entre 2014 et 2016, 77 IDE ont été formées aux événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse sur 1558 personnels soignants/de rééducation/socio-éducatifs. 0,1 % des médecins ont été formés à la prise en charge médicamenteuse. La thématique « Prise en charge médicamenteuse » est intégrée aux actions de la « Semaine de la sécurité » et la technique pédagogique de « la chambre des erreurs » est régulièrement utilisée pour évaluer et former le personnel infirmier.

Pour les personnels nouvellement arrivés, une période d'intégration est mise en place. Elle consiste en une période où l'agent est doublé, ainsi que plusieurs modules de formation à valider dont plusieurs sont obligatoires. Le module de formation à la prise en charge médicamenteuse fait partie des modules obligatoires pour les IDE.

Les documents tels que les règles de prescription médicamenteuses (dont les recommandations pour la prescription chez le sujet âgé ou la conduite à tenir en cas de panne du logiciel de prescription médicale) sont disponibles dans la gestion documentaire institutionnelle. Ces règles sont connues, respectées, et permettent la continuité du traitement médicamenteux tout au long du parcours du patient.

Ces documents ont été élaborés avec l'aide du groupe de travail ayant élaboré la cartographie des risques ; celui-ci inclut des professionnels de terrain. Un certain nombre de ces documents ont été révisés en 2016.

La gestion documentaire est paramétrée de façon à ce que chaque agent puisse définir la liste de ses « documents qualité favoris ». Une liste des 15 protocoles types a été établie par le département qualité et intégrée systématiquement dans les favoris de tous les agents. La procédure de « maîtrise de la prise en charge médicamenteuse » fait partie de ces 15 protocoles types.

Le livret thérapeutique est intégré au logiciel de prescription. Celui-ci permet également l'ouverture automatique d'une fenêtre d'information contextualisée, c'est à dire que les conseils sont modifiés au fur et à mesure de la prescription des différents médicaments pour un même patient. Ces conseils sont modifiables et paramétrables par les pharmaciens. L'accès à la base documentaire Thériaque est prévu directement à partir du logiciel de prescription.

Le nouveau bâtiment a été conçu de façon à séparer complètement les locaux dédiés aux transmissions des équipes et les parties techniques. Celles-ci sont séparées en plusieurs locaux dont une pièce indépendante dédiée au stockage des armoires de médicaments et au stockage des dispositifs médicaux.

L'unité centralisée de reconstitution des cytostatiques est équipée de 2 isolateurs « en dur » avec 2 sas permettant de maintenir le même niveau de prestation en cas de panne d'un isolateur. La diminution du temps de stérilisation à 15 minutes permet de ne faire entrer dans l'isolateur qu'un « plateau patient » à la fois. Les locaux dédiés à cette activité bénéficient d'un système de traitement d'air en conformité avec les recommandations (conformes à l'ISO8), et sont isolés du reste de la pharmacie. Par ailleurs, l'organisation mise en place permet d'éviter les interruptions. L'envoi des préparations dans le service est fait selon 2 circuits distincts en fonction des produits : le premier par pneumatique directement relié avec le service d'oncologie, et le second, traditionnel, par bacs spécifiques amenés dans le service d'oncologie par les préparateurs. Ce 2ème circuit est dédié aux médicaments susceptibles de produire de la mousse.

Les armoires sécurisées avec accès aux médicaments par empreintes digitales sont en place et opérationnelles dans les services des urgences pédiatriques, des urgences adultes, dans les 3 unités de pédiatrie, en réanimation et à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Ces armoires, connectées au logiciel de prescription médicamenteuse, imposent au personnel de s'identifier, d'indiquer le patient pour lequel il souhaite prendre un médicament puis de désigner le médicament. Par ailleurs, le dispositif de voyant lumineux permet de désigner l'emplacement où se trouve le médicament demandé. Les réfrigérateurs dédiés au stockage des médicaments sont inclus dans le dispositif et disposent du même niveau de sécurisation. La phase suivante de déploiement de ces armoires sécurisées est prévue pour les services d'anesthésie et l'unité de soins intensifs cardiaques. Ces 2 armoires sont actuellement en attente

de mise en service et stockées au niveau de la PUI. La dernière phase du projet, programmée pour 2017, prévoit l'installation de ces armoires pour les situations de « dépannage » en dehors des horaires d'ouverture de la PUI à chaque étage du nouveau bâtiment.

Le système informatique en place permet la réalisation du fonctionnement défini dans la stratégie de l'établissement : ordinateurs, procédures dégradées en cas de panne, plan de reprise si nécessaire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Gonesse a été investiguée dans les services de cardiologie, réanimation, chirurgie générale digestive et urologique, et pédiatrie, en sus des patients traceurs.

Tous les services utilisent la prescription informatisée sauf la réanimation et la psychiatrie. Le traitement personnel est pris en compte à l'admission. Les outils d'aide à la prescription/Livret du médicament s'ouvrent automatiquement et sous forme de « passage obligé ». La connaissance de l'accès à la base de données sur le médicament directement depuis l'outil de prescription est variable d'un médecin à l'autre. Les messages pharmaceutiques, à destination des soignants, qui doivent obligatoirement être validés, participent à l'amélioration de la culture qualité de chacun des acteurs de la prise en charge.

Dans les services de psychiatrie adulte et enfant, le support papier sert à la prescription et à l'administration, il a été établi en concertation avec le RMQPM et les médecins de ces services ; l'utilisation de ces supports répond aux bonnes pratiques professionnelles.

Toutefois, les règles de prescription ne sont pas mises en œuvre dans le service de réanimation/soins continus. Dans ce service, les prescriptions sont faites dans un cahier papier dédié aux observations et aux prescriptions médicales. Les actes de soins infirmiers sont tracés sur un autre support sous forme de tableau de suivi. Ce tableau a été conçu de manière à ce que les infirmières recopient les prescriptions médicamenteuses dans leur tableau de suivi, puis établissent la programmation et tracent l'administration en temps réel.

Lors de la visite, il a été observé :

- l'ajout à la main de plusieurs médicaments dans le tableau, et c'est cette version qui est photocopiée et utilisée comme support pour l'ensemble des patients. Les médicaments « pré remplis » persistent sur la feuille de suivi de l'administration photocopiée sans validation ;

- Un cahier de prescription médicale est utilisé comme outil de programmation et de traçabilité de l'administration par l'équipe soignante. Les personnels rencontrés, médecins et infirmiers, ont précisé que cette nouvelle organisation a été mise en place la semaine précédente.

Suite au bilan journalier, l'institution a redéfini les règles et support de prescription en directoire avec le chef de service de réanimation. Une ampliation de cet engagement, signé par de la direction générale, du président de CME, de la coordinatrice des soins, de 2 chefs de pôle, du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et du chef de service réanimation été remise aux experts visiteurs.

Le nombre d'ordonnances faisant l'objet d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 (Revue des thérapeutiques) actuellement au Centre Hospitalier de Gonesse est de 30 à 35 000 par an. Cette analyse prend en compte le traitement personnel. Pour l'unité de soins intensifs cardiaques, l'analyse pharmaceutique est réalisée à l'entrée des patients. Le projet d'augmentation des analyses pharmaceutiques est couplé au projet de passage de la dispensation globale à la dispensation individuelle nominative.

Les pharmaciens peuvent, par ailleurs, laisser un message pour une ligne de prescription donnée lors de leur analyse d'ordonnance. Le médecin est alors averti par l'apparition d'une icône spécifique sur la ligne de prescription ; la dispensation par la pharmacie à usage intérieur ne peut se faire que lorsque le médecin a indiqué qu'il a pris connaissance de cette information. Ces messages pharmaceutiques peuvent également être envoyés à destination des infirmières en cas de recommandations ou spécifications concernant l'administration des médicaments.

Dans le cadre du projet d'augmentation des lits sous dispensation individuelle et nominative, un robot de stockage des formes orales sèches de médicament a été installé dans les nouveaux locaux de la pharmacie à usage intérieur. Celui-ci est organisé en 2 modules quasi-identiques dans lesquels les formes sèches des médicaments sont disposées « en miroir » avec 2 bras de cueillette indépendants afin de pouvoir faire face à une éventuelle panne. Au moment de la visite, ce robot était connecté avec le logiciel de prescription et programmait automatiquement les médicaments à mettre à disposition en fonction de celles-ci. Par ailleurs, la gestion des stocks et la programmation des commandes et achats sont automatiquement proposées par ce robot.

Un second robot complémentaire a été installé dans les nouveaux locaux et comprend 3 modules. Le

module 1 permet de mettre les médicaments sous forme sèche en emballage individuel, sans « déblisteriser ». En fonction des besoins, les comprimés peuvent être déblisterisés et séqués afin de les emballer individuellement dans un sachet correspondant à une prise. Les sachets indiquent le nom du médicament, la dose, le numéro de lot et la péremption, l'information figure également sous forme de code numérique.

Les modules 2 et 3 du second robot ont pour rôle d'être directement interfacés avec la prescription médicamenteuse et d'élaborer directement et automatiquement les piluliers identifiés au nom du patient à partir des médicaments emballés individuellement préparés par le 1er module. Ces 2 modules n'étaient pas en production lors de la visite ; leur mise en service est programmée pour 2017.

Les médicaments administrés par voie parentérale sont stockés de façon conventionnelle.

Au moment de la visite, 5 services bénéficiaient de la dispensation individuelle nominative préparée manuellement par la pharmacie. Dans les autres services la dispensation des médicaments est sous forme de dispensation globalisée. Les robots de stockage et de découpage des blisters pour conditionnement individuel étaient installés et opérationnels. Du fait du déménagement récent, les robots de cueillette automatisée, connectés au logiciel de prescription médicamenteuse, étaient installés et en phase de validation avant mise en production.

Dans les services investigués, les médicaments sont administrés par les infirmières, les piluliers sont préparés par les IDE la nuit.

Cependant, la concordance entre l'identité du patient et la prescription avant l'administration des médicaments n'est pas systématiquement vérifiée. Dans les services visités de chirurgie viscérale, incluant 3 chambres doubles, et de diabétologie, composé exclusivement de chambres simples, les piluliers sont préparés à l'avance et identifiés exclusivement par le numéro de chambre du patient, avec la mention « porte » ou « fenêtre » pour les chambres doubles.

Au niveau de l'institution, le dispositif autour de la gestion du traitement personnel du patient s'articule autour d'une information à destination des patients incluse dans le livret d'accueil, d'une procédure indiquant les principes de prise en charge et de quarantaine. Ce projet s'articule avec le dispositif prévu pour la conciliation médicamenteuse en phase de projet au niveau du service de diabétologie.

Dans ce service pilote pour le projet ville/hôpital, le tableau de conciliation médicamenteuse est systématiquement inclus dans les courriers de sortie sous la forme d'un tableau. Celui-ci indique les médicaments habituels à domicile avant l'admission, les médicaments prescrits à la sortie et une explication pour chaque modification ou arrêt.

Dans ce service, plusieurs programmes d'éducation thérapeutique des patients autour de leur pathologie sont mis en œuvre (Alimentation, Activité physique, Information sur les insulines & chronothérapie, etc) et utilisent des brochures d'information sur les insulines destinées au patient selon les besoins.

En revanche, dans le service de cardiologie, la traçabilité de l'administration des médicaments n'est pas assurée en temps réel dans le dossier. Dans ce service, les formes sèches de médicaments sont mises à disposition des patients dans des cupules à usage unique, non identifiées, puis tracées dans le dossier de soins informatisé, sans observation de l'administration, et sans ajout de la mention «le patient peut gérer seul son traitement», contrairement à ce qui est prévu dans le protocole de prise en charge médicamenteuse de l'établissement.

Enfin, concernant la traçabilité, la liste des prescripteurs habilités est régulièrement mise à jour, et validée par la directrice de l'établissement une fois par an. Les instances liées à la prise en charge médicamenteuse (le comité du médicament et la commission de retour d'expérience institutionnelle) sont opérationnels. Elles se réunissent périodiquement et donnent lieu à des compte-rendus.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée, outre les éléments délivrés oralement, des plaquettes d'information sont disponibles et remises aux patient en particulier sur l'épilepsie, la polyarthrite, le diabète, la sclérose en plaques, les anticoagulants.

L'organisation de la déclaration des évènements indésirables est déclinée sur le terrain avec retour au déclarant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Gonesse se décline autour de plusieurs dispositifs.

Le fichier d'autoévaluation des risques liés à la prise en charge médicamenteuse proposé par l'ARS d'Ile de France. Cet outil a été utilisé pour évaluer la pharmacie à usage intérieur ainsi que 7 services de soins. Afin d'identifier les nouveaux risques inhérents au déménagement dans les nouveaux locaux, une

nouvelle autoévaluation par cet outil est prévue. Plusieurs indicateurs, en plus des IPAQSS, sont suivis tous les ans : autour de la prescription et du stockage du chlorure de potassium depuis 2014, ainsi sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantables depuis 2012. Par ailleurs, 2 EPP sont actuellement en cours. La première porte sur la conformité de la prescription des carbapénèmes et leur ré-évaluation à 48-72 heures, dont les actions d'amélioration sont en cours de mise en place. La seconde porte sur l'évaluation du traitement du sujet âgé utilisant les critères de Laroche. Les résultats de cette première revue de pertinence ont été présentés aux instances en octobre 2016, et vont faire l'objet d'actions correctrices. Le dispositif de déclaration des événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une analyse systémique régulière entre le RMQPM et le médecin coordonateur de la gestion des risques associés aux soins. Selon les besoins, ils sont analysés au sein de la commission de retour d'expérience institutionnelle de l'établissement. En 2015, 78 événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse ont été déclarés ; 59 l'ont été pour la période de janvier à août 2016. Ces événements font l'objet d'un bilan trimestriel ou quadrimestriel présenté au comité de pilotage des groupes de travail qualité. Les réunions hebdomadaires du RMQPM et du médecin coordonateur de la gestion des risques associés aux soins permettent le suivi régulier de la mise en œuvre du programme d'action institutionnel sur la prise en charge médicamenteuse.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration sont en cours autour de la prise en charge médicamenteuse au Centre Hospitalier de Gonesse.

Celles-ci portent notamment sur :

- l'organisation de la prise en charge avec l'augmentation du nombre de lits en dispensation journalière nominative par la mise en production de l'automate de cueillette par la PUI, ou l'extension de l'outil informatisé de prescription à tous les lits (réanimation et psychiatrie incluse) ;
- les matériels, avec les armoires sécurisées restant à installer dans les 2 derniers services, et le kit de préparation du méthotrexate pour la maternité ;
- la sensibilisation et la mobilisation des agents par des formations sur la déclaration des événements indésirables ou la relance de la campagne « ne pas déranger » pour la préparation de l'administration par les infirmières ;
- les documents mis à disposition avec l'inclusion de la procédure de maîtrise de la prise en charge médicamenteuse dans le « kit » automatiquement inclus dans le profil d'accès à la gestion documentaire institutionnelle de chacun des personnels ;
- la communication, avec la charte de fonctionnement entre l'unité de reconstitution des cytostatiques et le service d'oncologie.

Les actions d'améliorations en cours touchent les nombreux aspects de la prise en charge médicamenteuse à l'exclusion de l'administration au patient. Ces éléments ont été utilisés pour actualiser le compte qualité. Celui-ci a été mis à jour à l'occasion de la venue des experts visiteurs.

La communication sur la prise en charge médicamenteuse utilise plusieurs outils à destination des professionnels et des usagers comme la lettre du comité de retour d'expérience, les affiches dans les salles de soins - « bonnes pratiques pour la sécurité de la prise en charge médicamenteuse » -, les « adages » établis pour illustrer des situations de retour d'expérience et envoyés par mail - « le travail en équipe sauve des vies » -, la participation à la semaine de la sécurité, le livret d'accueil du patient incluant un feuillet explicatif sur le traitement personnel, ou encore les plaquettes d'information sur l'épilepsie, la polyarthrite, le diabète, la sclérose en plaques, les anticoagulants.

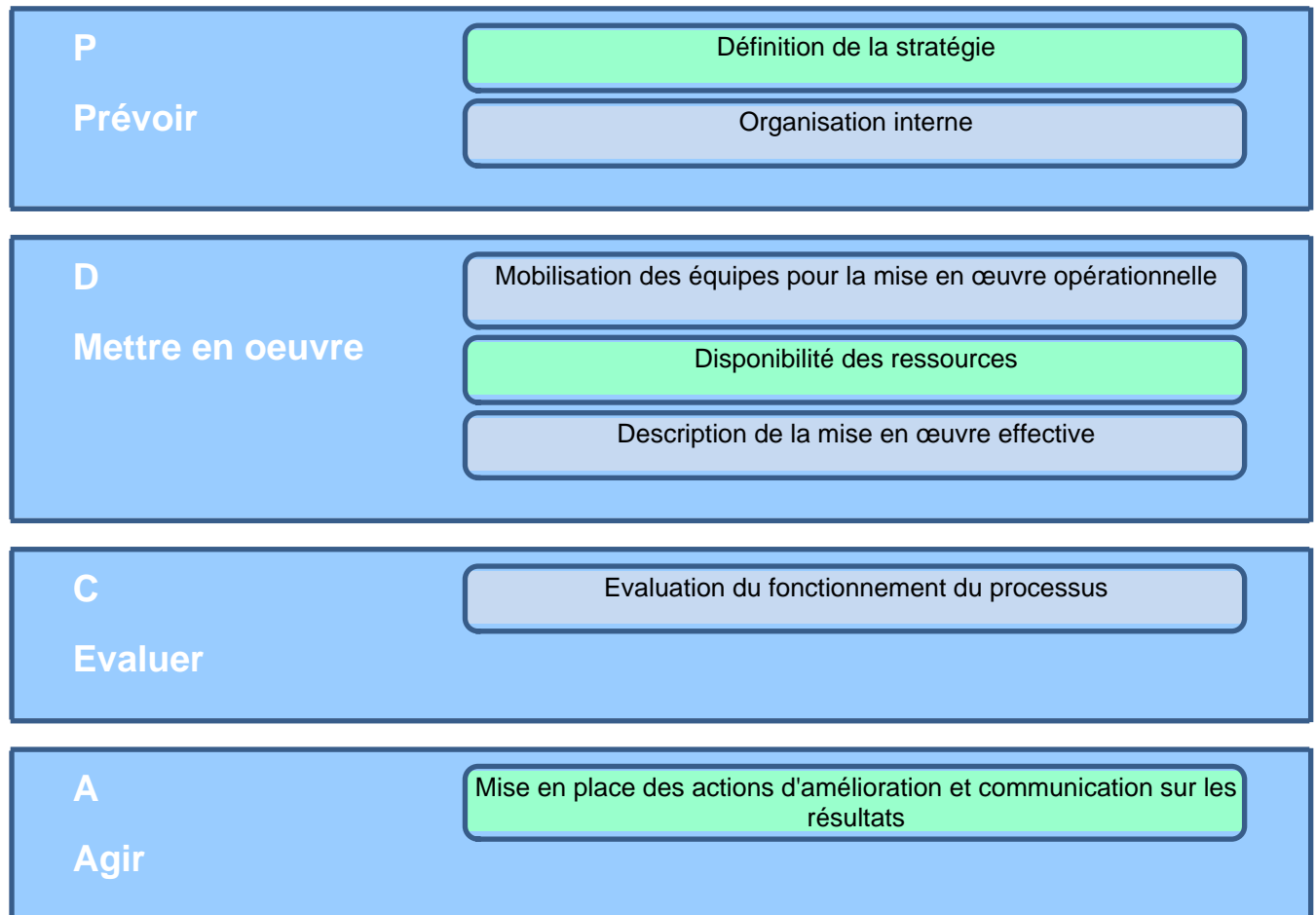
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

Les trois secteurs de prise en charge des urgences au sein du Centre Hospitalier de Gonesse ont été identifiés et ont défini un socle commun pour un pilotage institutionnel partagé, à partir des missions, du contexte en santé publique mais aussi économique et social ainsi que d'une analyse des risques à priori et à postériori globale sur les urgences et les soins non programmés. Ceci s'est construit avec l'ARS via les autorisations délivrées précisant les modalités d'exercices de cette activité. Cette politique est validée par le pôle, puis par la CME et par les instances institutionnelles. Elle est déclinée sous ces six axes prioritaires dans le PAQSS institutionnel. Ces six axes sont :

- Le délai d'attente dû à un manque de précision par rapport à un type d'hospitalisation,
- l'engorgement des urgences,
- l'augmentation du temps d'attente d'un lit d'hospitalisation
- l'agressivité des patients et/ ou de leurs proches,
- le retard dans la prise en charge des patients adultes et enfants,
- le risque NRBC.

Un septième risque a été priorisé dans le compte qualité, il est généré par le déménagement récent dans le nouvel hôpital, qui nécessite des réadaptations, suite à des dysfonctionnements repérés et déclarés par les professionnels ; il s'agit du défaut de surveillance des enfants non accompagnés pour le circuit de chirurgie pédiatrique.

L'analyse des risques et l'identification des besoins est réalisée pour toutes les étapes de la prise en charge des patients au regard des différents circuits de prise en charge et en fonction des degrés d'affluence (plan blanc, bleu, NRBC ou afflux récurrents compris); les plaintes réclamations et les dysfonctionnements recensés par les professionnels sont pris en compte. Des réunions et des staffs permettent une revue de l'ensemble de ces éléments et un réajustement pour améliorer le parcours du patients et la gestion des flux. Les indicateurs de suivis les plus utilisés sont délais d'attente qui sont découpés par section de prise en charge sur le parcours du patient depuis son arrivée dans le hall des urgences jusqu'à sa sortie.

L'équipe qualité est associée à la priorisation de ces risques et au choix des actions à mener ainsi qu'à leur mise en place et évaluation.

Le compte qualité a été élaboré par les professionnels à partir du PAQSS. Les actions prioritaires sont celles que les professionnels ont mis en avant du fait du degré important de gêne ressentie par l'utilisateur et le professionnel (délais d'attente par exemple) ou la gravité générée par le risque

Une stratégie de prévention et gestion des risques est en place. Elle s'appuie sur l'analyse des événements indésirables graves, la déclaration des EI et l'analyse des plaintes et réclamations concernant la régulation et la gestion des urgences par le responsable de la mission.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne est établie par l'institution pour piloter le processus. Une commission des urgences et des soins non programmés est en place depuis six mois, elle a été activée juste avant le déménagement et l'intégration des nouveaux locaux et nouvelles organisations. Elle est composée de neuf membres dont un président, le chef de service de neurologie et deux vice-présidents. Elle implique de manière effective les autres services et l'administration, ses missions incluent la qualité et la gestion des risques. Le chef de service des urgences adulte en est membre. Les rôles et responsabilités de cette instance sont décrits dans une charte de fonctionnement qui reprend les chartes de fonctionnement des urgences adultes, pédiatriques et gynéco-obstétricales.

Le règlement intérieur est en cours de rédaction. Il porte entre autre sur la gestion des hébergés de médecine en chirurgie et sur la gestion des fermetures estivales. Il est à noter que lors de l'intégration des nouveaux locaux, le périmètre des capacités d'hospitalisation a été revu de telle sorte à anticiper les besoins d'aval des urgences, un gros travail a été mené par les équipes des urgences avec un consultant afin d'être le plus efficace possible. Cette mesure a été complétée par la création et l'utilisation d'un thésaurus afin de faciliter et de sécuriser l'organisation de la prise en charge des hébergés. Ce thésaurus est signé par l'ensemble des praticiens qui accueillent des urgences. L'audit PANACEA, en lien avec les recommandations de l'ANAP et de la SHAM, ont mis en évidence les besoins quantitatifs et qualitatifs en ressources humaines notamment en matière de formation pour les IDE en charge de l'accueil et de l'orientation des patients.

Un poste d'aide-soignante ciblé sur le primo accueil a été créé, le profil de poste détaille l'ensemble des missions de ce professionnel.

Un plan de formation médical et paramédical est établi annuellement, il est en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, les objectifs des services. Des formations (gestes d'urgence) sont inscrites au plan de formation pour l'ensemble du personnel. Par ailleurs des formations diplômantes figurent sur ce même document (médecine de catastrophe et DU de traumatologie).

Le plan de formation est suivi et fait partie du PAQSS des trois unités concernées.

Des modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants sont définies et intégrées dans la gestion documentaire propre au pôle.

Les processus définissant les filières de prises en charge (personnes âgées, accidents vasculaires cérébraux, polytraumatisés, prise en charge psychiatriques...), la coordination avec les services médico techniques, l'aval et les modalités de continuité de l'information relative à la prise en charge tout au long du parcours du patient admis en urgence sont formalisés et les logigrammes en cours de validation.

Beaucoup de procédures sont en cours de réécriture du fait de l'obsolescence des précédentes suite au déménagement. La réadaptation de ces procédures se fait avec l'aide de l'ensemble des professionnels concernés et des usagers. Compte tenu du déménagement récent et de l'arrivée du nouveau chef de service, les processus et protocoles sur l'ensemble de cette thématiques sont revus au fil de l'eau et un réajustement est opéré immédiatement sauf difficulté architecturale.

Les ressources en matériel, locaux et circuits, prennent en considération les besoins exprimés, la réglementation et les recommandations des sociétés savantes.

Les différents circuits sont formalisés en prenant en compte les risques travaillés par les services, la qualité et la sécurité du patient ainsi que la maîtrise du risque infectieux. Un double circuit architectural autour des box de prise en charge permet aux différents flux de ne pas se croiser.

Il existe un dispositif adapté d'entretien et de maintenance curative et préventive, celui-ci concerne essentiellement les équipements biomédicaux et le matériel, puisque les locaux sont neufs.

Les besoins en système d'information pris en compte permettent d'assurer la continuité de prise en charge des patients.

Une organisation permet de connaître la disponibilité des lits au sein de l'établissement, une cellule d'ordonnancement se réunit deux fois par jour.

Un bed manager est en cours de mise en place dans le cadre du travail mené par la cellule des mouvements.

Un numéro unique permet de joindre les spécialistes nécessaires aux orientations diagnostiques et de prises en charge des patients.

Il existe des coopérations au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT) que les différents membres sont en train de consolider.

Le système d'information ne permet pas à cette heure l'échange d'information au sein du GHT, qui continue à se faire par fax ou téléphone.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour une prise en charge des urgences la plus efficiente possible en respectant les filières, le degré d'urgence et leur typologie afin d'effectuer une orientation sur les circuits les plus adaptés et assurer la sécurité des patients. Certains risques identifiés et priorisés ont permis l'appropriation de procédures relatives à l'identitovigilance, la gestion des flux, la gestion de la douleur...

Des réunions de service sont organisées. Cela permet le rappel des objectifs prioritaires en terme de gestion des risques retenus et tracés dans le compte qualité concernant le SAU (délai d'attente, gestion de l'agressivité verbale et physique, flux des patients). D'autres risques ayant trait à l'identitovigilance, le circuit du médicament, le respect de la confidentialité, l'organisation de la sortie du patient et son transfert sont rappelés et les outils adaptés à leur gestion présentés ou rappelés. La communication en interne est facilitée, intranet, newsletter et documents affichés permettent de suivre les résultats des audits et des actions en terme de traitement des risques. Les équipes sont sensibilisées sur les objectifs à atteindre et les résultats sont communiqués. Des actions correctives ont été identifiées et mises en œuvre.

Les équipes s'impliquent particulièrement dans la déclaration, l'analyse et le traitement des événements indésirables ainsi qu'au traitement des plaintes et réclamations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et matériel sont disponibles. La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des urgences est opérationnelle. Les effectifs soignants et les compétences sont adaptés

aux besoins du service. Des effectifs spécifiques sont dédiés à la prise en charge des urgences pédiatriques médicales et chirurgicales ainsi que des urgences gynécologiques et obstétricales. Les médecins en poste aux urgences sont aidés de la présence d'internes. L'appel à des avis spécialisés est organisé et possible en interne et en externe : listes de garde en place médicales de spécialistes et de chirurgie, prise en charge des urgences par filière et numéros unique par spécialité.

Une gestion plus efficace des flux de patients qui se présentent pour des pathologies identifiées comme un syndrome coronarien aiguë, ou une urgence cérébrovasculaire par exemple est rendue possible. Les urgences psychiatriques sont gérées par la présence de la psychiatrie de liaison. Un secteur de psychiatrie jouxte les urgences, il bénéficie de la présence d'un psychiatre 24h/24H. Pour la prise en charge de la personne âgée, l'établissement dispose d'une équipe mobile d'évaluation gériatrique. Pour raccourci les délais, une primo admission est effectuée par un agent dès l'arrivée du patient, une orientation rapide sur un circuit spécialisé est effectuée pour les urgences pédiatriques et gynéco obstétricale. Il existe une organisation qui permet la connaissance et l'analyse en disponibilités des lits d'hospitalisation en temps réel. La cellule d'ordonnancement permet de suivre le taux d'occupation du service et d'anticiper les mouvements des patients. L'analyse de ces ressources permet d'anticiper une meilleure gestion des flux. En cas de gestion de situations de violences des procédures sont en place. Une aide médicopsychologique est en poste dans le service des urgences. Les protocoles de gestion de l'environnement d'un patient suspect de maladie à virus EBOLA sont également prévus ainsi que pour les autres risques bactériologiques par exemple.

La structure des urgences dispose d'une grande salle d'accueil, d'espace de soins et d'examen, d'une salle de nébulisations pour les enfants, et d'une salle d'accueil des urgences vitales composée de plusieurs postes, elle comporte les moyens nécessaires à la réanimation immédiate. Deux unités d'hospitalisation de courte durée sont installées pour le secteur adulte et pour le secteur enfant.

La déclinaison du plan blanc est effective tant en terme architectural, qu'en terme de flux et d'organisation soignante.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés. Les temps de travail sont respectés pour l'ensemble des professionnels en conformité avec la réglementation. Des plans d'action sont définis en déclinaison d'un programme d'action au regard des risques identifiés. Un plan d'action propre à la gestion des flux a permis l'organisation en filières spécifiques d'un certain nombre d'urgences pour rendre la prise en charge plus efficiente. Les équipes connaissent des arbres décisionnels de prise en charge qui permettent une homogénéisation des pratiques, comme par exemple dans le cadre de la filière de prise en charge d'un syndrome coronarien aigu. Les filières sont connues et permettent également des prises en charge spécifiques orientées d'emblée par les IAO. Des staffs de service journaliers permettent de suivre les dossiers de prise en charge des patients pris en charge la veille et permettent d'en suivre la pertinence. Des pratiques visant au respect de la confidentialité y compris en UHCD ont été discutées en réunion de service et adoptées par les soignants et les médecins par exemple la mise ne place de la ligne de confidentialité dans la salle d'attente des urgences. Les pratiques d'identito-vigilance sont acquises à l'admission des patients au SAU et dans les filières spécifiques, gynécologiques et pédiatriques. Le relevé des constantes et surveillance sont systématiques en salle IAO et adaptées au type de pathologie. L'amélioration des pratiques d'hygiène a suivi une démarche institutionnelle déclinée au niveau de la prise en charge du service des urgences. Des pratiques ciblées sur la prévention des risques de contamination sont appliquées, gestion des épidémies, isolement des patients et protection du personnel (dépistage des patients à risque, attitude préventive en cas de BMR ou de BHRE ou d'antécédents de séjour en milieu hospitalier à l'étranger). Le plan blanc est connu. Plusieurs exercices de simulation sont effectués en raison de la proximité de l'aéroport Roissy Charles de Gaulle. Des CREX et Rex sont régulièrement organisés en sus des staffs quotidiens. Ils sont pluridisciplinaires et très fréquentés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un plan d'audit interne est en place. Des actions d'EPP concernant la prise en charge de la douleur a permis d'améliorer la pratique, une a été menée sur le port du bracelet d'identification. Des enquêtes de satisfaction propres à l'accueil des urgences sont menées et les résultats diffusés. Des évaluations sur la gestion des risques sont en place et font l'objet d'amélioration, EI déclarés, Nombre de RMM, Retex. En cas d'évènement indésirable grave, un retour d'expérience est diligenté pluri-professionnel et des barrières de protection sont mises en place. L'ensemble du processus est de fait évalué et ces évaluations font l'objet de communication lors des staffs du service, de réunions paramédicales organisées par la cadre du service et font l'objet d'une diffusion que l'on retrouve dans les secteurs de soins. Un audit a été mené sur la prescription et l'administration des médicaments. Des indicateurs suivent le nombre de passage aux urgences, les délais d'attente, les pics d'activité etc . Le traitement des plaintes et des réclamations est systématiquement effectué. Les résultats d'audits, du nombre d'EI, de la pratique des RMM, de CREX sont affichés dans le service. La satisfaction des usagers est également présentée. Les RMM ou l'analyse des EIG se font en collaboration avec les autres acteurs institutionnels et ont donné lieu

à des améliorations de pratique ou à la mise en commun de protocoles. Cette démarche permet de traiter bon nombre de dysfonctionnements relevés entre les différents acteurs et la culture de sécurité est ainsi partagée

A / AGIR

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

Au service des urgences et en UHCD, des actions d'amélioration ont été décidées au vu des risques à traiter. Elles concernent, entre autres, la gestion des flux, la prise en charge de l'agressivité, la mise en place des filières spécifiques. L'évaluation et l'amélioration est permanente, par exemple pour la gestion des flux des patients, suite aux différentes évaluations effectuées depuis l'ouverture du secteur dans le nouveau bâtiment, ceux-ci ont été modifiés deux fois notamment pour les femmes enceintes et les enfants chirurgicaux, réévalués et réorientés.

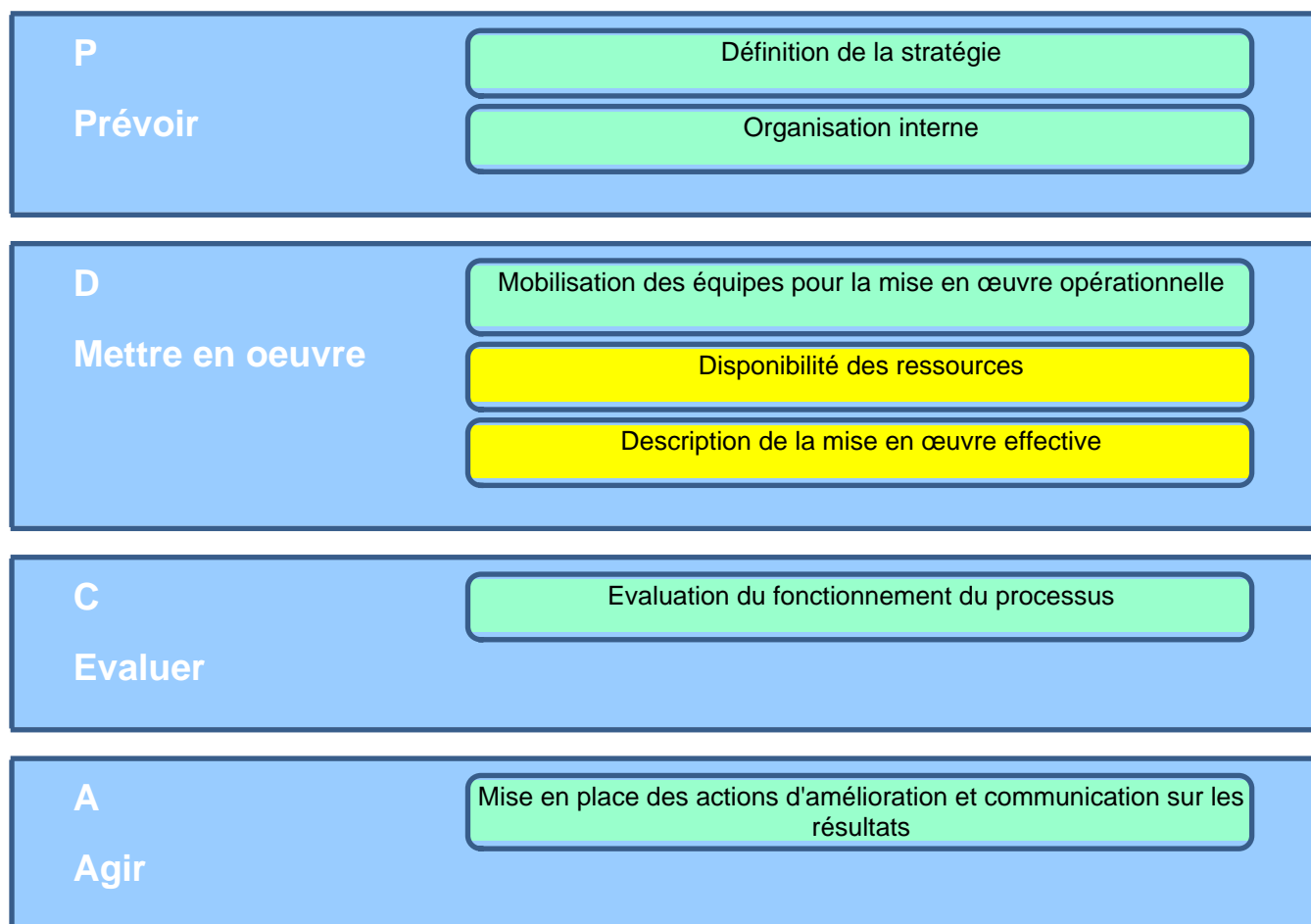
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire du C H GONESSE est composé, sur un unique plateau technique, de huit salles pour l'ensemble de l'activité chirurgicale dont une salle dédiée aux césariennes. Une salle supplémentaire est en cours d'aménagement. Par ailleurs l'établissement totalise 21 postes de SSPI dans une unique unité de lieu. Le bloc opératoire ne comporte pas de zone d'induction anesthésique.

L'activité ambulatoire est réalisée au sein de ces salles. La stratégie de l'établissement prend en compte le bloc opératoire dans le cadre du projet d'établissement 2013 - 2017 approuvé par les instances. Des actions spécifiques y sont colligées:

- optimiser les conditions de travail des praticiens
- créer un centre d'endoscopie pluridisciplinaire
- promouvoir l'ambulatoire dans toutes les activités
- participer à la mise en œuvre de la polyclinique médico-chirurgicale.

Par ailleurs dans les perspectives et objectifs capacitaires de ce même document il est mentionné : "En chirurgie, il s'agit aussi d'atteindre les objectifs d'utilisation des salles (méthode ANAP) et de réaliser la bascule ambulatoire à hauteur des objectifs attendus par l'ARS en global avec pour certains secteurs une prise en charge ambulatoire quasi exclusive."

Cette stratégie tient compte notamment :

- Des évolutions réglementaires
- Des résultats des différentes inspections, recommandations de la Haute Autorité de Santé et du résultat des Évaluations de Pratiques Professionnelles ou autres évaluations internes, des résultats des indicateurs ainsi que des enquêtes sur la satisfaction des usagers.

Le pilotage institutionnel est défini et formalisé dans un document unique commun validé. Une identification des risques sous forme de cartographie de réalisation pluriprofessionnelle a permis de hiérarchiser les risques et de traiter en priorité les risques à criticité élevée. Ce plan d'action vise à la réduction voire suppression des risques ou à l'atténuation de leurs conséquences. Ces risques sont intégrés au PAQSS de l'établissement. Les principaux sont repris dans le Compte Qualité. Suite au déménagement en juin 2016, l'établissement a identifié des risques émergents en octobre 2016. Ils sont traités par le top management et alimentent un compte qualité réactualisé. Ils sont pris en compte et traités sur le mode projet. Ils se rapportent tant aux processus organisationnels (essentiellement) qu'aux processus opérationnels. La communication aux professionnels est organisée et régulière principalement en cette période de déménagement (réunions, newsletter spécifique). Plusieurs réunions ont permis d'associer les acteurs du plateau technique aux évolutions structurelles.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assurée par le Président du Conseil de Bloc et par le médecin coordonnateur du Bloc, pour le pilotage institutionnel, par la cadre supérieure du bloc pour le pilotage opérationnel et la déclinaison de l'organisation de l'activité. Ils sont reconnus et leurs rôles et missions sont présentés dans la charte du bloc validée en novembre 2016. L'organisation définie permet la mise à disposition, en temps utile des ressources nécessaire. La charte du bloc opératoire décrit ces organisations, circuits, responsabilités, missions et la régulation de ce nouveau plateau technique. Le conseil du plateau technique opératoire a pour mission:

- D'optimiser la prise en charge globale du patient, la logistique péri opératoire et l'organisation du travail.
- De mettre en place une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains, matériels et de la réglementation.
- De répartir les plages opératoires en fonction des activités mais aussi des moyens humains et matériels.
- De décliner les actions conformément au contrat d'objectifs et de moyens, au projet d'amélioration de la qualité et à la procédure de certification de l'établissement.

La cellule opérationnelle a pour mission:

- D'établir la programmation opératoire en tenant compte des contraintes liées aux effectifs des personnels, à la durée des interventions, à la disponibilité du matériel, au niveau septique, etc.

- De rédiger le document comprenant tous les éléments nécessaires à la réalisation du programme (noms des patients, des opérateurs, des anesthésistes).

- D'observer les modalités d'intégration des urgences dans la programmation.

Le planning opératoire validé, est communiqué aux secteurs concernés de manière dématérialisée. La cellule opérationnelle évalue la réalisation de l'activité au regard de la planification prévisionnelle et rédige des fiches d'événements indésirables qui seront traitées

ultérieurement lors des réunions du conseil des blocs. Un médecin coordonnateur assure l'organisation de la cellule opérationnelle alors que le cadre du bloc opératoire assure la régulation de l'activité en tenant compte des ressources humaines et matérielles.

Les ressources en personnel sont définies, en matière de praticiens (anesthésistes et chirurgiens), et en matière de personnel paramédical (IADE, IBODE, IBO). Une bourse à l'emploi permet de solliciter le recrutement de l'ensemble des personnels paramédicaux de l'établissement. Elle est complétée par un recrutement externe si nécessaire. L'établissement ne recourt ni à l'intérim, ni aux vacataires. Le plan de formation comporte des formations diplômantes (IBODE, IADE).

Le manuel qualité (charte du bloc opératoire) est validé et connu. Les ressources documentaires organisationnelles sont en cours de réactualisation suite au déménagement du bloc opératoire.

Les modes opératoires, procédures de prise en charge, fiches techniques sont disponibles et actualisés en fonction des attentes de praticiens. Ils sont validés par les différents praticiens. Une démarche qualité documentée et en cours d'actualisation assure la sécurité de la prise en soins du patient. Elle contribue au développement d'une culture qualité. Elle est articulée avec le Département qualité gestion des risques en charge de la gestion du PAQSS de l'établissement.

Les ressources matérielles sont définies. Leur optimisation a été réalisée au regard du déménagement de l'établissement. Un plan de maintenance (curative et préventive) est en place sous la responsabilité des biomédicaux, regroupé dans une GMAO. Les achats nécessaires sont arbitrés au niveau de l'établissement par la commission du matériel. Les interface service- bloc opératoire, bloc -SSPI, SSPI - services, bloc - biomédicaux, bloc- stérilisation, SAU UCA (pour les urgences différées) et bloc - radiologie sont traitées chacune avec un support propre (papier ou dématérialisé sur de logiciels métiers). Les interfaces concourent à une articulation des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

L'organisation interne en place permet en temps utile, la mise à disposition de l'ensemble des compétences et ressources nécessaires, y compris pour la radioprotection. Une dosimétrie active et passive est disponible pour l'ensemble des intervenants au bloc opératoire.

Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier. Les anesthésistes ont à disposition deux logiciels différents l'un pour la prescription pré-opératoire l'autre pour le post anesthésie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel défini et arrêté est décliné dans le secteur opératoire. Il représente le programme sectoriel. Les risques et besoins sont pris en compte spécifiquement et traités par les professionnels concernés. Les professionnels sont informés régulièrement par la cadre de bloc, suite aux réunions du Conseil ou de la cellule. Par ailleurs la chef de bloc passe régulièrement sur le terrain, dans les blocs et salles pour rencontrer praticiens et paramédicaux. Les informations utiles sont régulièrement dispensées. Les professionnels sont sensibilisés sur les risques propres de leurs activités. L'exploitation des résultats des observations réalisées par l'encadrement sur les pratiques contribuent à une sensibilisation régulière des professionnels. L'analyse des événements indésirables en est partie prenante.

Le recueil des événements indésirables est sollicité. Les déclarations des événements indésirables, selon la définition HAS sont transférées aux cadres coordonnateurs du bloc opératoire, puis analysés le conseil de bloc qui peut organiser une Réunion de Morbidité Mortalité (RMM) avec la participation du bloc opératoire et de tous les acteurs impliqués. Les débats et analyses qui en découlent sont contributifs à la mobilisation des professionnels qui participent et, à tous, par les retours d'expérience. L'évaluation des activités et compétences des professionnels est réalisée:

- par les entretiens annuels d'évaluation structurés

- par la diffusion des résultats d'audits réalisés dans le secteur
- par l'évaluation des acquis en tutorat pour les nouveaux arrivants
- par le suivi des acquis progressifs (conventionnel, interventionnel).

Ces évaluations permettent d'identifier des nécessités de compétences nouvelles à acquérir ou servent à définir des actions d'amélioration dans les pratiques, le fonctionnement ou le système documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux opératoires bénéficient de contrôles de pression d'air (ISO-5 et ISO -7 selon les spécialités). Toutes les ressources définies dans l'organisation sont disponibles en temps utile. Les ressources quotidiennes en personnel de garde sont: un chirurgien viscéral de garde sur place, un chirurgien traumatologue présent jusqu'à 24h puis en astreinte, un gynéco- obstétricien sur place, deux médecins anesthésistes réanimateurs sur place ,2 IBO/IBODE, 2 IADE, 1 IDE en SSPI, et 1AS ainsi qu'un brancardier. Les IBODE/ IBO sont au nombre de 19,6 ETP auxquels il faut ajouter deux retours de l'école d'IBODE prochains pour 22 ETP définis. Les IADE sont au nombre de 20,4 ETP auxquels il faut ajouter deux retours prochains de l'école d'IADE pour 21,1 ETP définis. Un IADE est quotidiennement libéré pour assurer la prise en charge éventuelle d'une césarienne urgente. Les personnels rencontrés avaient bénéficié outre les formations transversales de formations spécifiques. Les IDE intervenant en SSPI bénéficient d'une formation spécifique (tutorat ou acquisition de connaissance autre). La gestion du matériel est revue et a fait l'objet de mise à jour de la composition des boîtes d'instrumentation au fil de l'eau en fonction des besoins (arrivée de nouveaux praticiens, définition de nouvelles activités opératoires, déménagement des blocs opératoires).

Les ressources documentaires actualisées sont disponibles:

- fiches descriptives des interventions
- fiches matériels,

en sus des ressources documentaires transversales.

L'ensemble de ces ressources est accessible en permanence et mobilisable par les professionnels en format dématérialisé ou papier.

Une maintenance préventive est en place et suivi par GMAO. Un plan de maintenance et de suivi est en place accessible. En cas de besoin une maintenance curative est possible sur le champ en interne dans les délais les plus courts en externe. Le matériel nécessaire aux mesures de radioprotection est disponible dans le service (dosimètres actifs et passifs, tabliers de plomb, cache thyroïde...).

Les logiciels "d'amont" du bloc opératoire, du bloc opératoire et de SSPI sont opérationnels. Une procédure dégradée par métiers est en place ainsi qu'une procédure de reprise des données.

La déclinaison de la démarche qualité au bloc opératoire ne prend pas en compte l'ensemble des dimensions en particulier la gestion des matériels et des documents. La traçabilité de la vérification du chariot d'urgence de la SSPI n'est pas retrouvée depuis un mois.

La traçabilité de l'entretien des appareils de radiologie, des tabliers de protection n'est pas retrouvée. Les couloirs du bloc opératoire sont encombrés par des stockages de matériels orthopédiques, support de jambe et autre. Alors que des zones sont dévolues au décartonnage, l'arsenal de la SSPI renferme des cartons de matériel et...un carton d'imprimés.

Des contraintes architecturales obèrent la démarche qualité :

- dans les couloirs du bloc opératoire, outre les stockages de matériels sont retrouvés des stockages de textiles (draps et alaises permettant le couvrir des brancards, des appuis divers dont certains avec bandes de protection donc pas accessibles à la désinfection);

- les portes des blocs opératoire s'ouvrent directement dans le couloir sans zone intermédiaire;

- les postes d'hygiène des mains, à l'entrée des blocs opératoires sont directement dans les couloirs sans isolement particulier, et à proximité des matériels stockés;

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques d'identitévigilance. Les patients sont porteurs d'un bracelet et une vérification de leur identité est réalisée par les professionnels à chaque étape de la prise en charge dans leur chambre. Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques de tenue au bloc opératoire. Toutefois, le traitement du matériel est réalisé par du personnel habilité, formé qui ne respecte pas les consignes de sécurité (pas de port de lunette de protection lors du traitement des canaux du matériel).

Toutes les étapes opératoires et anesthésiques sont tracées dans un logiciel qui permet d'éditer un

rapport d'intervention dans lequel sont identifiés également les dispositifs médicaux implantables le cas échéant, les médicaments. Des documents dématérialisés de traçabilité mis en place sont renseignés par les professionnels concernés lors de l'ouverture des salles d'opération, de la salle de surveillance post interventionnelle. Les check-lists "ouverture de salle" anesthésiste sont opérationnelles comportant le nom de l'IADE et du MAR.

Néanmoins la validation informatique de l'ouverture des postes de la salle d'anesthésie est globale (exemple une case respirateur pour 21 places de sorte qu'une non validation identifiée par une puce rouge est suivie d'un commentaire indiquant un dysfonctionnement mais ne permet pas de s'assurer que les 20 autres postes sont opérationnels).

La Check-List sécurité est mise en place pour toute intervention et sa mise en place contrôlée. Elle comporte deux ou trois signatures comme l'ont prouvé les parcours patient et l'AP. La traçabilité des opérations de bio nettoyage entre les interventions et en fin de journée opératoire est réalisée.

Le stockage des boîtes de matériel est réalisé dans des locaux dédiés. Le stockage des DMI est assuré dans un local commun à l'ensemble des salles d'opération. Les implants sont stockés dans un local dédié. Les médicaments sont stockés dans les conditions requises par leur mode de conservation en particulier dans un réfrigérateur avec enregistrement de température pour les thermo-sensibles.

Les professionnels signalent les événements indésirables. Ils participent aux analyses de ces derniers s'ils sont concernés ou impliqués.

Les pratiques professionnelles reposent sur des procédures actualisées validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, tenue des professionnels, hygiène, respect du patient, dimension équipe...). La dosimétrie est opérationnelle pour les professionnels médicaux et paramédicaux. Les professionnels déclarent les événements indésirables. Un retour est fait à l'encadrement qui réalise ainsi des informations en réunion. Les événements indésirables "bloc opératoire" (4 à 5) par semaine sont analysés soit initient des RMM. Les professionnels sont associés aux actions d'amélioration par consultation de leur déclaration.

La traçabilité des DMI est assurée dans le dossier patient sur la feuille d'écologie. L'échange d'informations entre les services et le bloc opératoire se fait selon l'organisation définie, le retour d'information SSPI - service est informatisé au travers de la feuille d'anesthésie.

Toutefois la démarche qualité du bloc opératoire n'est pas régulièrement déclinée par les acteurs:

- un étudiant IADE se trouve dans un bloc opératoire, sans porter de dosimètre (appareil radioscopique en place).
- le respect de l'intimité et de la confidentialité n'est pas assuré en SSPI. La SSPI est munie de rideaux séparateurs entre les 21 places. Ils ne sont pas tirés régulièrement. Les patients sont installés proches les uns des autres ce qui obère la confidentialité alors que les patients sont plus ou moins endormis (anesthésies loco régionales). Le personnel échange à voix haute sans précaution particulière. Lors de la visite de la SSPI un enfant était installé entre les adultes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation quantitatif (événements indésirables, activité), est en place manuellement et génère les indicateurs utiles au pilotage. Une structuration de tableau de bord est effective pour ces indicateurs. Le processus est évalué au jour le jour pour certaines activités ou régulièrement pour les autres essentiellement au regard des conséquences du déménagement. Les risques émergents sont identifiés et analysés par le top management. Un risque émerge suite au déménagement "risque professionnel lié à la manipulation de matériel entre la stérilisation et le bloc opératoire vient d'être identifié; une solution palliative est définie et une solution définitive envisagée. Le risque est donc traité en mode "suppression". Toutefois, l'évaluation du fonctionnement du bloc opératoire n'inclut pas actuellement les indicateurs qualitatifs. L'établissement débute un accompagnement avec un consultant externe pour mettre en place les indicateurs qualitatifs et les indicateurs de performance. Ces indicateurs ne sont pas opérationnels au jour de la visite. Il est prévu de mettre en place le suivi des taux d'occupation des blocs opératoires (TROS / TVO), taux de débordement des blocs opératoires, les taux de déprogrammation, les mesures de durée moyenne intervention par opérateur...

A / AGIR

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

Des RMM sont en cours en gynécologie-obstétrique, en chirurgie plastique maxillo faciale et stomatologie, en anesthésie, en orthopédie traumatologie, en chirurgie viscérale bariatrique. Elles permettent la mise en place d'actions d'amélioration. Des CREX de spécialités sont organisés si nécessaire. Des actions d'amélioration sont définies et mises en place: exemples pour améliorer le flux de patients mise en place d'une planification dématérialisée et accessible à tous les services à J-1, utilisation d'armoire sécurisée pour stocker les médicaments.... L'individualisation récente d'un médecin en SSPI participe à la sécurisation des réveils. Chaque action récemment définie comporte ses propres indicateurs d'évaluation. Des actions d'amélioration (réorganisation dans les nouveaux locaux essentiellement) récentes sont traitées directement entre le "top management" et le département qualité gestion des risques pour accélérer leur déploiement. La communication auprès des acteurs est réalisée par la newsletter, les réunions ou les sollicitations des différents acteurs dans l'évaluation de leur activité.

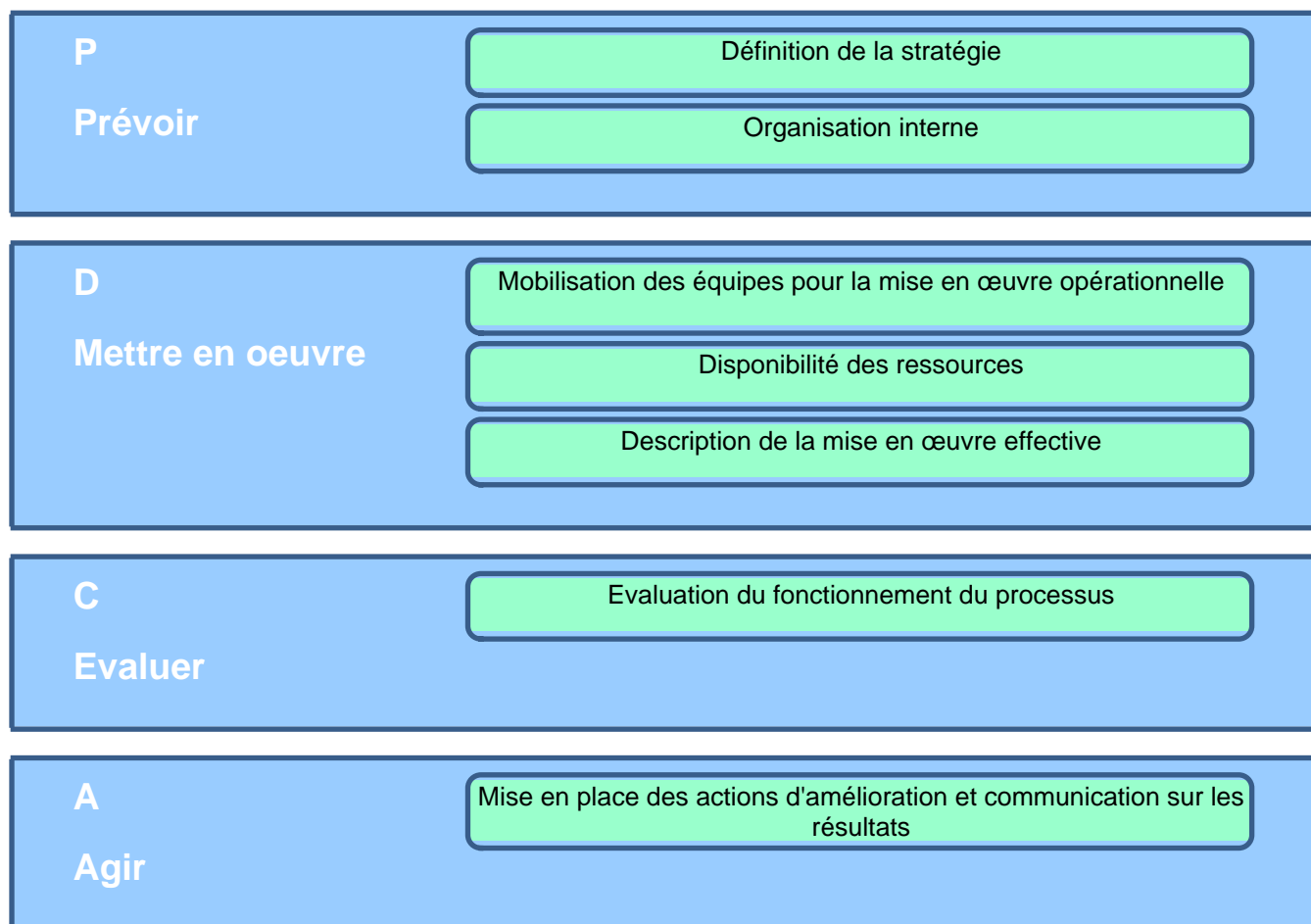
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

Dans son projet d'établissement 2013-2017, approuvé par les instances, le CH GONESSE prend en compte l'imagerie interventionnelle dans le paragraphe consacré à l'imagerie:

- Développer l'activité de radiologie interventionnelle (en orthopédie, rhumatologie, cardiologie, etc.).

L'activité d'imagerie interventionnelle se déroule sur deux sites:

- la cardiologie interventionnelle est située proche du service de cardiologie et de l'USIC. Elle se déroule dans une salle d'examen, trois places de SSPI et une salle de contrôle annexe. Dans ces locaux sont réalisés des angioplasties et des coronarographies.

- la radiologie interventionnelle comporte 3 salles de radiologie conventionnelle, deux scanners, une IRM, une salle d'échographie. Dans cette unité sont réalisées des arthrographies et des ponctions.

Un pilotage institutionnel propre est défini pour les deux spécialités.

Des conventions sont passées avec des établissements voisins, de sorte que le CH GONESSE réponde au mieux à la demande du territoire.

En cardiologie les orientations stratégiques tiennent compte des attentes de l'ARS, des recommandations des sociétés savantes, des attentes du territoire de santé. Elles ont été arrêtées et soutenues par l'ensemble des personnels. En radiologie interventionnelle les recommandations de l'ASN, les attentes des usagers, les événements indésirables ont été à l'origine de la définition des orientations stratégiques.

L'ensemble des acteurs (des deux secteurs séparément) a analysé ses risques à travers un audit de processus organisé selon la logique du parcours du patient. Par ailleurs chaque unité a réalisé, en collaboration avec le département qualité, une cartographie des risques complétant ce travail (identification des risques a priori). Les risques propres à chaque type de prise en charge ont été hiérarchisés selon une évaluation fréquence gravité (échelles HAS). Ils sont traités en fonction de leur criticité et de leur récurrence. Les risques principaux sont repris dans le compte qualité. Ils sont articulés avec le PAQSS de l'établissement.

Suite à ces travaux, un programme d'actions d'amélioration a été arrêté. Certaines actions sont mises en place, organisées sur le mode projet, d'autres sont programmées.

Les risques transversaux : vigilance radioprotection, risque infectieux sont pris en charge transversalement chacun par une équipe spécifique. Le risque vigilance radioprotection est travaillé en collaboration avec 5 autres établissements (ingénieur électrophysicien commun). Les actions d'amélioration identifiées en particulier en matière de radioprotection sont validées par le CTE et le CHSCT.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge en imagerie interventionnelle est assuré par deux binômes différents (un par spécialité) médecin cadre : un médecin pour le pilotage institutionnel, et la cadre pour la partie opérationnelle. Le binôme cardiologie et le binôme radiologie travaillent chacun sur leur secteur. Les ressources radioprotection, hygiène sont transversales et communes aux deux organisations. Les missions des pilotes sont connues des équipes et leur fonction est institutionnellement reconnue.

Une organisation propre à chaque secteur est définie. Le circuit de la radiologie est organisé autour d'une prise de rendez vous et d'une programmation à partir des secrétariats (après validation des indications des examens par les médecins radiologues). L'organisation, les missions, les circuits de radiologie interventionnelle sont décrits dans une charte de fonctionnement.

La programmation en cardiologie interventionnelle est organisée selon les plages attribuées aux praticiens. La programmation est ensuite validée ou réajustée par les cadres de secteur. Les rôles et responsabilités des professionnels de sont définis dans un "projet de fonctionnement de la cardiologie interventionnelle" datant de 2012 et validé. Ce document est en cours de réécriture sous forme d'un règlement intérieur prenant en compte le contexte du déménagement.

Les ressources en personnel sont définies pour les deux secteurs (Médecin et 2 ou 3 IDE en cardiologie) , médecin et manipulateurs en radiologie. En cardiologie elles prennent en compte l'augmentation

régulière de l'activité depuis quelques années. Des formations sont identifiées institutionnellement : en cardiologie (deux demandes de DU cardiologie interventionnelle pour des IDE en cours d'instruction), en imagerie un DU d'échographie d'acquisition au plan de formation 2015. Les ressources nécessaires à la radioprotection sont définies, identifiées et formées.

Les ressources documentaires sont définies. Elles sont pour la plupart en cours de réécriture. Néanmoins l'établissement a décidé de les faire figurer dans la base documentaire sous forme de documents en cours de réécriture ou en cours de validation afin de les proposer aux personnels. Les ressources matérielles sont définies. En radiologie l'établissement a fait le choix d'acquisition d'appareillages au regard de son déménagement. La maintenance est définie pour chaque appareil. La formation à l'utilisation de chaque appareil est définie. En cardiologie l'appareillage datant de 2007 a été "up gradé" à deux reprises pour prendre en compte les irradiations patient et personnels.

L'irradiation est suivie par dosimétrie active et passive. Les praticiens sont dotés de dosimétrie par bague lors des actes interventionnels.

Les locaux sont récents et adaptés au fonctionnement des deux secteurs.

Les ressources informatiques sont définies. En particulier les logiciels métiers utiles à la réalisation et au suivi des actes sont identifiés. Ils coexistent à côté des logiciels d'établissement. Les logiciels métiers sont choisis en fonction de leur pertinence (en particulier calcul de doses automatisé, implémentation dans les CR de radio interventionnelle...).

Par ailleurs l'ensemble des documents papiers arrivant au service de radiologie (demandes d'examen, ordonnances extérieures de prescription.) est numérisé et inclus dans le dossier.

L'organisation des prises de rendez vous est en place :

- en radiologie elle est gérée par les secrétariats après validation de indication d'examen par les radiologues,
- en cardiologie elle est structurée à partir de plages opératoires des praticiens et éventuellement modifiée ou ajustée par les cadres.

L'organisation permet, dans les deux secteurs, la mise à disposition des ressources nécessaires en temps utile. Les interfaces services médico-techniques - services d'hospitalisations sont organisées et il est prévu un mode de gestion des dysfonctionnements éventuels selon leur gravité ou répercussion. Les interfaces avec l'organisation de la maintenance institutionnelle (GMAO) et les fournisseurs sont définies.

La démarche qualité (audit de processus et documents annexes) affichée dans chaque secteur facilite la prise en charge des patients en terme de sécurité et permet le développement d'une culture qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes se fait autour des axes stratégiques définis par l'établissement. Les principaux pilotes travaillent au sein des unités respectives et relaient la stratégie institutionnelle. Le programme institutionnel défini et arrêté est décliné dans les deux secteurs il représente le programme sectoriel. En cardiologie interventionnelle les personnels se sont mobilisés pour maintenir une activité menacée. Ils sont par ce fait totalement associés aux objectifs institutionnels. Les résultats d'activité sont mensuellement affichés dans les locaux techniques de la cardiologie interventionnelle. Ils sont commentés en réunion de service. Par ailleurs ils sont partagés avec les services d'USIC et de cardiologie. En radiologie les activités font l'objet d'un suivi régulier essentiellement sur le plan quantitatif et sont partagés en équipe. Les professionnels sont associés aux risques propres de leur service puisque les audits de processus sont affichés en radiologie et en cardiologie interventionnelles. Ils partagent le choix des risques dans la mesure où ils ont été partie prenante dans leur identification et leur hiérarchisation. L'affichage de l'audit de processus travaillé en équipe et les documents annexes participent à la mobilisation des professionnels et à leur fédération autour d'une démarche qualité voire au développement d'une culture qualité partagée. Les professionnels bénéficient d'évaluations périodiques de compétences au minimum une fois par an. Les nouveaux professionnels sont évalués dans leurs activités et leurs compétences régulièrement (à chaque renouvellement de contrat: mensuellement puis trimestriellement). Ces évaluations permettent d'identifier les nécessités de compétences nouvelles à acquérir ou servent à définir des actions d'amélioration dans les pratiques, le fonctionnement ou le système documentaire. Le recueil des événements indésirables est organisé. Les débats et analyses qui en découlent sont contributifs à la mobilisation des professionnels qui participent et, à tous, par les retours d'expérience.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Toutes les ressources définies dans l'organisation sont disponibles en temps utile. Les ressources en personnel sont disponibles et adaptées à l'activité. En cardiologie les personnels sont susceptibles de travailler en secteur interventionnel ou en USIC. Les personnels bénéficient d'actions de formation régulières soit à travers des formations diplômantes soit à travers de leur participation aux congrès thématiques pour les activités interventionnelles et pour les activités de surveillance continue. Toutefois les personnels amenés à surveiller les patients en cardiologie interventionnelle ne sont pas formés à cette surveillance. La SSPI de cardiologie interventionnelle comporte 3 places. Elle accueille des patients perfusés ayant bénéficié d'interventions sous anesthésie locale et/ou sous sédations. Les IDE du secteur interventionnel de cardiologie assurent la surveillance des patients en SSPI en même temps que les interventions de cardiologie. Ils ne bénéficient pas de formation spécifique à la surveillance en SSPI. La SSPI de cardiologie est placée sous l'autorité des cardiologues. Il n'est pas prévu de permanence de médecins anesthésistes. Il existe une procédure d'appel d'un réanimateur en cas de problème. En radiologie les personnels ont bénéficié de formations à l'utilisation des nouveaux appareils (IRM, Scanner, échographe). Les protocoles et modes opératoires sont disponibles soit en version papier soit sur la GED de l'établissement pour les deux secteurs.

Les ressources en matériel définies sont disponibles. Les locaux sont récents. Leur entretien pour la radio interventionnelle est sous-traitée pour les sols et les murs à une société extérieure. Une traçabilité des interventions est en place. Pour les tables de radiologie, les fauteuils, les manipulateurs d'électroradiologie assurent le bionettoyage selon les protocoles définis. Une traçabilité est réalisée matin et soir.

En secteur de cardiologie l'entretien est totalement assuré par les personnels de l'établissement. Les IDE assurent l'entretien de la table et des surfaces hors sol et murs. Un ingénieur électrophysicien assure la radiovigilance. Le matériel nécessaire aux mesures de radioprotection est disponible dans les services (dosimètres actifs et passifs, tabliers de plomb, cache thyroïde...). L'EOH intervient en ressource dans les deux secteurs. La gestion du matériel est suivie (maintenance préventive et curative). Le matériel récent bénéficie de contrats de maintenance et son acquisition est assortie de contrats de formation des personnels à l'utilisation. Les ressources documentaires actualisées sont disponibles:

- fiches descriptives des actes/interventions
- fiches matériel,

en sus des ressources documentaires transversales. L'ensemble de ces ressources est accessible en permanence et mobilisable par les professionnels en format papier ou dématérialisé. Les logiciels métiers sont opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques d'identitovigilance. Les patients hospitalisés sont porteurs d'un bracelet et une vérification de leur identité est réalisée par les professionnels à chaque étape de la prise en charge. Pour les patients externes une vérification est réalisée selon deux critères stricts d'identité et comparaison à une pièce d'identité officielle. Les pratiques professionnelles reposent sur des procédures actualisées validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les professionnels des deux secteurs mobilisent les documents relatifs à leur pratique comme nous l'ont démontré les rencontres lors de l'AP. Des documents de traçabilité mis en place sont renseignés par les professionnels concernés lors de l'ouverture des salles de cardiologie. Toutefois la traçabilité n'est pas régulièrement opérationnelle. En effet dans ce service de cardiologie interventionnelle la check-list d'entretien de la salle interventionnelle n'est pas régulièrement implémentée. De plus l'implémentation de cette check-list est réalisée de manière non réglementaire: validation de l'ensemble des items par des traits verticaux ou des cerclages globaux sans réponse individuelle à chacun des items.

Le nettoyage de salle en radiologie, du matériel est réalisée matin et soir. La traçabilité de l'entretien des locaux est effective.

Le recueil des événements indésirables est effectif. Ils sont le plus souvent traités au sein de l'équipe (cardiologie et radiologie).

La traçabilité des DMI est double en cardiologie : soit à partir d'un dossier (CR examen) soit à partir d'un logiciel spécifique de la pharmacie qui à chaque "stent" attribue un patient. Le service de radiologie n'utilise que des DM (aiguilles de ponction) et n'implante pas de matériel ce qui explique l'absence de traçabilité des DM.

Les comptes rendus d'examen sont implémentés des doses d'irradiation pour chaque patient et des produits de contraste utilisés (radiologie et cardiologie).

Les dosimètres sont portés dans les deux secteurs ainsi que les protections disponibles. L'échange d'informations entre les services interventionnels et les services cliniques est effectif sur un support papier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les événements indésirables donnent lieu, en radio interventionnelle à des réunions d'analyse avec retour d'expérience. Des indicateurs quantitatifs, d'activité essentiellement sont définis dans les deux secteurs. Le service de cardiologie interventionnelle suit les indicateurs IPAQSS infarctus du myocarde. Des indicateurs de résultats et de indicateurs qualitatifs de radioprotection (événements significatifs de radio protection) sont suivis (aucun l'année dernière). Ils donnent lieu à des analyses. Les événements indésirables identifiés sont traités soit en interne soit en collaboration avec le département qualité gestion des risques lorsqu'ils font l'objet d'une déclaration.

Une évaluation est organisée en collaboration avec les établissements partageant la ressource de radiovigilance (électrophysicien).

Les risques identifiés dans le compte qualité sont traités afin d'aboutir à des actions de maîtrise (réduction, suppression, atténuation des conséquences). Le dispositif d'évaluation de la radiovigilance est structuré. Néanmoins le dispositif d'évaluation n'est pas exhaustif. L'établissement ne dispose pas d'indicateurs d'occupation de salles, de déprogrammation, d'efficience.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies. Les actions d'amélioration identifiées dans le cadre du compte qualité sont abouties ou suivies.

En radioprotection un benchmarking est en place avec les établissements partageant la même ressource. Le secteur de cardiologie a réalisé une RMM suite à un événement indésirable. Les mesures réalisées en cardiologie interventionnelles ont permis une adaptation du tube afin d'optimiser l'indicateur "dose" avec une diminution des "pulse seconde" en scopie et en graphie . Le service de radiologie a mis en place des consultations pré-examens pour permettre l'optimisation des installations des patients.

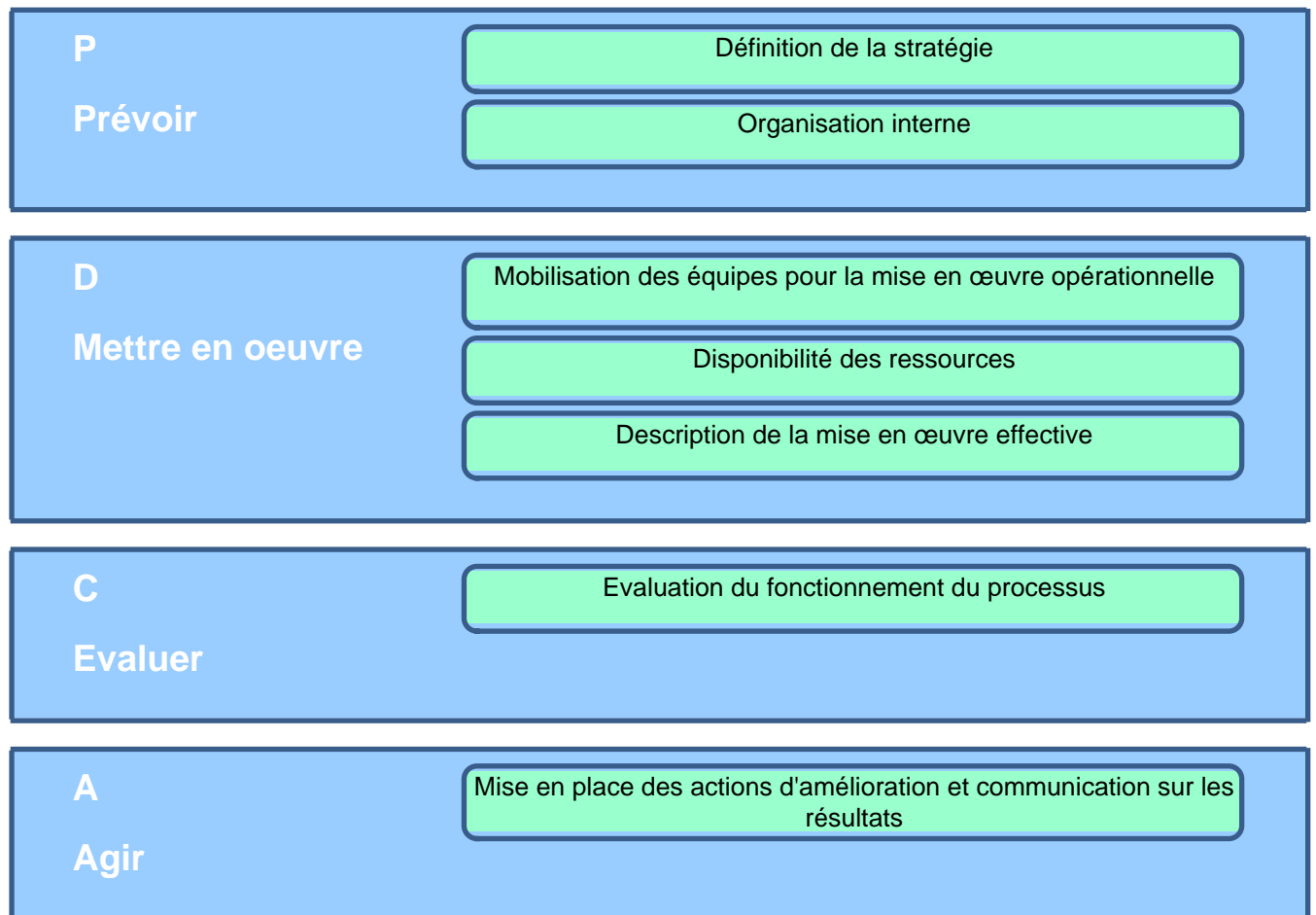
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Au Centre Hospitalier de Gonesse, l'activité d'endoscopie couvre les spécialités de gastro-entérologie, de pneumologie, de réanimation et SMUR, l'urologie, l'ORL, la gynécologie, et la cardiologie (sonde d'échographie endo-cavitaire). Les actes en urologie, gynécologie et les coloscopies sont pratiqués exclusivement au bloc opératoire. L'activité générant le plus d'actes est l'endoscopie digestive (environ 2 200 actes par an dont 500 à 600 sous anesthésie générale). La stratégie de l'établissement est basée sur la création d'un centre de dépistage et d'endoscopie pluridisciplinaire et est intégrée au projet architectural de reconstruction du bâtiment. Elle a été basée sur le constat que les locaux étaient non adaptés à cette activité, et sur la volonté de rapprochement géographique du bloc opératoire, de l'unité de chirurgie ambulatoire, et du plateau technique de dépistage pour les patients externes. L'établissement a pour objectif principal la centralisation de l'activité de désinfection des endoscopes au niveau du plateau technique de dépistage et un ré-équipement matériel de ce lieu de désinfection. Une cartographie des risques a été établie par un groupe de travail incluant la direction des soins, l'équipe d'ambulatoire, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le département qualité, et les membres de l'équipe du plateau technique de dépistage - médicaux et paramédicaux (AS et IDE). Ces risques ont été caractérisés et priorisés par ce même groupe de travail. Les risques retenus ont été intégrés dans le compte qualité et ont fait l'objet d'un plan d'action traité en mode projet. Ce plan d'action a fait l'objet d'une validation par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) de l'établissement. Ces éléments sont intégrés au compte qualité de l'établissement, et ont été inclus dans le programme d'amélioration de la qualité de la sécurité et des soins (PAQSS).

ORGANISATION INTERNE

L'organisation de l'activité endoscopique au Centre Hospitalier de Gonesse pendant les horaires ouvrables est centrée sur le plateau technique de dépistage. Celui-ci prend en charge la désinfection des endoscopes souples à canaux pour les actes réalisés au plateau (gastrosopies, bronchoscopies), ceux réalisés au bloc opératoire (Urologie, Gynécologie), et ceux réalisés en réanimation et au SMUR.

Hors horaires ouvrables, les situations d'urgence vitale sont envoyées au CHU Jean Verdier. Pour les autres actes, chaque service a son organisation propre et doit prendre en charge la désinfection de ses endoscopes.

L'activité endoscopique du plateau technique est pilotée par le médecin responsable du service d'hépatogastro, et la cadre de santé.

Toutefois, le pilotage des activités endoscopiques ne couvre pas tous les secteurs et spécialités réalisant des actes endoscopiques. En effet, le pilotage mis en place au niveau du plateau technique concerne exclusivement la désinfection des endoscopes. Par ailleurs, les activités des secteurs d'ORL, et de cardiologie (sonde d'échographie trans-oesophagienne), sont pilotées et organisées de façon indépendante du plateau technique.

Le plateau technique dispose des ressources humaines nécessaires, adaptées en nombre et en compétence. Les AS sont affectées à la désinfection des endoscopes, et les IDE à l'assistance des médecins lors des actes ; une des IDE a été nommée référente pour l'activité d'endoscopie du plateau technique et supervise l'activité de désinfection, les contrôles bactériologiques, etc.

Pour l'activité de réanimation et SMUR hors horaires ouvrables ce sont les AS du service de réanimation qui sont en charge de la désinfection des endoscopes. Au bloc opératoire, les AS du bloc débutent la désinfection, effectuent l'écouvonnage puis stockent l'appareil qui sera pris en charge lors de la réouverture du plateau technique. Enfin pour les actes réalisés par les gastro-entérologues, hors horaires d'ouverture du plateau, ce sont les gastro-entérologues eux-mêmes qui effectuent la procédure de désinfection de l'endoscope après le geste.

Le plan de formation du centre hospitalier de Gonesse permet aux agents du plateau technique de bénéficier de formations spécifiques à l'activité endoscopique comme le GIFE (Groupement infirmier pour la formation en endoscopie) selon leur demande.

Les besoins en locaux et en matériel ont fait l'objet d'une évaluation dans le contexte de reconstruction de l'établissement. Concernant l'entretien et la maintenance du parc d'endoscopes, l'un des 2 fournisseurs applique une garantie de 3 ans tous risques pour les appareils neufs. Ce dispositif ne couvre pas tous les appareils et a donc été inscrit au compte qualité afin de mettre en place un dispositif de suivi et d'entretien périodique de l'ensemble du parc.

Les documents relatifs à la prise en charge des patients (check list, bon de demande) et à la désinfection (procédures, traçabilité) ou encore sur les contrôles bactériologiques ont été établis avec l'équipe d'

hygiène hospitalière, et sont disponibles via l'outil informatisé de gestion documentaire institutionnel. Selon les sites, ils sont parfois également présents sous format papier.

La gestion des interfaces est organisée entre professionnels et entre secteurs d'activité : plateau technique, réanimation, SMUR, et bloc. L'organisation du transport des endoscopes propres et le retour du matériel souillé est connue du personnel, mais non formalisée. Les circuits (patients et matériels) sont organisés selon le principe de la marche en avant. Le traitement de l'air de l'ensemble des locaux est défini.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel du programme au niveau du plateau technique de dépistage et d'endoscopie repose sur l'IDE référente et la cadre de santé. Pour les autres spécialités, ce sont les cadres qui sont les personnes ressources. Les personnels de terrain (AS, IDE) du plateau technique étaient inclus dans le groupe de travail qui a élaboré la cartographie des risques ce qui a généré une mobilisation des agents pour la déclinaison opérationnelle, et un accès direct aux résultats. Ainsi cette démarche qualité assure le développement d'une culture qualité/sécurité. Les actions d'évaluation en place sont centrées sur le dispositif institutionnel de déclaration des événements indésirables (EI), et sur les résultats des contrôles bactériologiques qui sont connus des personnels de terrain. Les compétences des intervenants dans cette activité ne font pas l'objet d'évaluations formalisées, périodiques et tracées (en dehors de la formation universitaire, du DPC et de l'éventuelle accréditation). Dans le contexte particulier du déménagement, plusieurs actions correctrices ont été identifiées par les équipes et mises en place, comme par exemple les modifications des arrivées d'eau pour le branchement des nouveaux laveurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Sur les sites d'endoscopie investigués (plateau technique de dépistage, ORL, réanimation), les ressources en personnels paramédicaux et médicaux sont en adéquation avec l'activité et répondent à l'organisation définie. La formation à la spécificité de l'activité endoscopique est basée sur un dispositif d'intégration des agents à leur arrivée sur cette activité. Ce dispositif inclut un doublage pour accompagner les nouveaux personnels. Les agents du plateau technique bénéficient de formations spécifiques à l'activité endoscopique. La prestation de formation des agents à l'utilisation des nouveaux équipements par les fournisseurs est incluse dans le cahier des charges. Au total sur les 5 dernières années, les 4 agents ont effectué respectivement 0, 1, 1 et 4 formations spécifiques à l'activité d'endoscopie.

Les documents nécessaires à l'activité d'endoscopie sont disponibles sur l'outil informatique de gestion documentaire institutionnelle et les professionnels des sites investigués sont capables de les y retrouver. Toutefois, les documents qualité sur la désinfection ne sont pas actualisés pour ce qui est de la transmission des maladies à prions. Les protocoles sur l'activité endoscopique n'indiquent pas la conduite particulière à tenir en cas de rupture de gaine après utilisation chez un patient suspect de Maladie de Creutzfeld Jakob (MCJ) en ORL et cardiologie (Sonde d'échographie œsophagienne). En effet, le protocole n'indique pas le lien à faire vers le protocole institutionnel de prise en charge du matériel en cas d'utilisation chez un patient suspect, mais l'établissement sait faire face à une telle situation qui, au demeurant, est exceptionnelle.

Au niveau du plateau technique, les locaux sont neufs, permettent la marche en avant, facilitent les circuits des patients externes et internes, dont les patients alités. Ils ont été conçus pour raccourcir le circuit des endoscopes vers le lieu de désinfection, et sont fonctionnels. Ils incluent un traitement d'air sur les locaux de désinfection et de stockage des produits. Le stockage des endoscopes est effectué dans des locaux sécurisés ne permettant pas l'accès au public. Ils se situent à proximité immédiate des principaux lieux d'utilisation des endoscopes : bloc opératoire, plateau technique pour les actes externes de gastro-entérologie, réanimation.

Le plateau technique est équipé d'un banc de désinfection incluant des pompes péristaltiques, de 2 laveurs désinfecteurs double cuve (dont un seul est en production), et d'une armoire à ambiance maîtrisée. Du fait du déménagement récent, l'armoire n'est pas encore qualifiée et est utilisée comme une armoire conventionnelle. Le plateau est également équipé d'un dispositif de traçabilité informatisé qui est opérationnel pour la partie manuelle de la désinfection. Celui-ci est interfaçable avec les laveurs désinfecteurs ainsi qu'avec l'armoire à ambiance maîtrisée. Il est prévu de réaliser cet interfaçage au moment de la mise en production de l'armoire à ambiance maîtrisée.

Concernant l'entretien et la maintenance du parc d'endoscopes, seul l'un des 2 fournisseurs applique une garantie de 3 ans tous risques pour tous les appareils achetés. Cette situation a été identifiée comme un risque. Celui-ci a été inclus dans les actions d'amélioration à mettre en place dans le compte qualité et il fait partie des actions d'amélioration à mettre en place.

En ORL, le local dédié à la désinfection des dispositifs médicaux a été aménagé pour accueillir une

armoire. Cette armoire permet d'effectuer les différents bains nécessaires à la désinfection ainsi que l'aspiration des vapeurs générées. En réanimation, une partie d'un local de stockage a été aménagé pour recevoir les bacs pour la désinfection manuelle des endoscopes. Cette pièce bénéficie également d'un traitement d'air, tout comme l'ensemble du service de réanimation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la prise de rendez vous pour un acte endoscopique se fait via les "bons de demande" papier spécifique à chaque discipline (gastro ou pneumo). Le dépistage des patients suspects de MCJ est effectué par les médecins demandeurs de l'acte endoscopique et tracé dans le "bon de demande". La régulation des activités afin de garantir le respect des programmes et la sécurité des patients est assurée. Les check lists sont en place, opérationnelles et réalisées pour les disciplines de gastro-entérologie et de pneumologie. Elles sont conservées sous format papier. Les procédures de désinfection sont connues et appliquées par les personnels en charge de la désinfection des endoscopes dans les sites visités (plateau technique, ORL, réanimation). Le port des équipements de protection individuelle est effectif au niveau du plateau technique, les masques à charbon sont disponibles pour les changements de bidon de désinfectant. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des documents actualisés. La traçabilité informatique des actes endoscopiques et de la désinfection est opérationnelle et effective au niveau du plateau technique. Un dispositif dégradé est en place et opérationnel en cas de panne informatique. Les envois des endoscopes en réparation font l'objet d'un enregistrement dans l'outil institutionnel de gestion de la maintenance assistée par ordinateur. Pour les services de réanimation et d'ORL, la traçabilité est basée sur des formulaires papiers gérés indépendamment. Le compte rendu est envoyé au patient dans un second temps après son départ du service. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est connu et utilisé par les professionnels de terrain. Ceux-ci ont pu constater que plusieurs actions ont été mises en place suite à leurs déclarations ; la culture de la déclaration est implantée au niveau du personnel du plateau technique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de l'activité endoscopique au Centre Hospitalier de Gonesse est centrée sur les prélèvements bactériologiques (endoscopes, eau de rinçage, etc). Ceux-ci sont organisés, planifiés, et effectués régulièrement pour l'ensemble des endoscopes à canal de l'établissement. Les analyses sont réalisées en binôme, incluant un membre du plateau technique et un membre de l'équipe d'hygiène conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les analyses sont traitées par le technicien de laboratoire de l'unité d'hygiène du CH de Gonesse. Les événements indésirables signalés, concernant l'activité d'endoscopie, font l'objet d'une analyse et d'actions d'améliorations ; ces éléments ont été également utilisés pour actualiser le compte qualité. Celui-ci a été mis à jour à l'occasion de la venue des experts visiteurs.

Une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EEP) a été initiée sur la préparation des patients à la coloscopie suite à des dysfonctionnements ayant entraîné des déprogrammations. Les indicateurs quantitatifs de suivi de l'activité endoscopique sont peu développés. Ils incluent le nombre d'actes effectués par discipline et par an, ou encore le nombre d'endoscopes désinfectés au plateau. Ils ne couvrent pas l'ensemble des aspects de cette activité : nombre de déprogrammations, occupation des salles, gestion des vacances, délais, nombre d'EI déclarés dans cette discipline, etc.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration sont en cours autour de l'activité endoscopique au Centre Hospitalier de Gonesse. Celles-ci portent notamment sur :

- la modification du bon de demande d'endoscopie avec ajout de l'information du patient sur la préparation et l'acte endoscopique lui-même suite à l'EPP ;
- la mise en production des équipements neufs dans les nouveaux locaux (second laveur-désinfecteur, armoire à ambiance maîtrisée à qualifier, interfaçage de l'outil informatique de traçabilité avec les nouveaux équipements).

Ces actions ont pris du retard à cause d'un vice architectural découvert au moment du déménagement. Le compte qualité prévoit un certain nombre d'autres actions d'amélioration, notamment la généralisation de la prise en charge des endoscopes au plateau technique y compris les WE et la nuit. Ces actions sont en attente de l'installation complète et effective des nouveaux équipements. Elles sont inscrites au compte qualité et sont menées en étroite collaboration avec l'équipe d'hygiène hospitalière. Les points à

améliorer autour de l'activité endoscopique sont identifiés, déclinées en actions d'amélioration inscrites au compte qualité. La communication sur les résultats de cette discipline se fait via le comité de lutte contre les infections nosocomiales.

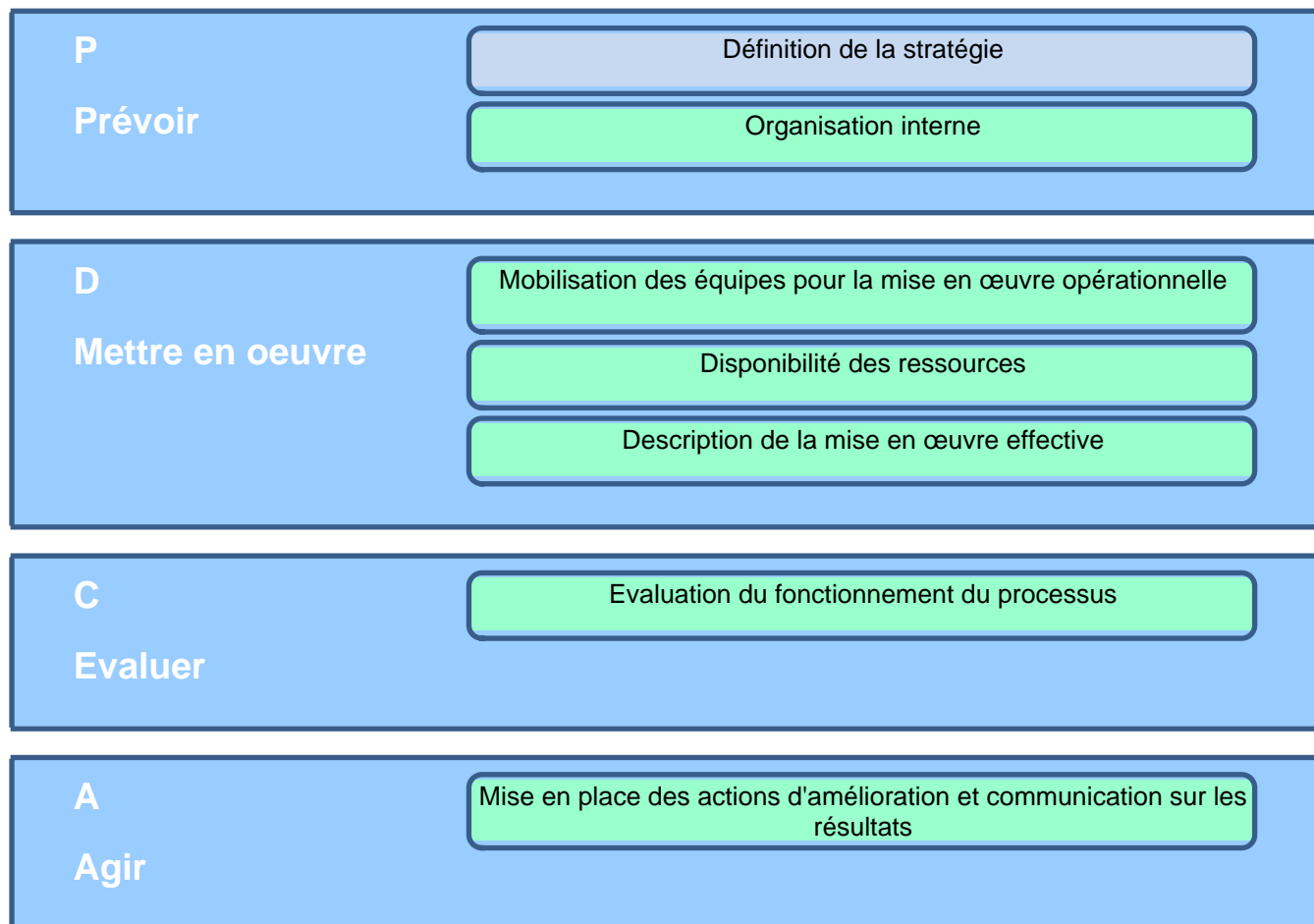
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

La maternité du Centre Hospitalier de Gonesse est une maternité de niveau 2b. Elle comporte deux salles d'urgences, deux salles de pré travail qui peuvent accueillir quatre patientes, cinq salles d'accouchement et une en cours d'installation dans le cadre d'un projet accouchement « Physiologique ». Elle s'inscrit dans le réseau régional de périnatalité. La mise en œuvre des décrets de périnatalité a fait l'objet de conventions avec les structures environnantes de niveau 3 essentiellement, afin de respecter les besoins spécifiques à la maternité au regard des missions et orientations régionales. La stratégie du secteur de la naissance a été validée par les instances du Centre hospitalier de Gonesse: conseil de surveillance, CME, CTE et CSIRMT..., . Cette stratégie s'articule autour de 4 axes, complémentaires au projet médical et au projet de soins :

- assurer les mises à jour nécessaires (techniques, ressources humaines) à la qualité et la sécurité de la prise en charge, suite à l'emménagement dans de nouveaux locaux (juin 2016)
- organiser la régulation des flux suite à une augmentation d'activité (ex : sorties anticipées)
- organiser la sécurité des prises en charge suite à une augmentation d'activité (ex : rencontre ville hôpital pour la prise en charge des grossesses à bas risques)
- développer la filière physiologique (salle nature)

Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées, les actions portant sur les risques jugés prioritaires sont intégrées au compte-qualité.

Le processus de prise en charge au bloc obstétrical est défini de manière exhaustive, Une politique obstétrique a été formalisée et validée institutionnellement. Toutes les sources de données relatives aux risques sont recensées et étudiées par l'ensemble de l'équipe du secteur de la naissance. Le compte qualité est construit à partir d'une cartographie des risques (travaillée depuis 2009), du recensement et traitement des événements indésirables et des plaintes et réclamations ainsi que des recommandations de l'ARS (suite à la visite de conformité des nouveaux locaux) et de la SHAM (suite à la visite de risques de décembre 2015). Issu de ce travail, le compte qualité évolue au fur et à mesure de l'avancée des travaux de suivi relatifs aux actions d'amélioration menées, et au regard de leur impact, notamment en lien avec le déménagement du secteur depuis la fin du mois de juin 2016. Le lien entre le compte qualité et la plan d'action qualité institutionnel est permanent et, revu régulièrement par le trio managérial relayé par le département de la qualité. L'analyse des risques prend en compte, entre autre, la conduite à tenir pour la conduite à tenir pour la maîtrise du risque hémorragique de la délivrance.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Gonesse est organisé pour le pilotage du management de la prise en charge de la parturiente en salle de naissance. Les pilotes ont été désignés: les cadres sages-femmes et le chef de service. Les besoins en ressources humaines, matérielles, ont été identifiés au regard des missions, des objectifs fixés et prennent en compte le changement de locaux et l'augmentation d'activité qui en découle. Les circuits ont été totalement revus et font l'objet d'un travail permanent avec les autres secteurs d'activité d'urgences de la structure. Depuis le transfert d'activité, et suite au relevé de dysfonctionnements récurrents, les admissions en urgences des patientes relevant de la gynécologie obstétrique ne passent plus la journée par l'entrée centralisée des urgences, mais par le hall central avec un circuit bien signalé. Par contre, la nuit, le circuit initial par les urgences générales est maintenu pour l'enregistrement administratif puis la patiente est orientée, pour sa prise en charge clinique vers le circuit des urgences Gynéco-obstétricale accompagnée par un brancardier du secteur général. Un plan de formation est élaboré et prend en compte les besoins exprimés par les professionnels en lien avec les orientations stratégiques institutionnelles qui sont alimentées aussi par les usagers à travers les projets de naissance et les enquêtes de satisfaction, les réclamations et les événements indésirables.

Le secteur de la Naissance bénéficie d'un système d'information intégré au système d'information hospitalier. Des procédures issues de documents de référence actualisés et validés, partagés pour la majorité au sein du réseau de périnatalité, sont en cours de mutualisation avec l'autre maternité du Groupement Hospitalier de territoire (GHT). La gestion électronique documentaire est organisée et mise à disposition des professionnels du secteur. Le bloc opératoire jouxte la salle de naissance, l'équipe sur place est en capacité d'intervenir en urgence selon le système « code » en vigueur.

Les circuits et interfaces ont fait l'objet de concertation et coopération entre différents secteurs d'activité : obstétrique, pédiatrie, anesthésie mais aussi la radiologie, les laboratoires, les urgences adultes... ils sont formalisés dans le cadre de la charte de fonctionnement du secteur naissance qui est en cours d'évolution à l'aune du degré d'appropriation des nouveaux locaux par les équipes. Un travail est en cours

sur la réorganisation de la prise en charge de la patiente césarisée lors de son séjour en SSPI afin que celle-ci puisse bénéficier du respect de la confidentialité et de son intimité, tout en ayant la possibilité de garder son bébé à ses côtés en présence de son partenaire. L'actuelle architecture de la salle de réveil du bloc central ne permet pas cette pratique, ce qui retarde la première mise au sein par exemple.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs propres au secteur de naissance sont établis, ils sont alimentés par les orientations stratégiques du Centre Hospitalier ainsi que des prémices du GHT, mais aussi par les valeurs véhiculées par l'équipe du secteur, par exemple, la prise en charge du deuil périnatal, le développement institutionnel de techniques "douces" et /ou physiologiques telles que l'acupuncture, l'hypnose pour la gestion de la douleur, des addictions... Ces objectifs sont portés de façon opérationnelle par un plan d'action qui est adopté au plus proche du terrain, et révisé en équipe pluridisciplinaire lors des staffs quotidiens, des RCP et des RMM. C'est aussi le lieu d'échanges autour de l'évaluation et de l'analyse des situations complexes donnant lieu à des redéfinitions de prise en charge pour la mère et l'enfant. A titre d'exemple, suite à des difficultés de circuit d'admission, celui-ci a été modifié pour l'admission en urgence la journée. L'ensemble de l'équipe du secteur d'obstétrique participe à ces temps d'échange et s'implique dans l'identification d'actions correctives. Un retour d'expérience est mis en place avec une réorientation des actions menées en regard de la comparaison entre résultats obtenus et résultats souhaités par l'ensemble de l'équipe, ce retour d'expériences est partagé au sein de l'institution et si besoin du réseau de périnatalité. Les cadres et chefs de service forment et informent les professionnels du secteur de la naissance sur les risques identifiés partagés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matière de compétences sont adaptées à l'activité et au niveau de prise en charge tant dans le domaine obstétrical qu'anesthésique ou pédiatrique. L'équipe de sages-femmes est constituée de 26 ETP encadrée par une sage-femme coordinatrice, et des sages-femmes cadres sur chaque secteur de la prise en charge. Les formations inscrites au plan de formation sont mises en œuvre selon l'échéancier établi et les priorités définies par la gouvernance du secteur, elles vont de la formation en simulation à la réanimation néonatale, à la formation en hypnose. La mise à disposition des protocoles se fait sur le logiciel de gestion documentaire, qui est réactualisé autant que de besoin. Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence, actualisées et validées. Les professionnels disposent de protocoles cliniques réactualisés. Par exemple, les documents relatifs à l'hémorragie du postpartum, la prise en charge d'une césarienne, l'accouchement en présentation podalique, l'accueil et accompagnement d'un nouveau-né mort-né ou décédé, la pratique du peau à peau..., sont validés et revues en fonction de l'actualité du secteur. La structuration architecturale constitue une plus-value lors des situations nécessitant la prise en charge de la parturiente en salle de césarienne en urgence. En effet, celle-ci se situe à l'intérieur du bloc opératoire, à proximité immédiate de la salle de réanimation bébé. La salle de césarienne programmée est localisée aussi à l'intérieur du bloc opératoire situé au même étage et jouxtant la salle de naissance. Tout matériel ou dispositif nécessaire à la salle de naissance est immédiatement disponible et à usage exclusif de celle-ci y compris le PH mètre qui est sous la responsabilité du chef de service de la biologie, et dont l'installation reliée au système d'information permet la validation des résultats.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations définies sont connues et mises en œuvre, par exemple le respect de la bientraitance à travers la mise en place du projet de la naissance, les règles de gestion de l'identification de la mère et de l'enfant grâce au triple bracelet numéroté. Le dossier obstétrical en partie informatisé comporte les données clés à renseigner, (antécédents, allergies...) comme le confirme le patient traceur. La surveillance du travail est tracée sur un partogramme sous forme papier. L'analgésie est assurée selon le choix de la parturiente. La surveillance du postpartum immédiat est effectuée selon la procédure en vigueur. Le résultat des indicateurs IPAQSS de 2015 a mis en exergue la nécessité de travailler sur les axes d'amélioration de la traçabilité des données relatives à la conduite à tenir dans le cadre de la prévention de l'hémorragie de la délivrance. La prise en charge des nouveaux nés est garantie par la sage-femme et au besoin le pédiatre rapidement mobilisable puisque de garde sur place 24h/24h. La traçabilité des différents temps de la prise en charge de la mère et de l'enfant est effective. La prise en charge de la parturiente en urgence absolue est garantie de manière constante. Les professionnels assurent les prises en charge des situations d'urgence selon les protocoles définis et les règles de bonnes pratiques partagées. Ces situations sont traitées lors de staffs quotidiens, afin d'améliorer dans le futur, les prises en charges similaires. Les CREX, RMM sont opérationnelles, elles constituent un outil de management pour la gouvernance de ce secteur et sont partagées au sein du réseau de périnatalité, et du GHT.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de la naissance du Centre Hospitalier de Gonesse assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus. La qualité et la sécurité des soins est analysée sous l'angle de la satisfaction des parturientes, les réclamations éventuelles, mais également par l'exploitation les indicateurs nationaux et la déclinaison des indicateurs propres à l'unité, comme, le suivi du nombre de périnées complets. Des CREX et RMM sont effectuées régulièrement en lien avec le réseau de périnatalité

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 de l'Hôpital, comme la réalisation d'une EPP « tenue du partogramme », ou la formation des professionnels à l'accueil des urgences gynéco-obstétricales... L'établissement a créé des supports électroniques et "papier" pour communiquer auprès des professionnels.

La CRUQPC est associée à la communication des résultats des évaluations et actions d'amélioration.