



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**CENTRE NATIONAL**  
**D'OPHTALMOLOGIE DES**  
**QUINZE VINGS**

28 rue de charenton

75571 Paris

FÉVRIER 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	48

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

CHNO DES QUINZE VINGTS	
Adresse	28 rue de charenton 75571 Paris
Département / région	PARIS / 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	750110025	CENTRE NATIONAL D'OPHTALMOLOGIE DES QUINZE-VINGT	28 rue de charenton 75571 Paris
Etablissement de santé	750000481	CHNO DES QUINZE VINGTS	28 rue de charenton 75571 Paris

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	79	26

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- Convention universitaire avec l'AP-HP
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

Management de la qualité et des risques  
Dossier patient  
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

## 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

## 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 endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	HC	Chirurgie ophtamologique lourde	Programmé	chirurgie lourde à déterminer. Patient hospitalisé	MCO
2	Adulte	HC	Chirurgie ophtamologique	Urgences	patient admis en urgence puis opéré	MCO
3	Adulte	HDJ	Chirurgie ophtamologique - Cataracte	Programmé	Cataracte en ambulatoire	MCO

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

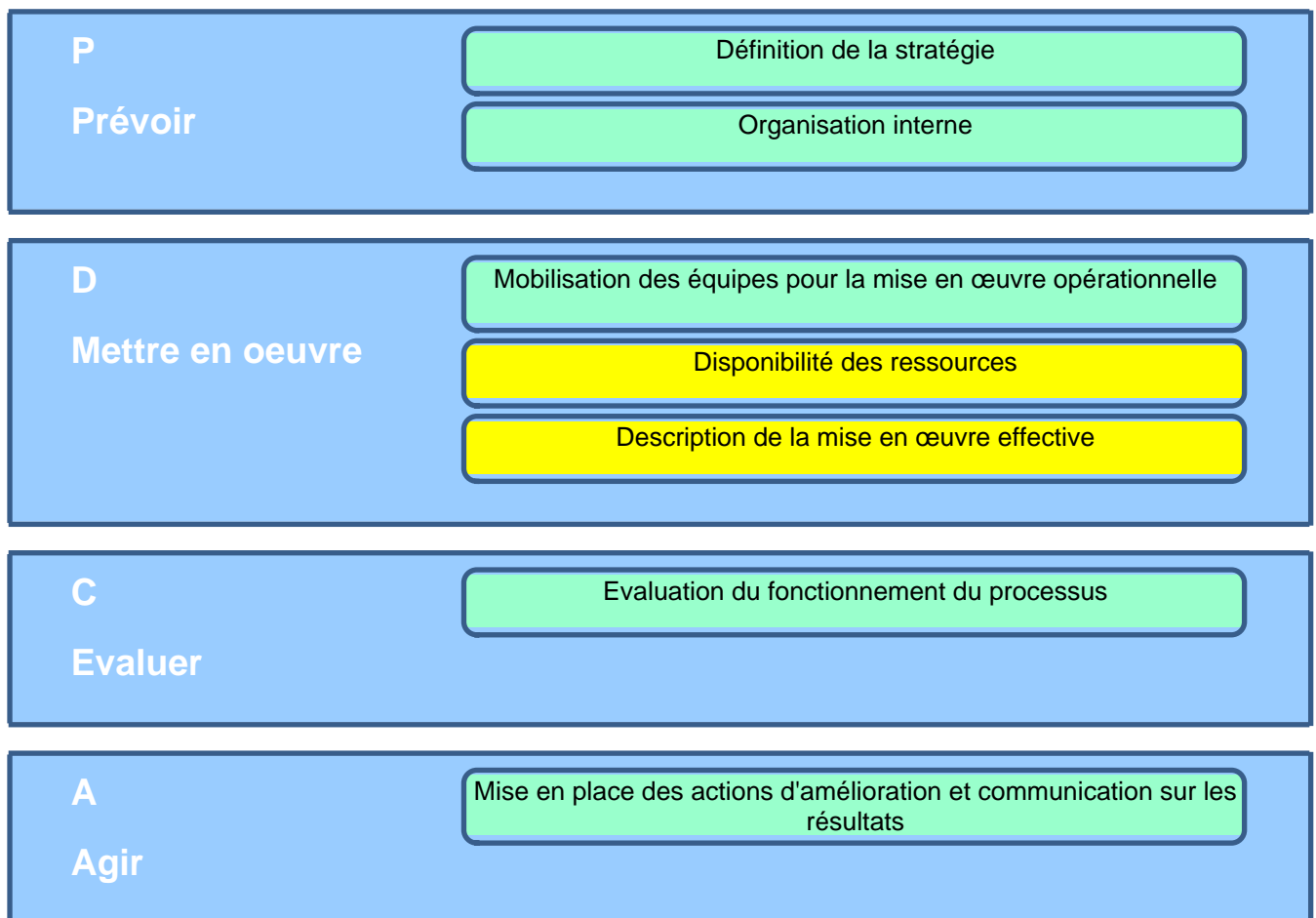
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe une politique, élaborée sous forme d'un support formalisé pour la période 2013/2016. Elle définit l'organisation et les orientations stratégiques au regard des besoins spécifiques de l'établissement et en lien avec la gestion des risques. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptés aux secteurs d'activité: urgences, ambulatoire, consultations avec gestes techniques, hospitalisation. Une politique des EPP est formalisée ainsi que des procédures visant à définir le déroulement des CREX et des RMM.

A l'occasion de la certification, des plans qualité gestion des risques ont été travaillés pour chaque thématique de processus. Leurs données alimentent le compte qualité ; ils sont issus des constats des plaintes, des certifications précédentes des événements indésirables et audits réalisés.

Une cartographie des risques a été réalisé par secteurs d'activité et peut alimenter la fiche processus et permet une hiérarchisation des risques et la mise en place des plans d'action qui en découlent. Une hiérarchisation des risques est réalisée.

Le CHNO dispose d'un programme institutionnel d'actions, formalisé et priorisé.

Le CHNO présente en effet trois niveaux de plan d'actions qualité:

- le programme institutionnel annuel qui est une synthèse non exhaustive de tous les PAQS,
- les PAQS de service qui sont des plans opérationnels, terrains et complets disposant d'une certaine ancienneté ,
- les PAQS par thématique traitant d'un processus, réalisés pour la certification et servant à remplir le compte qualité depuis mars 2016;

Toutefois, le PAQSS ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus.

Le programme d'actions qualité institutionnel ne présente pas l'exhaustivité de tous les plans d'actions et ne constitue pas un document unique de pilotage de la démarche qualité.

La lisibilité du suivi est obérée par la coexistence des PAQSS services, processus et du PAQ institutionnel. Il existe un risque de non coordination des actions au niveau du pilotage des plans d'actions qualité. Ils traitent régulièrement des mêmes sujets sans une synthèse régulière des actions par la cellule qualité.

Malgré un comité de synthèse, la cohabitation de ces nombreux PAQS ne permet de garantir un pilotage optimum par la cellule qualité. En effet certaines actions se retrouvent dans plusieurs PAQSS avec des échéances ou des formulations pouvant différer.

Les modalités de mise œuvre du programme sont définies : les objectifs fixés, les échéances connues, les actions listées ainsi qu'un espace pour le suivi est prévu sur le document de suivi du COPIL. Les usagers sont impliqués à travers leur participation à la CRU. La participation des représentants des usagers à l'élaboration et à l'amélioration de la politique qualité est réelle ; elle se retrouve largement en CRUQPC mais aussi en CLIN, au GOLD, ou dans des groupes de travail préparatoires aux audits de processus, comme dans le processus "droit du patient" ou à l'élaboration du livret d'accueil.

Le PAQ est présenté aux instances à une périodicité standard : CME , COPIL qualité, comité de soins. Les membres participant à ces instances relaient les informations auprès des équipes respectives.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CHNO a mis en place une organisation pour piloter le processus colligée dans une fiche d'identité du processus (FIP) qui regroupe les noms des pilotes, les ressources mobilisables, les documents associés mais surtout les risques identifiés.

Les pilotes connaissent leurs rôle et leur mission. Ils ont été formés.

Le CHNO révisé régulièrement les besoins des moyens humains et matériels ainsi que l'adéquation besoins - bon déroulement du processus ; un ingénieur qualité vient de rejoindre la cellule qualité. Le médecin DIM vient d'être nommé gestionnaire de risque.

Des actions de formation et de communication sont programmées pour sensibiliser les agents sur les risques ou sur les contenus des processus.

Le management par la qualité s'organise à l'aide de la cellule qualité qui est la cheville ouvrière, le comité qualité qui travaille sur les PAQSS et le COPIL qui valide et oriente la démarche qualité.

L'organisation permettant la mise en œuvre de la démarche EPP est en place, elle dispose d'un médecin coordonnateur. Une sous de la CME réalise un programme annuel clôturé par un bilan annuel.

Un dispositif des gestion des événements indésirables est en place.

La veille sanitaire est organisée par une coordination des mails, une organisation des astreintes administratives et médicales.

Les interfaces entre services sont organisées par la cellule en qualité à travers l'organisation d'enquête visant à répondre aux événement indésirables, de CREX, ou de rencontres informelles dans un environnement hospitalier compact et homogène (75 lits).

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement mobilise les équipes au moyen des PAQSS de service qui sont une déclinaison du programme institutionnel. Il vise au final à impliquer les acteurs importants de la prise en charge dans la rédaction du compte qualité, et les acteurs de terrain dans la mise en œuvre. Des réunions de préparation de la certification ont été menées par la cellule qualité avec chaque équipe de pilotes.

Les professionnels sont sensibilisés lors des réunions de service, dans les instances et comités, par l'Intranet et l'affichage ou par l'envoi de la lettre qualité avec le bulletin de paye.

Au cours de ces temps de travail commun à tous les professionnels d'un service, sont présentés les indicateurs et les objectifs de leur secteur et ceux du centre hospitalier en général.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La cellule qualité et la direction des soins s'assurent de la présence des procédures et suivent, avec les cadres de santé, les évolutions des PAQS par service ainsi que des PAQSS de chaque thématique. Les ressources en matériel et en effectifs sont adaptées; les professionnels bénéficient régulièrement de formations.

Toutefois la gestion documentaire n'est pas opérationnelle. Des documents existent en matière de politique ainsi que des plans d'action, des procédures. Ils sont toutefois d'ancienneté différentes. De nombreux documents sont anciens et pas mis à jour, ils ne disposent pas de cartouche qualité et on ne connaît pas leur date de rédaction, ni leur rédacteur, ni leur vérificateur, ni leur approbateur, ni leur version. Ils ne présentent pas toutes les sécurités d'une GED structurée. Les documents dématérialisés sont mélangés dans la GED informatisée ce qui constitue un risque pour les personnels et utilisateurs. Ils ne présentent pas toute la sécurité d'une gestion électronique structurée.

Toutefois les locaux sont anciens et pas toujours adaptés aux nouveaux modes de prises en charge, ni aux flux de patients comme aux urgences (espaces des box très réduit) ou en ambulatoire.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les plans qualité des services sont opérationnels.

Les plans d'actions prévoient des actions correctives qui font l'objet d'un suivi régulier au niveau du secteur puis en comité qualité.

Les résultats des actions correctives sont communiqués aux équipes à l'aide des modes de communication connus. Les personnels rencontrés connaissent ces résultats.

Le dispositif des plaintes et réclamations est en place, une secrétaire dédiée à cette mission collige les plaintes orales sur formulaire triptyque, écrites ou numériques et organise avec la cellule qualité le traitement après avoir adressé un accusé réception ; une enquête est menée vers les professionnels concernés, pour chaque plainte, avant la rédaction d'un courrier au plaignant. Les plaintes alimentent les ordre du jour de la cellule qualité afin de définir, de mener des actions d'amélioration telles que la prise en charge de la douleur ou le chemin clinique en hospitalisation complète.

Les plaintes sont présentés en CRU et font l'objet d'un échange réel et productif avec les représentants des usagers.

La coordination des vigilances est opérationnelle, les divers vigilants sont nommés, connus des services et un document d'information a fait récemment l'objet d'une large communication.

Le CHNO participe au RCP de l'hôpital CURIE. Ce sont les médecins de la structure qui se déplacent et contribuent à une prise charge coordonnée de leur patient.

La démarche EPP institutionnelle met en œuvre des CREX (3 en 2016) en lien avec la direction des soins, et des RMM (3 en 2016).

Une fiche d'événement indésirable est en place ainsi qu'une conduite à tenir permet la déclaration des dysfonctionnements constatés

Toutefois, la démarche de gestion des événements indésirables n'est pas opérationnelle. La culture du signalement des événements indésirables (EI) n'est pas acquise. Le nombre d'évènement indésirable déclaré est faible. On constate une sous déclaration chronique dans la majorité des services, ce que valident les professionnels de terrain. Il n'y aucun évènement indésirable grave déclaré depuis 2008. De plus, la gravité ne fait partie de la méthodologie d'analyse de l'établissement. L'item n'est pas analysé. Aussi, le circuit des fiches d'EI n'est pas complet. En effet, le déclarant n'a pas de retour sur sa déclaration d'EI. Dans certaines thématiques, il existe deux modes de gestion et de déclaration des EI, réalisant chacun leur propre bilan, spécifique au circuit du médicaments et spécifique au bloc opératoire. Ce dysfonctionnement n'est pas anticipé, ni résolu par la cellule qualité.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

La satisfaction des usagers fait l'objet d'un dispositif complet d'évaluation qui s'appuie sur des questionnaires de sorties spécifiques (ambulatoire, urgences, hospitalisation). Les taux de retour permettent un traitement statistique robuste. Des actions d'améliorations viennent enrichir les PAQS des services.

Les résultats sont largement diffusés dans la structure par les divers canaux d'information et présentés à la CRU pour un échange sur les actions d'amélioration potentielles.

Quelques indicateurs généraux sur le système qualité, des actions d'améliorations présentes dans le PAQ global et des objectifs fixés dans le document de politique permettent une évaluation partielle du management de la qualité qui du fait de l'absence d'ingénieur qualité a été ralentie.

Le système d'évaluation n'est pas totalement opérationnel. Des indicateurs d'activité et de certains résultats, partiels existent et sont suivis. Cependant, l'ensemble du dispositif de gestion de la qualité ne dispose pas d'un outil formalisé et opérationnel d'évaluation de la performance et de l'efficacité de cette organisation dans le temps.

## **A / AGIR**

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

Les programmes d'amélioration de la qualité sont présents depuis plusieurs années. Le COPIL réalise un bilan annuel des actions et décide de clôturer certaines et de proposer de nouvelles en s'aidant de la cartographie des risques, des fiches de processus et des retours des plaintes ou des degrés d'avancement des EPP. Le nouveau PAQ de l'année est validé en instances et présenté à la CME, puis diffusé aux professionnels par affichage puis au comité qualité au cours des réunions thématiques.

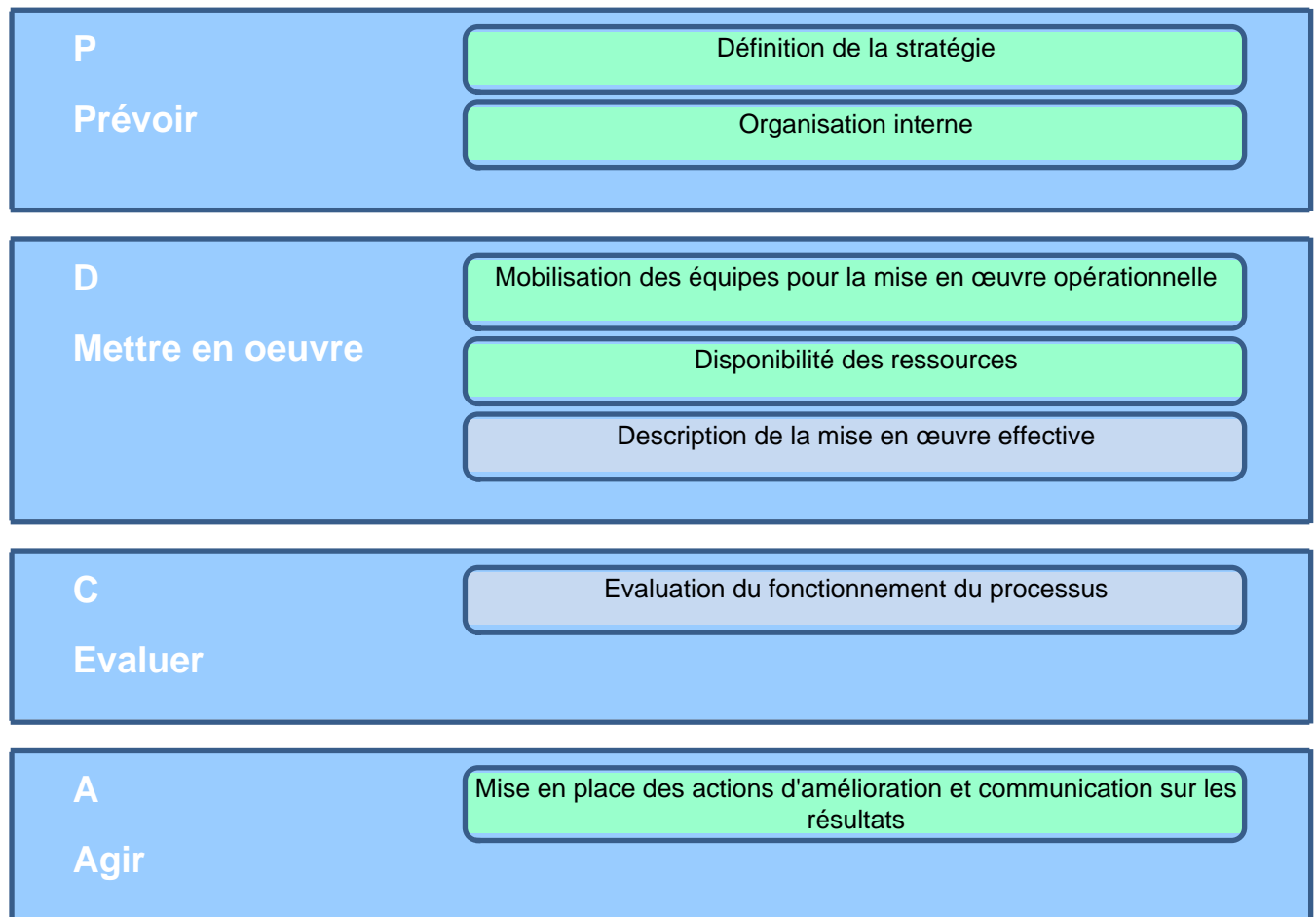
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de gestion du risque infectieux est définie. Un document de politique de maîtrise du risque infectieux est formalisée pour la période 2014/2017.

Il définit les orientations stratégiques et les objectifs. Il est validée par les instances et la direction en particulier CME et sous commission EPP.

Une fiche d'identité du processus a été élaborée pour la certification, et prend en compte les attendus de l'ARS et de la HAS. Elle précise la finalité du processus, utilise la cartographie des risques et décline le PDCA dans la thématique. Elle comporte des mesures d'amélioration et des mesures de traitement des risques en lien avec le contexte de la structure et à la mono-activité. Les risques principaux sont retrouvés dans le compte qualité.

Le compte qualité repose sur une analyse des risques au travers d'une cartographie réalisée de façon pluridisciplinaire (EOH, référents hygiène, IDE, AS, cadres Médecins).

Le CHNO dispose d'un plan institutionnel d'amélioration de la qualité en lien avec le terrain. L'équipe du CLIN travaille son processus avec un PAQ propre au risque infectieux.

Le programme est présenté et validé en COVIRIS puis en COPIL qualité.

Le PAQ hygiène s'articule en continue avec le PAQ de la PUI.

#### ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités de pilotage sont définis, à savoir, le cadre supérieur infirmier et l'infirmière hygiéniste. La fiche d'identité précise les missions et les besoins en ressources humaines et matérielles.

L'infirmière est diplômée en hygiène, et vient de recevoir le renfort d'un médecin biologiste dans cette organisation.

Un plan de formation est en place et propose des formations spécifiques à l'hygiène en e-learning notamment. Elles sont adaptées à l'établissement. Les référents bénéficient d'une programmation de formations spécifiques.

Une synthèse des protocoles et des procédures et audits en hygiène est disponible sur la gestion documentaire.

L'établissement organise la prévention des AES.

Une sous-commission de la CME suit la thématique du risque infectieux, avec le pharmacien chef comme vice présidente.

Une organisation est en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'amélioration de la qualité est décliné sur le terrain par l'infirmière hygiéniste, les référents hygiène sous le contrôle des cadres et de la direction des soins. L'IDE hygiéniste est à temps plein et avec l'aide de la direction des soins et cadres de santé. Elle mobilise les équipes de soins à travers un réseau d'une trentaine de correspondants en hygiène.

L'équipe d'hygiène réalise des sensibilisations nombreuses tout au long de l'année sur le lavage des mains, le 0 bijoux, sur le port du masque sur les tenues professionnelles qui participent à la mobilisation des équipes sur le thème "risque infectieux".

Les plans d'actions sont adaptés aux secteurs et leur spécificité et l'EOH (IDE + technicienne) passe tous les jours dans les services auprès des cas "sensibles".

les responsables sensibilisent et s'assurent de la conformité des pratiques.

Des audits sont menés sur le circuit des déchets ou la préparation cutanée de malade opéré. Ils participent à la mobilisation des personnels et font en général l'objet d'une synthèse écrite de comptes-rendus en équipe. Les résultats des audits sont pris en compte par le CLIN qui les fédère dans de nouvelles actions d'amélioration.

Des référents antibiothérapie ont été nommés. Ils disposent d'une fiche de mission formalisée qui précise les objectifs et liste les attendus du CHNO. Ils participent à la mobilisation des équipes autour de



l'utilisation des antibiotiques.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'infirmière hygiéniste est épaulée par une technicienne à temps partiel, par un médecin biologiste, par les cadres de santé et le réseau de correspondants.

Les formations des correspondants sont régulières depuis 4 ans et durent 3 jours. 279 personnels sont passés en e-learning sur le thème risque infectieux depuis 6 ans. Tous les nouveaux arrivants sont rencontrés pour une sensibilisation à la maîtrise du risque infectieux. 240 personnes ont bénéficié d'une formation e-learning sur l'antibiothérapie.

L'IDE hygiéniste fait 6 réunions par an avec les correspondants pour la mise à jour en compétence. Des formations extériorisées des référents hygiène sont régulières sur 3 à 5 jours.

Le bio nettoyage des locaux communs et circulations est sous traité, ainsi que le traitement du linge ; ces sous traitants sont contrôlés régulièrement par les personnels de l'établissement et par un organisme indépendant pour les locaux.

Les protocoles sont disponibles et revus à une périodicité définie (5 ans). Ils sont revus par la Direction des soins. Pour l'antibiothérapie, il existe une procédure de référence actualisée.

Le CHNO dispose de matériels et ressources adaptés à la lutte contre le risque infectieux : caisson lumineux, chambre des erreurs, organismes de contrôle.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients respecte dans tous les domaines les règles d'hygiène.

L'hygiène des mains est une cible de tous les soignants. Le suivi des consommations de SHA est connu des IDE et AS. Les personnels mobilisent les protocoles sur demande, (comme constaté lors des parcours patient traceurs) les connaissent, les appliquent.

L'ensemble des personnels rencontrés appelle les protocoles organisant les isolements ou les mettent en application permettant l'isolement sécurisé des patients infectés. Les cadres et les référents hygiène assurent l'interface en matière de gestion de risque infectieux entre les services et les responsables hygiène et la société prestataire.

Une analyse pharmaceutique est réalisée sur les prescriptions d'antibiotiques. La prescription des antibiotiques ciblés est suivie et réévaluée (carbapénèmes et quinolones). La surveillance des BMR est effective.

La gestion de l'air, de l'eau et du traitement des surfaces se fait avec le prestataires qui gère la maintenance technique du site, au travers de tests réguliers sur l'eau (température de bouclage, suivi des pseudomonas et des légionelles) ; le prestataire et l'EOH font un suivi de tous les paramètres sensibles pour la prise en charge du patient. Les résultats d'éventuels prélèvements pathologiques sont rapidement portés à la connaissance des personnels qui appliquent les conduites à tenir adéquates (figurant dans des protocoles). La traçabilité est assurée pour l'ensemble des prélèvements et l'archivage des résultats réalisée par les responsables : cadres, gestionnaire des risques, gestionnaire des risques associés aux soins, pharmacien.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre.

L'établissement dispose d'un cahier des charges avec la société prestataire et a mis en place la traçabilité d'un contrôle pluriquotidien.

Les dysfonctionnements des interfaces sont réglés sur le champ, puis analysés en EOH puis transmis au CLIN. Cette instance se réunit quatre fois par an. Ses attendus sont portés à la connaissance des personnels.

Les différents parcours patients traceurs confirment l'appropriation par les professionnels et l'association des patients aux règles de respect de l'hygiène.

L'antibiothérapie est réévaluée entre 48 et 72 heures. La réévaluation fait l'objet de rappel par la pharmacie. Certains protocoles prévoient des antibiothérapies de 5 jours et donc les réévaluations sont plus tardives. Les antibioprophyaxies sont flashes ou courtes et donc pas réévaluables.

### C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe des évaluations ponctuelles mais centrées sur les audits techniques, qui produisent des résultats bruts.

Les évaluations en matière de gestion de risque infectieux sont nombreuses et régulières:

- audit zéro bijou
- bon usage des antibiotiques
- suivi des consommations prescription et réévaluation d'antibiotiques ciblés (quinolones et carbapénèmes).
- traçabilité de la réévaluation des antibiotiques dans les dossiers papier
- le site opératoire respect du protocole hygiène des mains et surveillance ISO....

Des EPP sont vivantes : évaluation de l'antibiothérapie à 72 heures, SARM et chambres implantables, hygiène des mains, surveillance des poses de sondes urinaires...

L'évaluation de la consommation de SHA par service est évaluée en lien avec un organisme de benchmark.

De nombreux audits sont menés par l'équipe opérationnelle d'hygiène, par les sous traitants bio nettoyage ou les prestataires linge.

Outre les indicateurs du TBIN, l'établissement suit régulièrement les résultats d'autres d'indicateurs: hygiène des mains, infections sur sonde urinaire...

La cellule qualité réalise des enquêtes de satisfaction auprès des patients sur la satisfaction par rapport à la propreté des locaux. Leurs résultats agrémentés de nombreux diagrammes sont présentés en instance. Des parangonnages sont organisés à travers le CCLIN.

L'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux ne permet pas d'évaluer l'efficacité des actions mises en place. Il existe des indicateurs de résultats mais pas d'indicateurs de processus, ni de performance. L'équipe d'hygiène ne mesure pas l'efficacité de ses propres actions, ni la performance des améliorations mises en place vis à vis de la prise en charge du patient et de sa sécurité.

## **A / AGIR**

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

Les résultats des évaluations sont travaillés en CLIN, puis des actions correctives sont validés et inscrites au plan qualité en lien avec les plans de la PUI.

Le CHNO a réalisé en 2016 un audit des précautions standard sous forme d'auto-évaluation des professionnels qui se conclut avec un plan d'actions qui enrichit et modifie le PAQ "risque infectieux" et celui de la PUI et ceux des services de soins.

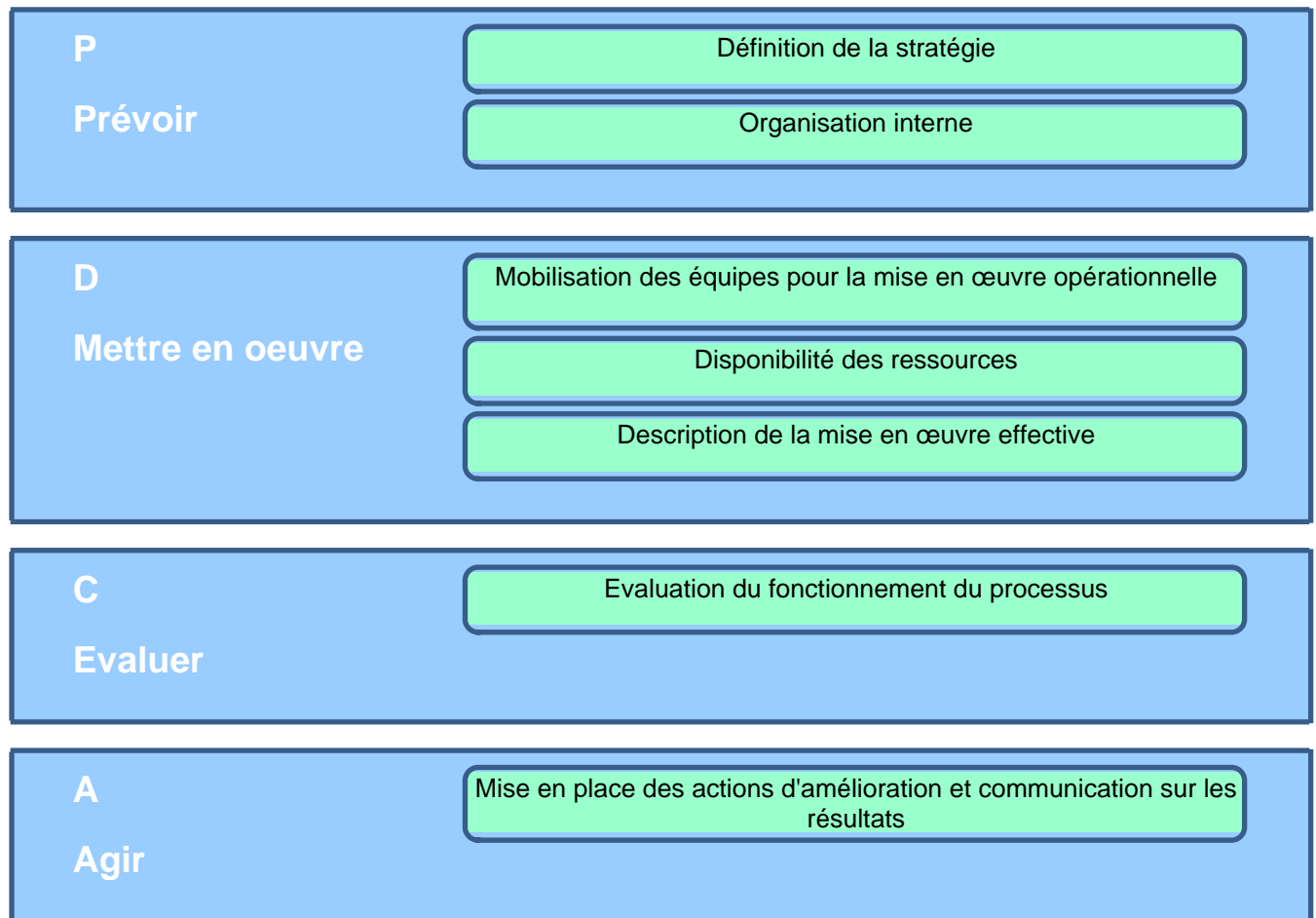
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe des documents de politique, en marge du projet d'établissement, en cours de ré-écriture qui définissent la stratégie du centre hospitalier en matière de droit des patients.

La direction des soins a rédigé une série de chartes qui précise les différentes modalités de la mise œuvre des composantes du processus "droit du patient".

La stratégie repose sur une analyse des risques. Une fiche d'identité processus a été élaborée et reprend les éléments des différentes cartographies des différents processus et les engagements stratégiques du centre hospitalier.

Les objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptées aux spécificités des services sont identifiés.

Les plans d'actions des droits des patients sont spécifiques à cette thématique, de même que la fiche d'identité du processus. Ils ont été travaillés avec les acteurs majeurs du thème, soignants de tout niveau. Un calendrier de réalisation est défini.

Le CHNO s'appuie par ailleurs sur des chartes de fonctionnement (respect de la confidentialité et de l'intimité du patient, charte du patient en consultant) et sur le règlement intérieur de la CRU.

#### ORGANISATION INTERNE

Le CHNO a mis en place une organisation pour piloter le processus à travers la nomination et le volontariat de pilotes institutionnels et opérationnels.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés sur la fiche d'identité du processus (FIP) sans être formalisés dans des fiches de postes.

La fiche FIP définit plus précisément l'organisation interne en précisant la finalité du processus, les ressources mobilisées, les documents associés et leur impact sur la structure.

Le CHNO s'assure de la quotité des effectifs nécessaires, des formations et de leur appropriation, des conditions logistiques et matérielles au regard des risques identifiés pour le processus.

La gestion documentaire électronique permet de regrouper les procédures, protocoles et autres chartes et de les mettre à disposition de tous, en particulier pour les pilotes du processus.

Enfin, des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés. Elles sont menées par les chefs de services auprès de leurs agents en réunion, soit par affichage ou lors des instances officielles.

Les groupes de travail sur les droits des patients sont pluridisciplinaires et transversaux, ce qui facilite la concertation inter-services et entre secteurs d'activité.

Un projet sur la promotion de la bientraitance est validé par la CRU et en cours de déploiement. Il vient renforcer les formations déjà existantes dédiées aux personnels et fait la promotion de la charte du respect des droits du patient.

Le livret d'accueil permet d'informer les patients sur leurs droits et sur les missions de la CRU.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard de la cartographie des risques établie pour chaque secteur, les cadres de santé et chefs de service médicaux organisent, avec la direction des soins, la déclinaison du programme institutionnel "droit des patients".

Cette déclinaison repose sur une concertation des professionnels à travers des réunions d'équipes.

Le pilotage mené par le COPIL qualité permet de fixer des objectifs, connus de tous, et de décliner des plans d'actions opérationnels.

La communication des plans d'action des droits des patients travaillés avec les acteurs pilotes contribue à la mobilisation du personnel.

Les évaluations de la connaissance des professionnels sont menées et les résultats diffusés.

Les audits menés conduisent à des actions d'amélioration qui sont intégrés régulièrement au PAQS et ce en fonction des résultats ou des indicateurs établis. Leur diffusion contribue à la fédération des acteurs sur ce thème.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec une forte activité à plusieurs niveaux : consultations, urgences, secteur ambulatoire.

Les personnels ont été formés dans le cadre du plan de formation annuel au respect du droits des patients.

Les locaux sont anciens et exigus aux urgences rendant difficile l'intimité et la confidentialité du patient. Il en est de même en chirurgie ambulatoire où beaucoup de chambres à trois lits rendent le travail des soignants difficile. L'établissement joue sur la durée très courte du séjour pour éviter, tant que faire se peut, d'avoir plus de deux patients par chambre.

Toutefois, la confidentialité du patient n'est pas garantie tout au long de sa prise en charge. Les box d'urgence, au nombre de trois, sont installés dans un espace très contraint ne garantissant pas un échange avec le patient en toute confidentialité. Il en est de même pour la salle d'attente qui reçoit beaucoup de monde dans une zone exiguë (par rapport à l'activité), ce qui rend impossible la confidentialité du patient au cours de sa prise en charge. L'établissement est sensible à ce problème ; ainsi un projet architectural d'extension dès la zone des urgences est en cours de réalisation.

De plus, l'intimité et la dignité du patient ne sont pas respectées en service de chirurgie ambulatoire et aux urgences.

En service de chirurgie ambulatoire, la configuration des locaux d'un ancien service d'hospitalisation conventionnelle (composé de plusieurs chambres triple sans paravent ou moyens d'isolement) et avec activité très soutenue en continu ne permet pas de garantir au patient le respect de tous droits, dont l'intimité et la confidentialité.

De plus, l'architecture du service ne permet pas la prise en charge optimale des patients garantissant l'intimité et la confidentialité. Les locaux du service des urgences sont vétustes, peu fonctionnels et sous-dimensionnés. Une seule place permet d'examiner un patient en position allongée. Dans les box de soins il est impossible d'allonger un patient (en cas de nécessité), ni de le prendre en soins dans des conditions somatiques générales de sécurité.

Les documents en lien avec les droits des patients sont disponibles sur la gestion informatique des documents : chartes et procédures, livret d'accueil, chemin clinique, document "usagers vos droits".

Des supports existent pour informer le patient sur ses droits et sur les missions de la CRU: livret d'accueil, site internet et fiche spécifique à l'affichage.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les durées de séjours sont très courtes et les signalements de cas de maltraitance sont quasi inexistant.

Des mesures spécifiques sont mis en œuvre pour l'accueil et l'accompagnement de l'entourage des enfants et des personnes handicapées ou vulnérables.

Faisant suite à une remarque d'un patient lors d'une évaluation de la satisfaction client, la direction des soins a réalisé un travail sous forme de chemin clinique avec un "plan de soins guide" pour l'éviscération et l'énucléation. Cette démarche permet de sensibiliser fortement les acteurs de la prise en charge de ce type d'acte, au respect des droits d'un patient .

Les patients sont informés sur leur état de santé et sur les soins par les personnels soignants selon son niveau de responsabilité (consentement, pour les médecins, information par les IDE).

Les procédures sont connues des professionnels et mises en oeuvre.

Une fiche de la SFO est dédiée au recueil du consentement du patient au moment de son entrée au CHNO pour une intervention, elle est généralement signée par le patient sauf endoscopie ou en consultations.

Il existe aussi une procédure en place pour les sorties contre avis médical ou à l'insu de l'établissement.

La CME a travaillé puis validé une procédure qui est en place sur l'information du patient sur son état de santé et sur le dommages lié aux soins ; une information a été faite en relève au équipes de soins et en instances qualité.

Des actions d'éducation thérapeutique du patient sont mises en oeuvre. Une infirmière, dédiée à la mission d'éducation thérapeutique du patient pour les pathologies chroniques telle que le diabète, en assure le suivi.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation de la satisfaction des patients est réalisée en continu en hospitalisation et ponctuellement aux urgences. Elle comprend des items sur la confidentialité et la dignité, elle permet de réaliser des analyses car les taux de recueil sont significatifs cette année (12.6%).

Par ailleurs, le CHNO dispose d'un questionnaire de sortie, distribué par les cadres des secteurs d'hospitalisation et traités par la cellule qualité.

Le COPIL qualité réalise tous les ans une analyse des différents PAQSS et analyse les indicateurs en lien avec la thématique droit du patient : nombre de plaintes sur le thème, fiche d'EI, signalement pour acte de maltraitance ou non promotion de la bientraitance (caractère exceptionnel du fait des durées de séjour mais possible du fait des suractivités de certains secteurs).

## A / AGIR

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

Un suivi spécifique sur la douleur est réalisé ainsi que l'analyse des questionnaires de sortie. Les résultats sont exploités par la cellule qualité pour définir et mettre en place des actions d'amélioration.

Les bilans de la CRU et des PAQSS par secteur contribuent à leur tour à l'objectivation et à la mise en place d'actions d'amélioration.

La communication des résultats et des actions d'améliorations nouvelles est faite par les instances et comité ou réunions thématique : CME, COPIL comité qualité, et par diffusion intranet ou par affichage pour les nouvelles procédures (salles de soins) ou documents officiels comme la charte de la laïcité en 2016.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

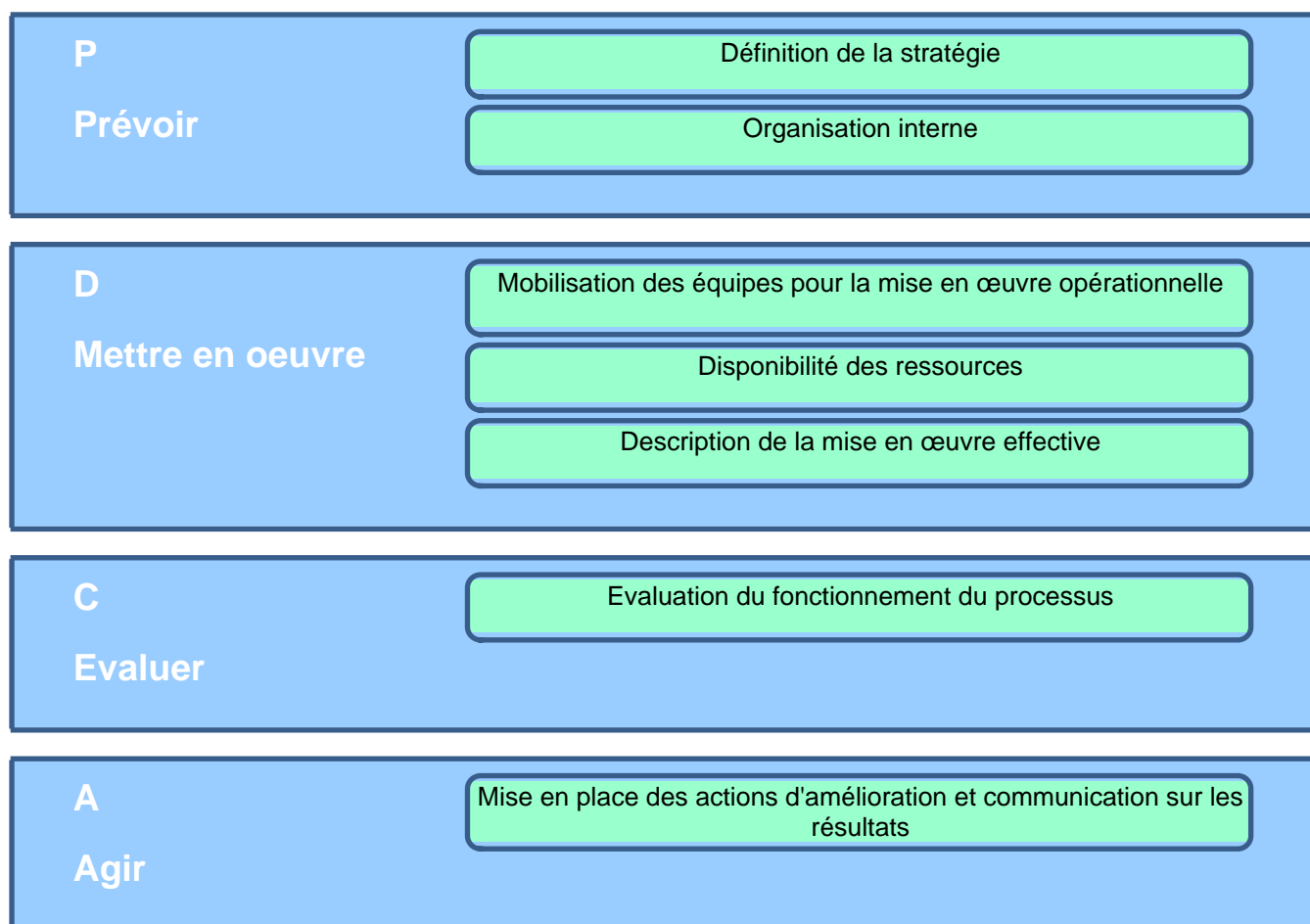
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le CHNO des quinze-vingts est un établissement public (à la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche), reconnu au niveau national et international comme un hôpital de référence pour la prise en charge des pathologies oculaires et du handicap visuel.

Il dispose actuellement de 79 lits (dans 3 unités) et de 26 places de chirurgie ambulatoire. L'activité ambulatoire a représenté en 2015, 13423 venues et l'hospitalisation complète 5085 séjours.

Le CHNO assure des prises en charge médicales et chirurgicales des différentes pathologies ophtalmiques. L'activité chirurgicale représente 92% des séjours.

4 centres autonomes (centre de la rétine, centre du glaucome, centre de la cornée et le centre des consultations d'ophtalmologie) ont été mis en place pour permettre un parcours complet du patient, de la prise en charge de rendez-vous au paiement de l'acte en passant par le diagnostic et le traitement.

L'établissement participe à la prise en charge des patients atteints de cancer, en s'inscrivant dans un parcours de soins coordonnés avec l'Institut Curie.

La stratégie de l'établissement est décrite dans le projet médical 2013-2017, validé en Directoire et CME le 16 décembre 2013 :

L'activité externe du CHNO concerne son plateau de consultations générales, les consultations assurées par les centres de compétences spécialisés (médecine, cardio, diabète, neurologie, psychologique, diététique et anesthésiologie) ainsi que l'activité du service des urgences.

La Stratégie d'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et, le projet médical de territoire (Le parcours du patient est décrit dans le projet médical) Les modifications d'organisation de certains établissements de santé de l'AP/HP a permis d'augmenter l'activité du CHNO.

Depuis 2009, l'établissement a mis en place une politique de développement de ses activités, dans ses différents parcours de prise en charge : augmentation de l'activité des urgences, développement des activités de consultation, développement de l'activité ambulatoire.

Le CHNO est reconnu par l'ARS comme service d'accueil des urgences spécialisées.

La démarche qualité est en place depuis plusieurs années. Actuellement, une cartographie des risques par service a été réalisée par un groupe de travail pluri professionnel (soignants Médecins et paramédicaux, directeur de la Qualité, ingénieur Qualité). De cette cartographie sont extrait 5 familles de risques décrit dans le compte qualité avec un libellé pour chaque risque tels que:

-Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique : « Défaut de prise en charge d'un patient malvoyant/non voyant »

-Continuité et coordination de la prise en charge des patients : « Retard de la prise en charge »

-Évaluation initiale et continue de l'état de santé et projet de soins personnalisé : « Défaut d'adaptation et de personnalisation de la prise en charge du patient énucléé »

-Dispositif d'accueil du patient : « Défaut de surveillance, de prise en charge (PEC) et rupture de continuité de traitement lié à une insuffisance de transmissions (ambulanciers) ou absence de fiche de liaison (résidence) »

-Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement : « Défaut de prise en charge des patients présentant une réaction aux produits de contraste (angiographie rétinienne) »

Les risques sont identifiés et hiérarchisés avec les professionnels de terrain du groupe de travail, selon la méthodologie de la HAS. L'établissement dispose de plusieurs PAQSS. Un PAQSS commun aux thématiques "Politique et gestion des risques 2013- 2016", "Formation" et "communication", ainsi que des PAQSS par processus dans des fiches d'identité, détaillant les actions d'amélioration à mettre en place. L'établissement regroupe actuellement progressivement ces différents PAQSS en un programme institutionnel d'action formalisé, priorisé, unique.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CHNO, établissement hospitalier mono disciplinaire, a mené une réflexion en 2007 sur la mise en place de pôles qui a démontré que cette organisation n'était pas la plus optimale.

Les travaux de réorganisation menés en 2010 dans le cadre des recommandations de la Mission d'Appui et de Conseil ont conforté le choix fait d'organiser l'activité d'ophtalmologie en Fédération de Gestions Communes et en Centres Spécialisés placés sous l'autorité d'un coordonnateur, assisté d'un cadre de santé.

Ils correspondent à un regroupement de moyens communs en locaux, matériel et personnel.

Les services ont été conservés et correspondent pour l'ophtalmologie, à quatre équipes médicales placées chacune sous l'autorité d'un chef de service PUPH.

Les praticiens des 4 services d'ophtalmologie exercent dans ces Fédérations et Centres selon leur

domaine de compétence.

Les Centres de compétences spécialisés par grande pathologie (rétine, cornée, glaucome, chirurgie réfractive, kératocône...) assurent l'accueil des patients en consultations et explorations fonctionnelles pour une prise en charge ciblée du patient dans un parcours simplifié. Les principes généraux de l'organisation des centres spécialisés ont pour base :

- la simplification et la personnalisation du parcours patient,
- la prise en charge du patient par une équipe pluridisciplinaire, dans un lieu unique et adapté,
- l'offre au patient d'un regroupement de compétences et de technologies spécifiques pour sa pathologie,
- le renfort du lien de la clinique avec l'enseignement et la recherche.

Les Fédérations de Gestion Commune sont des structures transversales correspondant chacune à un mode de prise en charge des patients (urgences, bloc, hospitalisation, ambulatoire, consultations d'ophtalmologie...) où les praticiens des différentes équipes assurent la continuité des soins.

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitative) aux besoins des prises en charge.

Un plan de formation est élaboré annuellement, intégrant les critères du parcours patient, (douleur, accueil du patient en 2015). Un bilan de formation annuel est réalisé.

Le plan de formation intègre chaque année des formations aux gestes d'urgence et au chariot d'urgence (formation en interne par des IADES et en externe par organisme certifié : AFGSU : 60 professionnels en 2015).

La politique de gestion documentaire informatisée est organisée, intégrant les procédures définies et formalisées. Elle est en cours de déploiement progressif.

Il existe de plans de maintenance, travaux, achats, etc, pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements. Chaque année, le plan prévisionnel d'investissement est revu.

La structuration du système d'information se développe, selon les recommandations de l'Ars demandées dans le CPOM.

Les circuits et interfaces sont décrits avec les secteurs cliniques, aussi bien en consultation et hospitalisation réglée qu'en cas d'accueil 24h/24 pour une urgence, permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation de toute personne se présentant.

Le CHNO dispose d'un service de neuro-imagerie (scanner et IRM), d'un laboratoire de biologie médicale et d'ophtalmo-biologie, accrédité norme 15189, d'une activité de pharmacie avec rétrocession et d'une stérilisation centrale (avenant 2015 au CPOM2013-2018)

Les secteurs logistiques et administratifs sont en lien étroits avec les services cliniques. La taille de l'établissement (105 lits et places) favorise l'échange et la réactivité de tous.

Afin d'assurer la permanence des soins 24h/24, il existe une séniorisation des gardes chirurgicales, une astreinte des médecins anesthésistes, de la direction, des IADES et IBODES, une présence des cadres de santé jusqu' à 21h chaque soir de la semaine, puis une astreinte la nuit et les week-end.

Une organisation adaptée aux personnes appartenant à une population spécifique est en place concernant les :

- Personnes âgées : Population importante dans la prise en charge des cataractes, il existe des lèves malades, la location de matelas anti escarre est organisée, un médecin gériatre exerce au CHNO. L'identification des risques de chutes est signalée dans le dossier de soins.
- Personne atteinte d'un handicap : La spécialité ophtalmique de l'établissement l'expose au handicap visuel. Les documents d'information destinés aux patients sont rédigés selon le respect d'une charte graphique. La signalétique interne et externe est adaptée avec des bandeaux rugueux au sol, des messages vocaux dans les ascenseurs et à l'approche des feux signalétiques et passages piétons. Chaque année, le personnel soignant est formé à cette prise en charge du handicap visuel (16 soignants en 2015)
- Personne détenue : L'établissement accueille régulièrement des détenus à la fois aux urgences, en consultation et hospitalisation. Cependant, le circuit de prise en charge du patient détenu, au sein de l'établissement, n'est pas formalisé. Il n'existe pas de procédure de prise en charge du patient détenu, au sein de l'établissement. En consultation, il a été observé un patient détenu. Interrogé, le personnel déclare recevoir régulièrement ce type de patients. Il n'existe pas de procédure validée décrivant les circuits, les conduites à tenir et l'ensemble de l'organisation de la prise en charge d'une personne privée de liberté.
- Personne démunie : 2 assistantes sociales interviennent dans les secteurs d'hospitalisation, UCA, consultation et urgences. Le service social a mis en place un accueil spécifique pour cette population.
- Patient porteur d'une maladie chronique. : 30% de la patientèle accueillie est atteinte de diabète. Il existe un programme d'éducation thérapeutique adapté au patient diabétique mal voyant. Des équipements sont en place, (ex lecteur glycémique rétroéclairés, lecteurs glycémiques connectés afin d'évaluer la pertinence des protocoles d'insuline en cours d'hospitalisation (disponibles en UCA, hospitalisation, Bloc opératoire, SSPI), loupes, miroirs grossissants, etc.
- Enfant et adolescent : Les urgences et la chirurgie ophtalmique ne sont pris en charge que pour les enfants de plus de 6 ans. Une convention avec la fondation Rothschild est en place pour l'accueil et le traitement des enfants plus jeunes. Il existe un livret d'accueil spécifique en cours d'impression, une salle de jeux, des médicaments pédiatriques identifiés dans le livret thérapeutique, une échelle d'évaluation de

la douleur spécifique.

Cependant, le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire n'est pas formalisé. La conduite à tenir face à cette situation n'est pas organisée. Lors de la visite terrain de l'audit de processus "parcours patient" le personnel des urgences a signalé qu'il n'existait pas de document écrit.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe des projets de soins spécifiques destinées aux patients diabétiques, aux patients énuclées, aux patients porteurs de pathologie cancéreuse.

Le projet médical 2013-2017 prévoit le développement d'une activité de prise en charge de la basse vision par le service des orthoptistes, afin de permettre la prise en charge et la rééducation du mal voyant.

La déclinaison du programme institutionnel dans les secteurs est en place à travers le Compte Qualité. Il existe un plan d'action pour chaque risque avec un responsable identifié, un échéancier, des modalités de suivi et un état d'avancement de l'action.

Les responsables sensibilisent et s'assurent de la conformité des pratiques.

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs de leur secteur en participant à des actions d'évaluation telles que :

- EPP ( Évaluation de la remise du patient de son CRO /CRH en UCA et Hospitalisation)
- RMM en médecine interne (décès) en 2015 et en anesthésie
- RCP : exhaustivité du nombre de patients et conformité des renseignements
- CREX réguliers en identito-vigilance depuis 2013.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des effectifs cibles sont définis en fonction de l'activité et de la charge de travail. Les organisations tiennent compte du temps nécessaire aux formations et aux réunions.

De nombreuses formations relatives au parcours patient sont organisées :

- Gestion des incivilités et de l'agressivité (8 patients en 2015)
- Douleur post opératoire (133 soignants depuis 2010)
- Accueil du patient (145 soignants depuis 2010)
- Ateliers de diabétologie avec analyse des pratiques (22 soignants en 2013)
- Énucléation et/éviscération (55 soignants en 2015)
- Identito-vigilance. Formation technique (33 agents en 2015)
- Sensibilisation au handicap visuel (16 soignants en 2015)
- Infirmière d'accueil et d'orientation (3 IDE en 2015)
- Pertinence du parcours patient (1 agent)

Les documents d'information nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles dans les services, en format papier dans des classeurs et en partie en format informatique dans un logiciel informatique de gestion documentaire en cours de déploiement.

La gestion documentaire est actualisée.

Les ressources matérielles sont en adéquation avec les besoins, les renouvellements et acquisitions de nouveaux matériels donnent satisfaction aux utilisateurs. La collaboration avec le service biomédical donne entière satisfaction sur la qualité et la rapidité de prise en charge. Il existe un inventaire des équipements. Un plan de maintenance préventive et curative est en place.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'évaluation de la prise en charge initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. L'indicateur IPAQSS « Examen médical d'entrée » pour la période 2014 a une valeur de 51% soit classe C. L'établissement précise que la spécialité ophtalmique de l'établissement et le type de prise en charge principalement en ambulatoire ne justifie pas une évaluation initiale systématique en plus de celle faite lors des consultations d'ophtalmo et d'anesthésie. Plus de 92% des patients sont hospitalisés entre 0 jour et 1.2 jour.

Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales dans l'établissement ou aux abords de l'établissement est identifié.

Il existe des chariots d'urgences à chaque étage, un sac d'urgence pour intervenir à l'extérieur. La vérification hebdomadaire du contenu est tracée.

La prise en charge des patients repose sur des réunions pluriprofessionnelles et multidisciplinaires. Il existe des études de chemin clinique concernant le patient énuclée et le patient diabétique mal voyant,

permettant une prise en charge globale et coordonnée.

Des réunions de RCP sont en place dans le cadre de l'activité de cancérologie, en concertation avec l'activité de l'institut Curie.

Au regard de l'activité ambulatoire représentant 76% des séjours, de la DMS d'hospitalisation traditionnelle de 1.2 jours, de la présence de deux diététiciennes, la prise en compte des troubles nutritionnels est assurée. L'indicateur IPAQSS 2014 de détection des troubles nutritionnels DTN1 en témoigne malgré l'absence de réunion du CLAN depuis 2015.

2 soignants ont participé en 2014 et 2015 à la journée de nutrition pratique au salon de l'alimentation.

Les soignants connaissent les précautions à prendre en cas de patient suspect de risque suicidaire.

L'établissement réalise des séances d'éducation thérapeutique pour la prise en charge des patients diabétiques malvoyants (non reconnu par l'ARS). Une IDE titulaire du certificat d'aptitude de l'Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale exerce cette activité à temps plein en collaboration avec un médecin diabétologue. Il existe un programme pédagogique, une évaluation initiale et finale des connaissances, un bilan d'activité annuel. Environ 100 patients par mois sont suivis en éducation thérapeutique.

La sortie des patients est organisée. En ambulatoire, l'appel du lendemain est systématique. Pour les interventions sur la cataracte, une consultation à JO est organisée afin de limiter les déplacements du patient. Le patient sort avec son compte rendu opératoire, l'ordonnance de prescription médicamenteuse, une carte de traçabilité de l'implant posé, un rendez-vous de consultation si besoin.

Pour les patients hospitalisés, la valeur de l'indicateur « Délai d'envoi du courrier de sortie » pour la campagne 2014 est en classe C. Une sensibilisation des médecins a été faite en CME sur l'importance du délai d'envoi et du contenu du courrier de sortie. L'évaluation de la satisfaction des patients sur l'organisation de la sortie. Une évaluation de l'indice de satisfaction moyen concernant l'organisation de la sortie en cas d'hospitalisation complète donne une valeur de 8.27 sur une échelle de 10).

Les interfaces entre les différents secteurs cliniques du parcours sont organisées et tracées dans le dossier patient. Il existe des fiches de liaison inter services.

Les services techniques et biomédicaux sont en relation avec les services cliniques et médicaux techniques par téléphone pour les besoins d'intervention urgent, et par demande de travaux informatiques.

Il existe des réunions de services cliniques, des staffs pluri professionnels, des visites médicales quotidiennes, des rencontres hebdomadaires en infectiologie, des RCP. Les instances (CME-Directoire-CLIN-CSIRMT etc.) se réunissent et rédigent un compte rendu de réunion qui est diffusé aux participants et au personnel des services. Les actions de soins réalisées et les documents d'information patient sont tracés dans le dossier patient papier ou informatique (ex. : traçabilité de la recherche des ATNC, prescription/administration du circuit du médicament).

La traçabilité de l'entretien des locaux est conservée dans les secteurs de soins.

Les plans de maintenance préventive et curative sont suivis depuis les services techniques et biomédical.

Un projet de soins personnalisé est partiellement élaboré avec les professionnels concernés, le patient et sa famille pour certaines pathologies (le patient énuclée, le patient diabétique mal voyant et suite aux RCP en cancérologie).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi est en cours de structuration.

Un PAQSS « parcours patient » décrit dans une fiche d'identité le processus parallèlement au PAQSS global.

Les évaluations portent sur les indicateurs IPAQSS, « tenue du dossier patient » et des indicateurs particuliers à l'établissement, le nombre de plaintes et recommandations portant sur la thématique, le nombre d'évènements indésirables, le respect de la confidentialité sur les conditions d'utilisation des données de santé.

La périodicité de révision du processus est annuelle, présentée en CRUQPC.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont décrites à la fois dans le compte qualité et dans la fiche d'identité du parcours santé. Le PAQSS est suivi par les pilotes du processus et la cellule Qualité. Une supervision est effectuée par le COPIL

Les supports de communication des résultats sont :

- Le journal interne
- Le site internet
- L'intranet de l'établissement
- La CRUQPC
- La CSIRMT
- Le conseil de surveillance

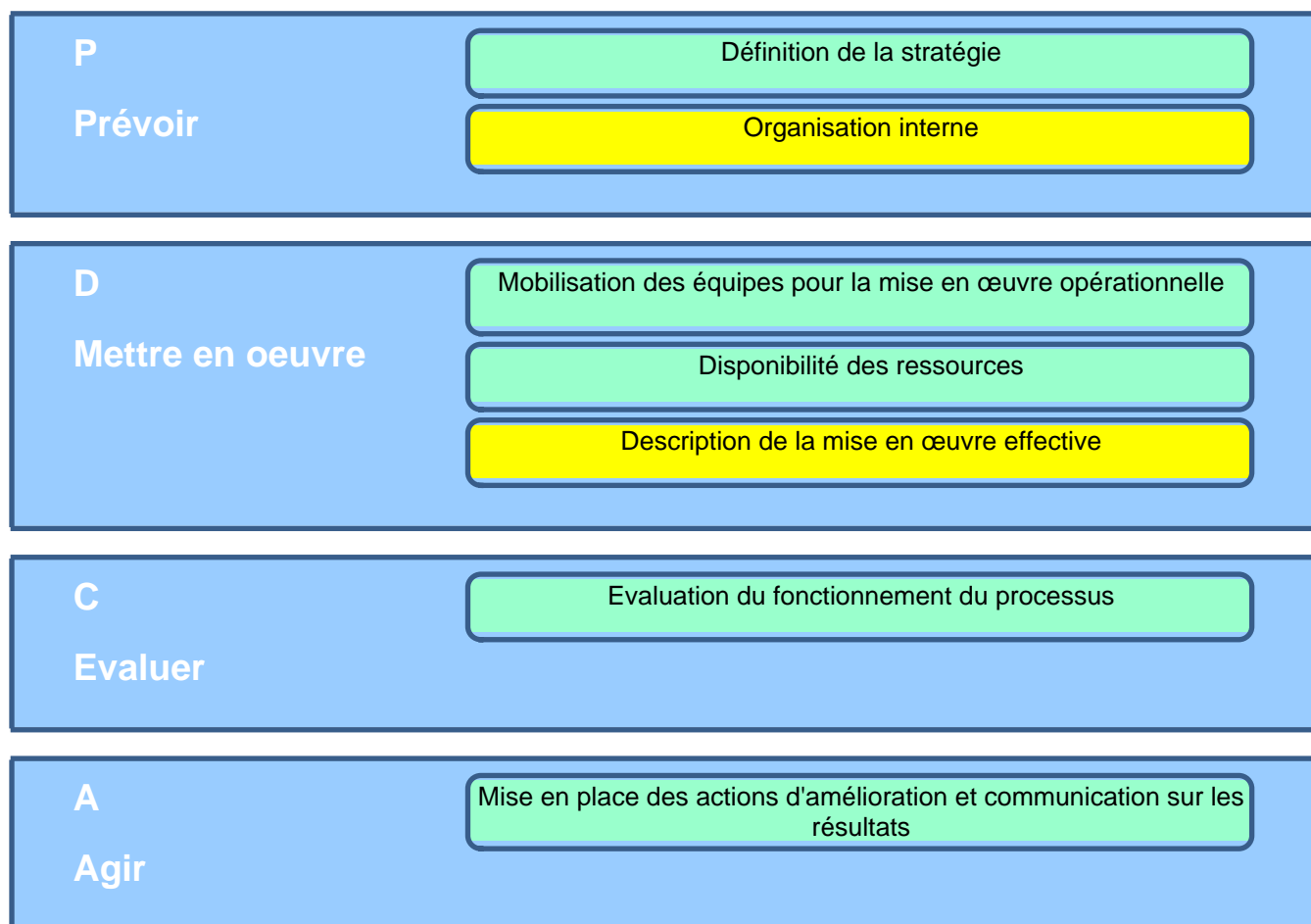
# DOSSIER PATIENT

## 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**

Une charte de tenue du dossier et une fiche de bonne tenue du dossier sont définies et sont présentes dans les services. Elles précisent le contenu du dossier, son organisation, son rangement et son circuit.  
Une fiche d'identité du processus est formalisée qui comprend la planification, l'organisation, les ressources et les documents associés.

Un programme institutionnel est validé par le COPIL annuellement. Il est la synthèse des plans d'actions qualité des services et des thématiques en matière de dossier patient. Ce programme institutionnel reprend les risques identifiés et hiérarchisés dans les différentes cartographies.

Le PAQ institutionnel est composé d'objectifs, d'actions ciblées, des responsables identifiés pour chaque action et d'un suivi formalisé. Il est validé après échange avec le COPIL qualité et présenté en CME.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes du processus sont identifiés. Il sont secondés par des pilotes opérationnels et de comités: comité de soins, direction des soins et cadres de santé. Les rôles et missions de chacun sont définies dans la fiche identité du processus.

La structure dispose de plan de formation prenant en compte les exigences du dossier patient. L'établissement a défini les besoins en ressources humaines. Elle les planifie à travers un recrutement organisé.

Le dispositif de gestion documentaire est récemment informatisé.

L'accès du patient à son dossier est organisée, et il est informé de ses droits à travers le livret d'accueil.

La mise à disposition du dossier pour le patient est organisée.

Le CHNO organise le suivi des plaintes et demandes de dossiers.

La structure a défini les règles de tenue des dossiers. Le dossier du patient est composé de quatre parties indépendantes :

- dossier médical,
- dossier anesthésie,
- dossier infirmière (tous sur format papier mais dans des lieux de stockage différent géographiquement)
- dossier de prescription chirurgicale (sur informatique).

Dans ces conditions, la communication du dossier entre l'ensemble des professionnels et avec les correspondants externes n'est pas assurée en temps utile. L'organisation en quatre parties indépendantes ne permet pas de garantir l'exhaustivité de l'information, la mise à disposition de l'information en temps utile, la coordination des soins, le partage d'information et la sécurité de dispensation des médicaments.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

La direction des soins mobilise les équipes autour des plans d'amélioration, en essayant d'harmoniser la tenue des dossier. Cette démarche est irrégulièrement suivie, par les internes en particulier, malgré l'intervention des pharmaciens.

Une des missions du plan d'action est de faciliter l'accès du patient à son dossier : c'est un circuit opérationnel, coordonné par le DIM et les agents mobilisés au tour de cette question.

Des sensibilisations des infirmiers à la tenue du dossier et sur les objectifs à atteindre sont réalisées par les cadres de santé en relève ou de manière plus spécifique par formation e-learning.

La fiche du processus comprend un plan d'action qui s'ajoute aux différents plans de services qui traitent des problèmes du dossier sur son périmètre de prise en charge.

En effet, certaines actions d'améliorations sont programmées pour 2016 avec une date d'échéance.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les effectifs sont en adéquation avec les besoins définis. Ils permettent une bonne mise en œuvre de la politique du dossier patient.

Les personnels concernés sont formés et disposent de documents actualisés disponibles sur la gestion

documentaire.  
Une procédure est disponible définissant l'accès du patient à son dossier.  
Une procédure définit les modalités de communication du dossier aux correspondants externes.  
Le patient est informé de ses droits par le livret d'accueil, par le site internet ou par les personnels prévus à cet effet.  
Un document précise le déroulement de cette organisation.  
Les ressources matérielles inhérentes au processus droits des patient sont disponibles et en place.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier papier est sécurisé dans le circuit du dossier, il est sous clef dans les phases de transport puis archivé.  
Le service des archives est équipé de manière à pouvoir travailler efficacement. Il est pertinent en termes de délais de transmissions et totalement sécurisé. Un logiciel de suivi permet de connaître la localisation du dossier dans son circuit en temps réel.

La communication du dossier papier est aisée et organisée.  
La procédure définissant les modalités de communication du dossier est appliquée.

Cependant, la traçabilité n'est pas systématiquement assurée dans le dossier patient.  
Le CRO et le CRH ne sont pas retrouvés systématiquement, comme en témoignent les taux de présence des CRO et CRH dans le dossier patient en sortie d'hospitalisation.  
Les médecins et les internes n'implémentent que peu ces documents dans le dossier du patient (14% de CRO dans les dossiers).

La réflexion Bénéfice/risque est prise en compte dans l'élaboration du projet personnalisé. Cependant, sa traçabilité n'est pas systématiquement retrouvée. Lors des rencontres des 3 patients traceurs, ainsi qu'en consultation lors de la réalisation des endoscopies, il n'a pas été retrouvé la trace de la réflexion du bénéfice risque.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les plaintes et les indicateurs IQSS permettent à l'établissement d'élaborer une évaluation du dossier patient et de son utilisation dans les services. Un audit de conformité du dossier a été mené en mars 2016 et constitue un début d'évaluation.

La structure assure le suivi des indicateurs IQSS chaque année.

Le médecin DIM analyse le système de transmission du dossier au patient en mesurant l'exhaustivité des retours et la conformité des délais d'envoi. Un rapport annuel est produit et présentée à la CRUQPC.

L'établissement évalue la conformité des dossiers médicaux informatisés, entre autres la présence des comptes-rendus dans les dossiers.

### A / AGIR

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

Le suivi des plans qualité par service conduit à réexaminer les risques. Les déclarations d'événements indésirables bien que peu nombreuses, ainsi que l'analyse des plaintes servent à déterminer les éventuelles mesures complémentaires : refonte totale en équipe et avec les représentants des usagers, des différents livrets d'accueil incluant les droits d'accès au dossier.

Les nouvelles actions viennent s'intégrer au plan d'action du processus et cette nouvelle version du PAQ sera présentée en instances et validé en COPIL qualité.

Des supports de diffusion sont utilisés à destination des professionnels tels que les réunions de service, les relèves ou les articles dans la lettre d'information.





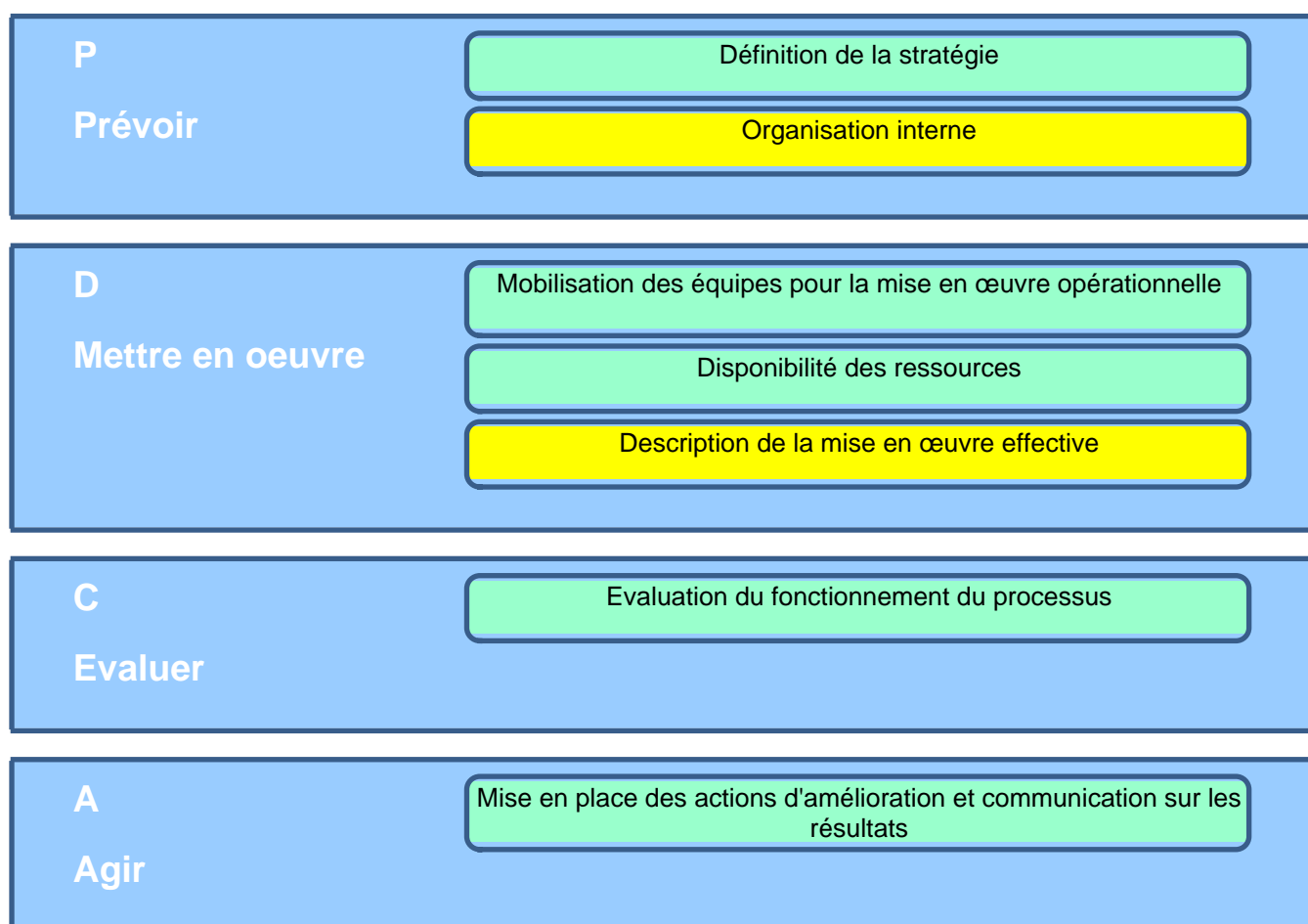
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie de l'établissement en matière de prise en charge médicamenteuse est définie dans le volet projet médical du projet d'établissement 2013 - 2017 validé par les instances en décembre 2013.

Sept axes d'amélioration sont identifiés:

- Développer le savoir-faire de la PUI dans les activités à hautes valeurs ajoutées
- Mettre à profit ce savoir-faire pour permettre le développement de nouvelles activités
- Optimiser le fonctionnement de la stérilisation :
- Améliorer les conditions de travail des agents et finaliser la mise en conformité des locaux avec l'Inspection Régionale de la Pharmacie.
- Réaliser systématiquement les études de coût versus l'usage unique.
- Poursuivre les missions transversales existantes et valoriser les travaux scientifiques de la PUI :
- Poursuivre la mise sous assurance-qualité.

Dans la fiche d'identité du processus, la pharmacie s'engage depuis le 02 juillet 2012 à :

- réorganiser les activités de gestion
- acquérir de nouveaux logiciels et matériels
- former le personnel
- faire participer le personnel aux différentes instances

Toutes ces actions sont rassemblées dans le PAQ de la PUI.

Cette stratégie prend en compte les activités et attentes de l'établissement, les résultats des indicateurs IQSS, les données des précédentes itérations de la certification.

Le programme d'actions PAQ « produits de santé » 2016 a été élaboré en lien avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge médicamenteuse et de la qualité, à partir des risques a priori identifiés dans la cartographie, de l'analyse des EI (Évènements Indésirables), des CREX spécifique "produits de santé", des engagements du CBU, du CPOM et des objectifs fixés dans le volet qualité et gestion des risques du projet d'établissement.

Le Programme d'Amélioration de la Qualité concernant le circuit des produits pharmaceutiques coexiste avec le Programme d'Amélioration de la Qualité institutionnel. Il est validé en cellule qualité et ou en CODIR et permet d'établir un calendrier de mise en œuvre des actions identifiées, de définir des indicateurs de suivi, ou de réalisation, d'évaluer l'état d'avancement des actions correctives décidées.

Toutefois, cette stratégie ne comporte pas d'orientation spécifique relative au sujet âgé. La majorité des patients admis, traités et suivis au CHNO sont des personnes âgées. Les orientations stratégiques, le projet médical, ne font pas clairement mention de la personne âgée en particulier dans sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse, en particulier sur les vulnérabilités, les polymédications, les difficultés de manipulation des formes orales sèches. De nombreux outils sont mis à disposition et démontrent qu'une démarche opérationnelle existe au sein de l'établissement. Un document non daté précise quelques orientations en matière de prise en charge chez le sujet âgé, validé en sous commission de la CME.

Une analyse des risques a priori a été réalisée selon la méthodologie d'auto évaluation ARCHIMED complétée par une cartographie et analyse du processus plus globales. Elles ont été complétées par une approche PDCA (Plan, Do, Check, Act). Les risques inhérents à la PECM identifiés a priori ont été enrichis des risques identifiés et analysés a posteriori (CREX) et des risques identifiés par les analyses pharmaceutiques. Les analyses ont été réalisées notamment par les pharmaciens et la responsable assurance qualité (Directrice des soins), les cadres, des IDE référents pharmacie.

Une hiérarchisation des risques a été effectuée. Elle a abouti à l'identification d'objectifs d'amélioration. Les actions identifiées ont été intégrées dans le programme d'actions de la PUI organisé selon 8 axes. Ce programme a été présenté aux instances : CME, COMEDIMS, COPIL qualité.

L'avancement de l'ensemble des actions est suivi par le pharmacien responsable. Ces données ont permis d'identifier les principaux risques et actions sur le circuit du médicament qui ont alimenté le Compte Qualité de l'établissement

**ORGANISATION INTERNE**

Le CHNO a mis en place une organisation pour piloter le processus « prise en charge médicamenteuse ». Le pilotage institutionnel est assuré par le chef de service de la pharmacie et le cadre supérieur de santé; le pilotage opérationnel par un PH pharmacie et le cadre de santé de la pharmacie.

Les missions sont formalisées dans les fiches de poste respectives. Le cadre est « référent assurance qualité pharmacie ». Il a été mis en place un organigramme du SMQ de la PEC médicamenteuse.

Les réunions pilotées par la COMEDIMS (qui se réunit autant que de besoin avec les acteurs de l'hôpital impliqués par le sujet à l'ordre du jour) sont opérationnelles.

Le système documentaire concernant le circuit des produits pharmaceutiques est fonctionnel. Un classeur « pharmacie » est présent dans chaque service, pas encore intégré à la gestion documentaire institutionnelle. Il regroupe l'ensemble des documents qualité logistiques et cliniques (procédures, modes opératoires, fiches d'enregistrement et fiches techniques, conduites à tenir médicamenteuses) inhérents au circuit des produits pharmaceutiques.

Des documents sont validés collégialement (en COMEDIMS, COPIL qualité, en réunion de service pharmacie) puis insérés dans le système documentaire par les cadres.

Il existe une répartition des activités des pharmaciens et des préparateurs à la PUI figurant sur les fiches de poste.

Une liste des médicaments "inaptes" pour la personne de plus de 75 ans a été établie en 2009.

Les ressources utiles au fonctionnement du processus sont décrites dans la fiche d'identité du processus: ressources humaines, matérielles, organisationnelles.

L'informatisation du circuit du médicament est déployée sur la totalité des lits du secteur hospitalisation. L'établissement s'oriente vers une informatisation globale de la prescription en particulier du dossier anesthésique.

Cependant, les règles et supports de prescription/administration ne permettent pas de sécuriser la prise en charge médicamenteuse.

L'informatisation du circuit du médicament génère l'utilisation deux supports de prescription. Les chirurgiens prescrivent sur le support informatique. Les anesthésistes prescrivent sur un support papier. La coexistence de deux supports de prescription n'a pas généré la définition de règles de prescription, d'organisation de la prescription.

Lors du Patient traceur chirurgie urgence, les chirurgiens prescrivent sur un support informatique, tandis que les anesthésistes, en post opératoire, prescrivent sur la feuille d'anesthésie pour 24h. Les IDE valident séparément sur chacun des supports. Toutefois, le support papier n'est pas organisé pour recevoir une traçabilité de l'administration et cette dernière s'avère totalement confuse, à la limite de la lisibilité. Ceci a été identifié lors de l'Audit de processus et confirmé lors de deux parcours Patient traceurs sur trois.

Lors du patient traceur chirurgie programmée, Le Diamox© en réalité, a été injecté en SSPI et non validé car il n'existe pas de validation possible en SSPI sur le dossier informatique. Son administration est tracée sous le diagramme anesthésique sur le dossier anesthésique papier. Suite aux investigations, les professionnels ont identifié le dysfonctionnement et validé à 15h sur le support informatique une administration prévue à midi en réalité, réalisée à 11h30 en SSPI.

En prévision des week-ends et jours fériés, la pharmacie a conçu une « check-list » des collyres et différents médicaments à implémenter par les infirmières et les cadres de chaque unité, afin de minimiser les commandes urgentes. En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, un accès à la PUI d'un établissement voisin est possible pour les professionnels de santé (régé par convention).

Une formation par e-learning spécifique à la prise en charge médicamenteuse a été conçue par un organisme extérieur. Une VAE figure au plan de formation 2016 pour les préparateurs, une formation est programmée pour les paramédicaux. Des formations spécifiques figurent au plan de formation.

Les interfaces avec les services cliniques sont définies.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel du PAQSS produits de santé est suivi par les pharmaciens et les cadres responsables. Les actions d'avancement sont évoquées en réunions de service mensuelles.

Les professionnels sont sensibilisés par les cadres lors de réunions de service. Les informations et sensibilisations sont réalisées en particulier suite à l'identification d'événements indésirables par la pharmacie (EI internes essentiellement) et / ou la réalisation de CREX "produits de santé". Ce dernier permet l'analyse de tout dysfonctionnement sur l'ensemble des processus dont les erreurs médicamenteuses, les non conformités de pharmacotechnie et de stérilisation soit à travers de FEI institutionnelles (en très petit nombre) soit à travers de carnet de CREX (EI internes essentiellement) irrégulièrement implémenté, soit par de EI internes identifiés.

Les événements indésirables déclarés sont peu nombreux et déclarés dans deux circuits différents. Ils sont colligés par la pharmacie (57 en 2014) et la cellule gestion des risques (23 de 2008 à 2014). Leur traitement se fait soit à la pharmacie soit à la cellule gestion des risques.

Des informations à destination du personnel sont réalisées par des supports internes de communication joints aux bulletins de salaire afin de fédérer le personnel autour de thèmes généraux.

Des actions d'information et de sensibilisation sont régulièrement menées : rencontres avec les cadres et référents pharmacie des services de soins, informations en CSIRMT, en réunions de cadres.  
Les résultats sont communiqués lors de réunions sus citées.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel de la PUI et de l'Unité de Préparation et reconstitution de médicaments (essentiellement collyres) sont en adéquation avec les activités requises par le circuit du médicament : pharmaciens, préparateurs en pharmacie. Les préparateurs travaillant à la reconstitution sont formés. Leur travail fait l'objet d'évaluation par observation directe.

Des IDE gèrent les commandes de médicaments, le rangement des armoires à pharmacie ainsi que les périmés.

Des actions de formations ou sensibilisation ont été réalisées ; une session de formation E-learning est disponible et ouverte sur la PEC médicamenteuse (durée 3h30) : 49 apprenants ont entamé un parcours de formation et 25 parcours sont terminés en 2015 selon le rapport de la société prestataire.

Les cadres ont été formés par la SHAM sur le signalement des EI et le CREX. Le personnel a bénéficié d'une sensibilisation en retour de formation de la SHAM.

Des plaquettes d'informations sur le bon usage des médicaments sont mises à disposition comme par exemple pour les AVK, les traitements corticoïdes, l'utilisation de collyres à l'Amphotéricine B, de la gentamicine. Ces plaquettes sont utilisées en intra et distribuées en dehors de l'établissement (rétrocession).

Le classeur "pharmacie" est disponible dans les secteurs. Il est mis à jour par les pharmaciens.

Les locaux de pharmacotechnie répondent aux besoins de l'établissement et aux préparations réalisées (en qualité et en quantité).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La délivrance des médicaments est globale à partir de la PUI. Une analyse de la prescription est réalisée par la pharmacie à partir de la prescription informatisée. Cette analyse est complétée par une analyse, dans les services, au regard des données anthropométriques et des prescriptions des anesthésistes qui se font sur support papier. Compte tenu de la méconnaissance des traitements personnels et des deux supports de prescription, un tiers des prescriptions est en réalité exhaustivement analysé ce que confirme l'indicateur HN (28%).

Le respect des bonnes pratiques de préparation des collyres est assuré au sein de l'Unité de Préparation par de préparateurs formés. Les quelques manipulations de médicaments cytotoxiques respectent les bonnes pratiques ; l'établissement ne réalise pas de préparation de chimiothérapies injectables mais manipule de cytotoxiques en forme orale.

Les services de soins connaissent les organisations prévues.

Par ailleurs, les bonnes pratiques de prescriptions et d'administrations des médicaments ne sont pas respectées. L'administration de la prescription d'antalgique post opératoire prescrit par le médecin anesthésiste au bloc opératoire est recopiée par l'IDE sur la feuille de surveillance dans le service ambulatoire. Les professionnels affirment que le support ne permet pas de faire autrement et qu'il s'agissait de la seule pratique en vigueur dans le service. De plus, l'IDE administrant le médicament ne s'identifie pas (pas d'initiales, pas de nom). La validation de l'administration du médicament n'est pas réalisée sur un support unique.

Des informations sur le bon usage des médicaments sont réalisées par oral par les IDE et les médecins, concernant la pertinence du traitement, les modalités d'instillation (collyre).

Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments est majoritairement assuré ; les piluliers sont identifiés au numéro de chambre par l'extérieur et au nom du patient par l'intérieur. La vérification de la concordance prescription/pilulier/patient avant distribution est assurée. Les IDE connaissent majoritairement les éléments et leur disponibilité dans le classeur pharmacie outre le livret thérapeutique (mentionnant les formes pédiatriques en jaune), un livret des équivalences, un listing des correspondances DCI/Princeps, des spécialités à conserver à l'abri de la lumière ou au réfrigérateur, d'un document sur la stabilité des collyres, la voie d'administration.

L'étiquetage des médicaments dans les armoires à pharmacie comporte le nom commercial et la DCI, le dosage, la voie d'administration. L'identification et la gestion sécurisée des médicaments à risques (identifiés par des étiquettes rouges) dans les armoires à pharmacie sécurisées des secteurs sont connues par les professionnels. Il est en adéquation avec la liste figurant dans le classeur pharmacie.

Les stupéfiants sont rangés dans un coffre sécurisé. Le transport en est assuré par les cadres.

le CHNO a mis en place une stratégie de gestion du traitement personnel du patient. En effet, une

procédure « Gestion du traitement de ville » écrite de façon pluridisciplinaire avec la Sous-Commission Spécialisée de la CME, est validée par l'Institution (CME de mai 2009).

Toutefois, la gestion du traitement personnel ne permet pas de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient.

L'analyse de l'ordonnance ne prend pas régulièrement en compte le traitement personnel des patients. En effet, le traitement personnel n'est pas régulièrement identifié. Il n'est pas régulièrement prescrit par les chirurgiens et/ou anesthésistes, et n'est donc pas connu des pharmaciens en charge de l'analyse de l'ordonnance.

De plus, lors d'un patient traceur, les personnels paramédicaux du service (cadre, IDE) ne connaissent pas l'existence de la poursuite du traitement personnel du patient alors que le dossier d'anesthésie mentionne "poursuite du traitement personnel". Interpellé à plusieurs reprises, les équipes paramédicales ont confirmé cette pratique : l'utilisation par le patient de son propre traitement à l'insu des soignants, faute de consensus de prescription entre les médecins anesthésistes et chirurgiens.

Le personnel a la possibilité de déclarer les événements indésirables sous format papier ou informatique. Cette pratique déclarative est confidentielle.

Les conditions de stockage des médicaments ne sont pas respectées. Les réfrigérateurs de stockage des médicaments contiennent des produits alimentaires. Dans l'unité de chirurgie dans le service des urgences les réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments contiennent des compotes, des jus de fruits.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre des évaluations ponctuelles sur le circuit du médicament :

- des évaluations réglementaires comme les IPAQSS,
- un suivi du contrat de bon usage des médicaments.

Des EPP sont réalisées :

- "Évaluation de l'analyse pharmaceutique " ;
- "CREX prise en charge des patients impliquant les produits de santé ".

Des audits ont été réalisés en particulier ciblant le traitement personnel des patients :

- Audit de traçabilité de pose des DM implantables 12/2015 Juin 2013
- Audit Gestion de la commande et du stockage à la pharmacie à usage interne.

L'établissement assure le suivi d'indicateurs :

- Nombre de réunions CREX
- Nombre de réunions de la sous-commission de la CME spécialisée COMEDIMS
- Nombre de patients audités avec traitement personnel Juin 2013
- Taux de patients à qui le traitement personnel a été demandé Juin 2013
- Taux de stock de médicaments retirés au patient Juin 2013
- Taux de traitement administré intégralement par les IDE Juin 2013
- Taux de traitements prescrits tracés dans le dossier de soins et le dossier patient informatisé Juin 2013

Les EI concernant le circuit du médicament sont analysés par la pharmacie ou par la cellule qualité selon le circuit déclaratif.

Ces évaluations sont réalisées avec le personnel concerné et les correspondants IDE pharmacie y sont conviés pour les EI issus de la pharmacie.

Toutefois, il n'existe pas de dispositif d'évaluation structuré du fonctionnement de la prise en charge médicamenteuse.

Les évaluations sont ponctuelles, et, pour la majorité, anciennes. Il n'est pas défini de programme d'évaluation à venir ni de responsable de l'évaluation.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies au fil de l'eau. Elles sont communiquées aux personnels à travers les différentes réunions institutionnelles. Les dernières actions identifiées concernent les traitements personnels des patients, la gestion des armoires à pharmacie.

La communication des résultats d'évaluation et des actions est réalisée.



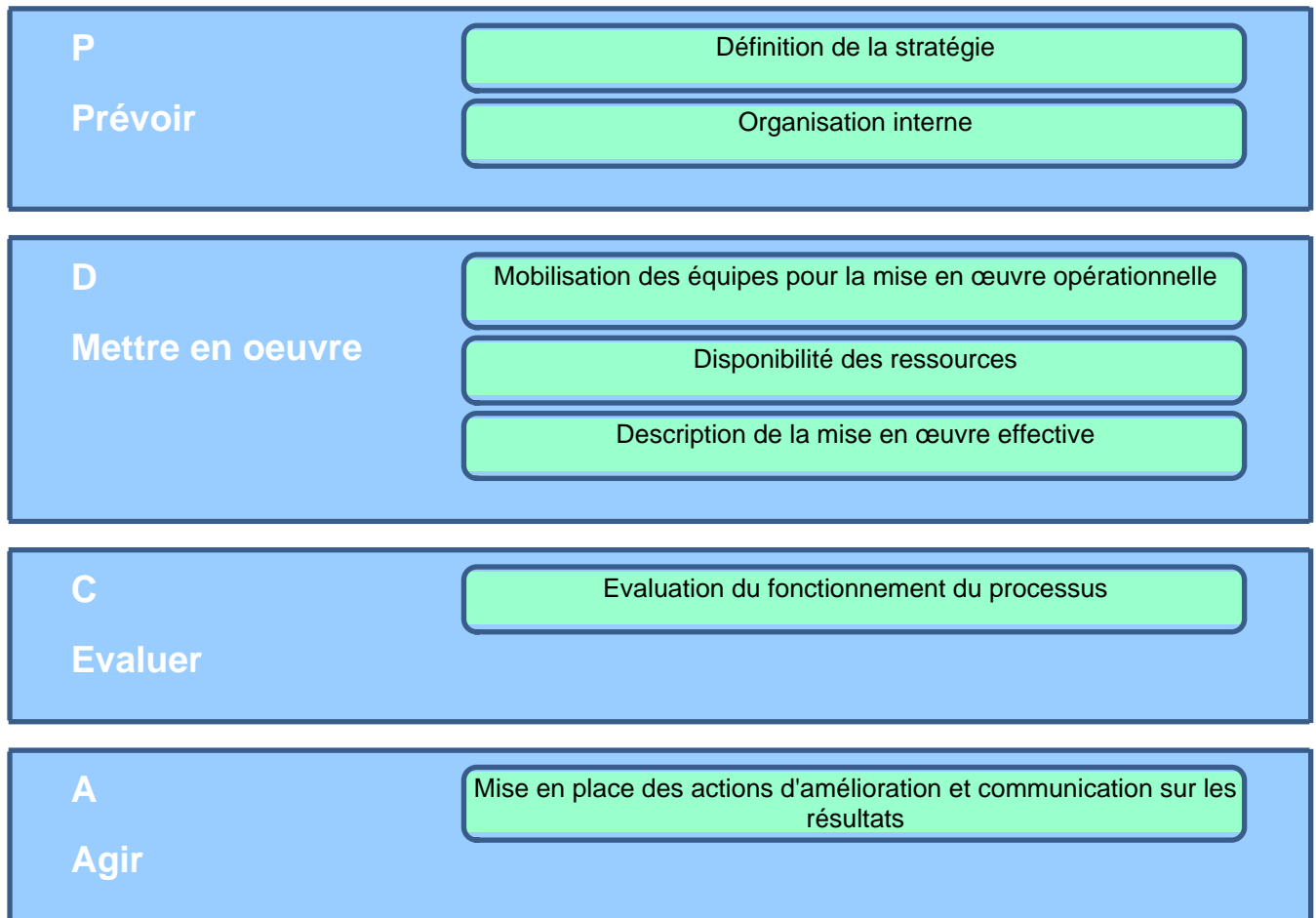
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

La stratégie de l'établissement en matière de prise en charge des urgences et soins non programmée est définie dans le volet projet médical du projet d'établissement 2013 - 2017 validé par les instances en décembre 2013.

Quatre axes d'amélioration sont identifiés:

- Améliorer l'accueil des urgences
- Mettre en œuvre la charte de prise en charge des patients au CHNO
- Organiser les urgences en centre dirigé par un coordonnateur disposant par délégation des chefs de service d'ophtalmologie de l'autorité nécessaire pour faire fonctionner la structure de manière optimale
- Mettre en œuvre les engagements pris avec l'ARS et conforter le partenariat avec la Fédération.

Cette stratégie tient compte des orientations nationales des activités de l'établissement, des attentes de l'établissement, des résultats des indicateurs IQSS, des données des précédentes itérations de la certification. Elle est reprise dans la charte de fonctionnement de la fédération validée par le Directoire en 2013 et 2016.

Les risques inhérents à la PEC des urgences ont été identifiés a priori par un travail réunissant médecin et paramédicaux. Les résultats complètent les risques identifiés et analysés a posteriori (CREX). L'ensemble de ces données est colligé dans la fiche d'identité du processus. Il s'agit du traitement en mode PDCA de la thématique. Les 5 risques majeurs y sont repris.

Des actions d'amélioration sont identifiées traitées selon le mode projet. Les actions d'amélioration sont colligées dans des plans d'actions réunis en un PAQSS et le compte qualité. Les principaux risques sont assortis d'une criticité propre à chaque risque au moyen des échelles HAS.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage institutionnel est assuré par la Directrice des soins et le coordonnateur de la fédération de gestion commune des urgences. Le pilotage opérationnel est assuré par le FF de cadre de santé. Seules les urgences ophtalmologiques sont admises dans cet établissement excluant les urgences chirurgicales enfant et les polyopathologies à dominance non ophtalmologiques. Cette organisation est validée régionalement et connue des acteurs du territoire de santé.

La validation de cette organisation a été déclinée dans une charte de fonctionnement qui précise l'organisation des locaux du secteur des urgences, de l'équipe médicale et paramédicale, le parcours du patient, le recours aux spécialistes, les prises en charges spécifiques.

Des profils de postes ont été rédigés pour chaque professionnel avec un dispositif spécifique pour l'Infirmier(e) d'orientation et d'Accueil.

Le plan de formation est en place pour l'ensemble du personnel des urgences : accueil et orientation, gestion de l'agressivité aux urgences, AFGSU. Un plan blanc vient d'être réactualisé.

Les ressources documentaires sont présentes sous deux formes au niveau du service des urgences : d'une part la GED informatisée, d'autre par des supports papiers sont présents.

La prise en charge est organisée d'une manière générale autour des 3 grands symptômes de la spécialité puis orientée selon une filiarisation prédéfinie répondant aux spécificités de la PEC. Les hospitalisations directes sont difficiles compte tenu de l'hyper-spécialité de secteurs. Les pathologies non prises en charges (jeunes enfants en particulier) sont adressées dans des structures voisines et gérées par conventions.

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences nécessaires à la prise en charge des urgences sont en place.

Les ressources matérielles sont assurées avec une maintenance régulière et un plan d'équipement qui a été adapté avec l'accroissement de la fréquentation du service et la nécessité de nouvelles acquisitions.

Toutefois, l'organisation de la connaissance de la disponibilité des lits vacants en temps réel, aux urgences, n'est pas définie. Il n'a pas été défini d'organisation spécifique pour connaître, en temps réel, la disponibilité des lits. Le cadre ou une IDE, contacte les services pour connaître la disponibilité des lits en tant que de besoin. Aucun dispositif n'est formalisé pour connaître les lits vacants.

Les locaux sont configurés avec une zone d'accueil et d'orientation, quatre box d'examen avec lampes à fente. Deux zones de traitement allongé et assis (simultané) dans la même pièce, sont séparées par un paravent et une salle de petite chirurgie.

Les interfaces sont identifiées avec le service d'hospitalisation, les services médicotechniques.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel est assuré par l'équipe médicale et le cadre du service. Ils s'assurent de l'application des bonnes pratiques en fonction des recommandations actuelles en ophtalmologie et en pathologies urgentes ophtalmologiques ; ils réalisent un arbitrage organisationnel en fonction de l'afflux des urgences et soins non programmés : en cas de sur-occupation de la salle d'attente orientent vers d'autres locaux d'attente, priorisent en fonction de critères particuliers. Leur présence au sein des équipes et face aux difficultés participent à la mobilisation et cohésion des équipes. Les objectifs institutionnels sont déclinés au niveau du service des urgences et la réorganisation du service en relève.

Les objectifs d'amélioration sont connus des professionnels et les évènements indésirables sont pris en compte et traités avec les acteurs de terrain au fil de l'eau. Le moment de leur traitement est adapté au flux de patient. Des réunions sont organisées avec l'équipe soignante.

Une évaluation annuelle des compétences des personnels non médicaux est réalisée par le cadre. Les nouveaux agents bénéficient d'un document guide type check-list des connaissances. L'appropriation est évaluée à M1 et M2 post arrivée.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au service des Urgences du CHNO, les ressources en compétence sont en adéquation avec les recommandations : les médecins sont tous formés ou en cours de formation (internes) à la pratique de l'ophtalmologie et leur formation régulièrement actualisée. Ils disposent de protocoles de traitement d'urgence actualisés affichés aux murs. Par ailleurs une documentation spécifique de spécialité est à disposition.

Les infirmiers bénéficient de formations internes et spécifiques sur l'accueil et l'orientation. Sur les 7 IDE du service, 4 ont reçu une formation IOA.

Des formations à l'identitovigilance ont été réalisées en 2014 et 2015, des formations à l'utilisation du chariot d'urgence, des formations accueil du patient, une formation AFGSU et une formation incivilité et agressivité. Par ailleurs depuis 2014 une formation bien-être au travail (dont gestion de l'agressivité) a accueilli 17 personnes des urgences.

Les ressources humaines sont adaptées à l'ensemble de la structure : les effectifs ont été renforcés avec l'accroissement de fréquentation du service et la permanence des soins optimisée en fonction des flux. Le dossier patient est informatisé aux urgences et permet la transmission de l'information et le suivi des patients. Il coexiste avec un dossier papier pour les patients présentant un document d'admission (lettre d'adressage). Les ressources matérielles en équipement sont adaptées à l'activité du service avec une maintenance et un suivi.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est conforme à ce qui est décrit dans la charte de fonctionnement. L'IOA oriente le patient en fonction de critères prédéfinis vers le secteur adapté du service selon un timing peu modulable eu égard à l'afflux permanent de patients le jour. Les IDE disposent de protocoles de prise en charge immédiate disponibles en permanence.

Les médecins disposent de "conduites à tenir".

L'urgence absolue est traitée en priorité, la douleur aiguë soulagée. La prise en charge des enfants (médecine ophtalmologique l'urgence chirurgicale étant transférée) est anticipée autant que faire se peut, ainsi que des patients fragiles. Le temps d'attente est affiché (le jour de la visite "entre 2 et 3 heures"). Un écran de TV est fonctionnel et permet de d'occuper "les patients en attente". La permanence des soins est assurée avec l'existence du tableau de gardes et d'astreintes pour les spécialités de l'établissement. Une consultation post-urgence a été mise en place. Les dysfonctionnements sont traités au fil de l'eau, en particulier les conséquences de la sur-fréquentation de la salle d'attente (150 à 220 passages journaliers).

Les interfaces sont opérationnelles avec l'ensemble des services cliniques mais aussi médico-techniques : imagerie, laboratoire, techniques et administratives.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi d'indicateurs spécifiques, comme par exemple, taux d'activité nombre de passage, nombre d'urgences vraies.

La satisfaction des usagers est évaluée.

Un CREX a été réalisé en 2015. Le suivi des temps d'attente est possible grâce au logiciel en place.

Cependant, il n'existe pas dispositif d'évaluation structuré du processus des urgences. L'évaluation est réalisée au fil de l'eau et surtout quantitativement. Le dispositif d'évaluation n'est pas structuré et programmé (périodicité, type d'évaluation indicateurs tableau de bord).

## **A / AGIR**

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

Des actions ont été menées en fonction des résultats des indicateurs mis en place, des plaintes, du CREX:

- optimisation des conditions d'attente
- sécurité des personnes (patients et agents)
- développement de supports de transmission pour les externes
- réactivation du plan blanc.

Le compte qualité a permis de nouvelles actions concernant la gestion de l'agressivité par exemple justifiant de formations complémentaires.

Les actions d'amélioration ne sont pas régulièrement articulées avec le plan d'action institutionnel. Les actions d'amélioration sont définies au fil de l'eau et ne font pas l'objet d'une communication institutionnelle.

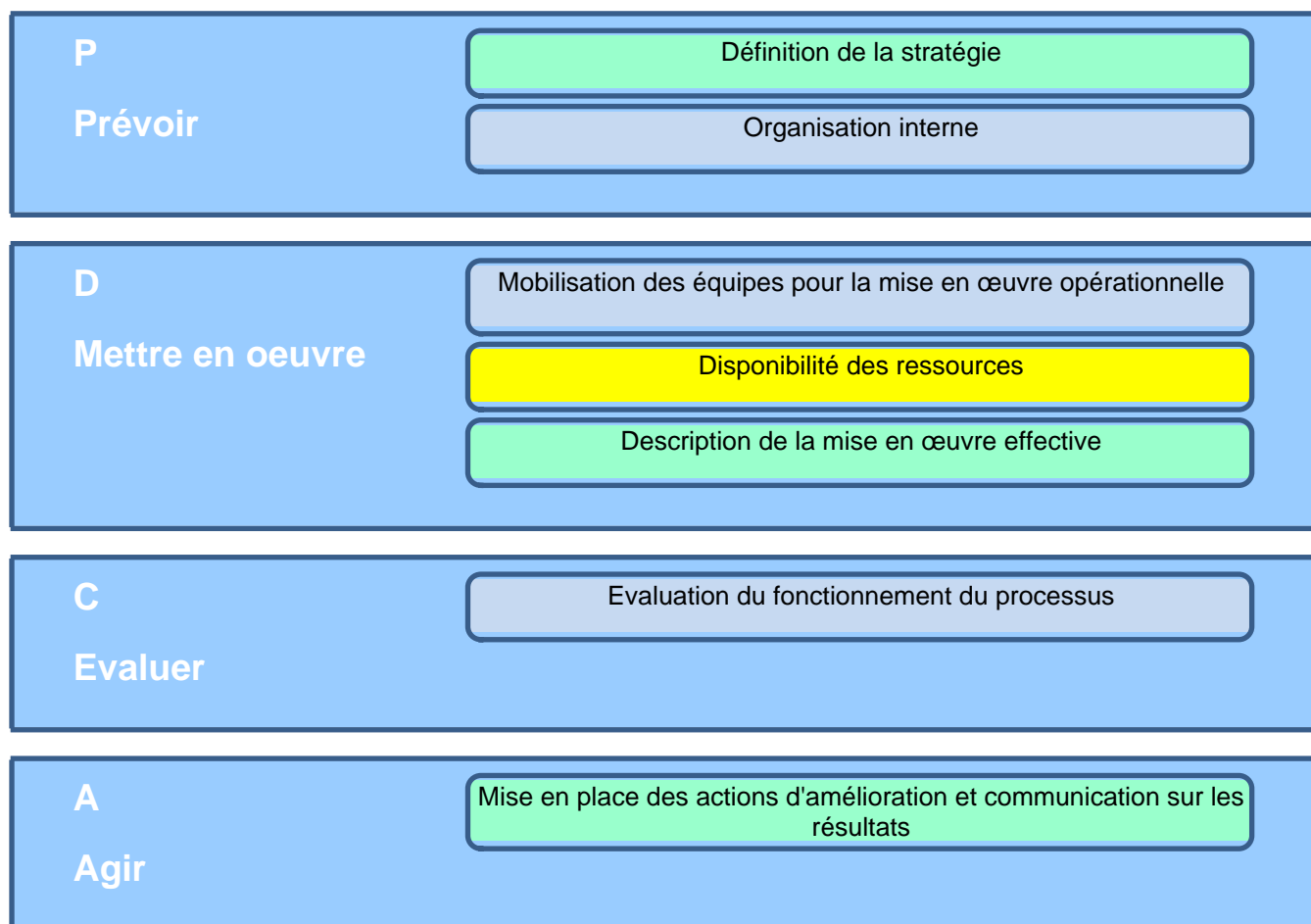
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

## 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 comprend 8 salles d'opérations avec sas de pré-induction et 13 places de SSPI concomitantes au bloc. Il prend en charge les urgences et la chirurgie réglée chez les adultes et les enfants de plus de 6 ans.

Les interventions chirurgicales les plus pratiquées en 2015 sont :

- La chirurgie du cristallin (9451 actes)
- La chirurgie de la rétine (1173 actes)
- La chirurgie du glaucome (847 actes)

L'activité d'ambulatoire représente 72.5% des séjours.

L'établissement a décrit sa stratégie dans le projet médical 2013-2017 :

- Poursuivre le développement de l'ambulatoire.
- Réduire la capacité d'hospitalisation complète à 50 lits.
- Lisser la programmation au BO pour éviter les «à-coups» sur les places d'ambulatoire et sur l'activité.
- Une unité unique d'hospitalisation ambulatoire, bloc opératoire unique dédié à cette prise en charge au même niveau.
- Renforcer l'implication des cadres hospitaliers dans cette stratégie.

Cette politique tient compte notamment :

- Des évolutions réglementaires.
- Des résultats des différentes inspections, recommandations de la Haute Autorité de Santé et du résultat des Evaluations de Pratiques Professionnelles ou autres évaluations internes, des résultats des indicateurs ainsi que des enquêtes sur la satisfaction des usagers.
- Des propositions génériques de la Commission de Relations avec les Usagers et des enquêtes de satisfaction
- De la concertation avec la direction qualité et gestion des risques.

Les risques spécifiques de l'activité des secteurs opératoires ont été identifiés par les professionnels réunis pour un travail d'identification et de hiérarchisation a priori (cartographie), des sous processus ou étapes à risque. Les risques sont hiérarchisés selon leur criticité selon l'échelle de l'HAS.

Les familles de risques sont décrites dans le Compte Qualité et le PAQSS avec un libellé pour chaque risque ex. :

- Management et pilotage : Déficit dans le partage et la précision des missions et modalités de fonctionnement.
- Organisation du bloc, Optimisation des vacations.
- Régulation et supervision : Déficit de fluidité du programme opératoire en lien avec la prise en charge des urgences.
- Gestion des ressources humaines : Inadéquation entre les ressources paramédicales mobilisées et l'activité opératoire tout au long de l'année.
- Programmation opératoire : Déficit ponctuel de transmission des informations nécessaires à la programmation.
- Sécurité de la prise en charge : Déficit de mise à disposition de toutes les informations du dossier patient.

Ce plan d'action vise à la réduction, voire la suppression des risques. Les actions d'amélioration sont assorties d'objectifs cibles.

La stratégie a été validée en CODIR, CME et directoire.

**ORGANISATION INTERNE**

Le cadre, chef de bloc opératoire, est le pilote du processus et de la déclinaison de l'organisation de l'activité, aidé dans ses missions par un deuxième cadre. Une organisation est définie conformément au contexte réglementaire. Elle est décrite dans la charte du bloc opératoire, en cours d'actualisation suite aux constats de la mission d'appui et de performance, intervenue en 2016. Ces documents décrivent les processus de prise en charge, logistiques et managériaux dans le bloc opératoire.

Le Conseil de Bloc opératoire dirige l'activité globale du bloc opératoire. Il s'est réuni 10 fois en 2015.

La Commission de bloc opératoire lors de sa réunion hebdomadaire traite de la planification mensuelle et hebdomadaire à venir.

L'organisation du fonctionnement du bloc opératoire est sous la responsabilité du chef de bloc (mission et autorité définies dans la charte et sa fiche de fonction). Les missions de chaque catégorie de personnels sont ciblées dans la charte (et leur fiches de postes respectives) ainsi que les responsabilités inhérentes à l'implémentation des check-lists d'ouverture des salles, matérielles et sécurité HAS.

Les ressources en personnels utiles au fonctionnement du bloc opératoire sont définies dans la charte: un I(BO)DE une IADE par salle et un médecin anesthésiste réanimateur pour 2 salles.

Des formations spécifiques sont inscrites aux plans de formations 2014 à 2016.

Les ressources documentaires utiles sont définies.

Une réflexion permanente sur les locaux permet de réaliser et planifier des périodes de travaux en fonction de l'activité, maintenant ainsi des locaux bien entretenus et respectant les évolutions de la réglementation.

Le suivi et l'entretien du matériel sont définis.

Les besoins en logiciels de gestion de la PEC en "amont" du bloc opératoire et le développement de l'interface entre service de soins et SSPI ont été définis. Le système d'information du bloc opératoire comprend la période de planification des interventions en consultation chirurgicale, jusqu'à la sortie de la salle d'opération. La partie "anesthésie" (consultation, prémédication, per et post interventionnelle) est sur un support papier. L'établissement travaille actuellement à un projet de modernisation du niveau de maturité de son système d'information.

Une démarche qualité documentée et en grande partie actualisée est définie pour la sécurité de la prise en charge des patients et participe à l'organisation et la diffusion de la culture qualité de l'établissement.

L'organisation interne en place permet en temps utile, la mise à disposition de l'ensemble des compétences et ressources nécessaires.

Les interfaces internes et externes sont définies et décrites dans la fiche d'identité descriptive du processus ainsi que dans la charte, avec :

-la Pharmacie : le circuit des DMI est complètement informatisé.

-le laboratoire de biologie médicale interne à l'établissement est accrédité Norme 15189.

-le service biomédical est informatisé.

-l'EOH est fonctionnelle, les infections sur site opératoire sont relevées et les résultats communiqués aux responsables du bloc.

Les interfaces concourent à une articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. De plus, une revue des interfaces est régulière à travers le conseil de bloc. En cas de dysfonctionnement signalé par fiches d'événement indésirable, chaque professionnel intervenant au bloc peut demander à participer à une séance du conseil de bloc.

L'ensemble de l'organisation, formalisé dans la charte de fonctionnement, est validé par le Conseil de Bloc (modes de fonctionnement, interfaces, circuits de prise en charge, responsabilité, missions, rôle du chef de bloc, personne ressource etc.)

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel défini et arrêté est décliné dans le secteur bloc opératoire/ambulatoire. Les risques et besoins sont pris en compte spécifiquement et traités par les professionnels concernés.

Les professionnels sont informés régulièrement par le chef de bloc, suite aux réunions institutionnelles.

Le compte Qualité et le PAQSS, décrivent le plan d'action spécifique à chaque risque du processus du bloc opératoire, avec un responsable identifié, un échéancier, des modalités de suivi et l'état d'avancement de l'action.

Les professionnels sont sensibilisés sur les risques propres de leur activité. Un livret de travail réflexif a été réalisé par le cadre de bloc, avec chaque catégorie professionnelle. L'exploitation des résultats des observations réalisées par l'encadrement sur les pratiques contribuent à une sensibilisation régulière des professionnels. L'affichage des informations, résultats, indicateurs quantitatifs et qualitatifs vient conforter l'information délivrée oralement sous forme de "points d'équipe". Il existe des EPP (évaluation de la remise au patient de son CRO en UCA), des RMM en anesthésie (Pneumothorax en 2016) des audits (évaluation de l'appropriation et de l'utilisation de la check-list au bloc).

Il existe des référents en hygiène au bloc.

Le recueil des événements indésirables est sollicité par les cadres. 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 sont conformes. Cependant, la marche en avant n'est pas respectée. Les vestiaires hommes et femmes du bloc ne respectent pas la marche en avant. Le personnel sortant du bloc croise le personnel entrant sur un espace très exigu.

Les locaux bénéficient de contrôles de pression d'air, de surface et de qualité de l'eau. La qualification des salles est annuelle et systématique après travaux.

Toutes les ressources définies dans l'organisation sont disponibles en temps utile.

Les ressources en personnel quotidien permettent de faire fonctionner les 7 salles d'opération ainsi que la salle d'urgence avec un personnel dédié occupé à d'autres tâches si cette salle d'urgence n'est pas utilisée. Les personnels ont bénéficié outre les formations transversales (AFGSU et incendie) de formations internes sur l'hygiène des mains, la prévention des AES. Des formations sont en place en cas d'utilisation de nouveaux matériels ou nouveaux produits.

La gestion du matériel est suivie. Une maintenance préventive est en place, suivi par GMAO, et accessible depuis le bloc. En cas de besoin une maintenance curative est possible sur le champ en interne, et dans les délais les plus courts en externe. L'ensemble du parc est en excellent état, y compris les brancards.

Les ressources documentaires sont disponibles dans la base de données informatisées. Certains documents papier sont encore en place. Des protocoles sur la préparation de l'opéré, le lavage des mains sont connus des professionnels et à leur disposition.

L'organisation et le suivi de l'activité du bloc est géré par un logiciel de bloc en lien avec un logiciel de stérilisation pour le suivi des DMS et un logiciel de pharmacie pour le suivi des DMI.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les bonnes pratiques d'identitovigilance. Les patients sont porteurs d'un bracelet et une vérification de leur identité est réalisée à chaque étape de la prise en charge au bloc opératoire. Toutes les étapes opératoires sont tracées dans le logiciel du bloc qui permet d'éditer un rapport d'intervention dans lequel sont identifiés également les dispositifs médicaux implantables le cas échéant. Des documents de traçabilité mis en place sont renseignés par les professionnels concernés lors de l'ouverture des salles d'opération. Tous les documents des différentes étapes d'anesthésie sont sur format papier depuis la consultation jusqu'au secteur d'hospitalisation en passant par le bloc et la salle de surveillance post interventionnelle.

L'échange d'informations entre les services et le bloc opératoire se fait sur le mode papier, le retour d'information SSPI-service est au dos de la feuille d'anesthésie.

Les bonnes pratiques de préparation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont régulièrement appliquées.

La traçabilité des opérations de bio nettoyage entre les interventions et en fin de journée opératoire est réalisée.

Les check-list "ouverture de salles" anesthésiste ou I(BO)DE sont opérationnelles. Leur traçabilité est effective dans le logiciel bloc et dossier patient informatisé au bloc. La Check-List sécurité est mise en place pour toute intervention et sa mise en place contrôlée régulièrement. (format papier pour les enfants selon le nouveau modèle HAS de janvier 2016 et format informatique pour les adultes version 2011). La traçabilité des ATNC est systématique au bloc avec un lien sur le logiciel de stérilisation.

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...).

L'intimité et la confidentialité du patient sont organisées et respectées en SSPI.

La SSPI, spacieuse est munie de rideaux séparateurs.

La traçabilité des DMS/DMI est assurée dans le logiciel du bloc, et le dossier patient informatisé au bloc.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation qualitatif (événements indésirables, plaintes et réclamations et quantitatif (activité, efficacité...)), prévu dans le projet médical et le CPOM, est en place et génère les indicateurs utiles au pilotage en particulier :

- Suivi de l'activité.
- Adéquation activité/personnel.
- Taux d'occupation et de débordement.
- Indications QSS.

Le processus est évalué régulièrement en ambulatoire, hospitalisation traditionnelle et urgences).

Des bilans sur les points et les patients à risques, sont régulièrement réalisés et analysés par le conseil de bloc. Les dysfonctionnements donnent lieu à définition et application d'action d'amélioration au cas par cas.

Par ailleurs l'établissement compare ses résultats avec les établissements concurrentiels du secteur Parisien.

Des EPP sont en cours : Check-list (sécurité HAS) au bloc opératoire.

Un CREX sur le questionnement du risque de CJ a été réalisé en avril 2016.

Par ailleurs, on identifie un certain nombre d'audits en lien avec l'EOH :

- Traçabilité des prélèvements air/eau/ surface.
- Déclaration des infections nosocomiales.

- traçabilité de la douleur lors de l'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire.
- Tri des déchets.
- Traçabilité des DMI.

La périodicité de révision de ces différents audits est à un an.

Les événements indésirables recueillis et traités avec l'ensemble des professionnels ainsi qu'un retour d'expérience est organisé. Il y a peu d' EI au bloc enregistrés par l'établissement.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont développées sur le mode projet, suite à toute évaluation (EPP, CREX, RMM, audits) et sont mises en œuvre.

Les six risques identifiés dans le compte qualité ont bénéficié de la mise en place d'action d'amélioration et chacun d'entre eux a vu une cible d'amélioration définie.

Toutes les EPP ont fait l'objet d'une communication aux équipes concernées.

La communication est organisée sur différents supports :

- Journal interne CHNO.
- Lettre d'information de la direction distribuée aux agents (en même temps que les fiches de paie).
- Internet : site internet, communications des résultats.
- Intranet : accès aux procédures, protocoles, documents de bonnes pratiques).
- Conseil de bloc (diffusion par mail et par réunions).
- Réunions (DRH, DSSI, CDS/Équipes/EOH)

Une présentation annuelle des résultats est réalisée (Direction).



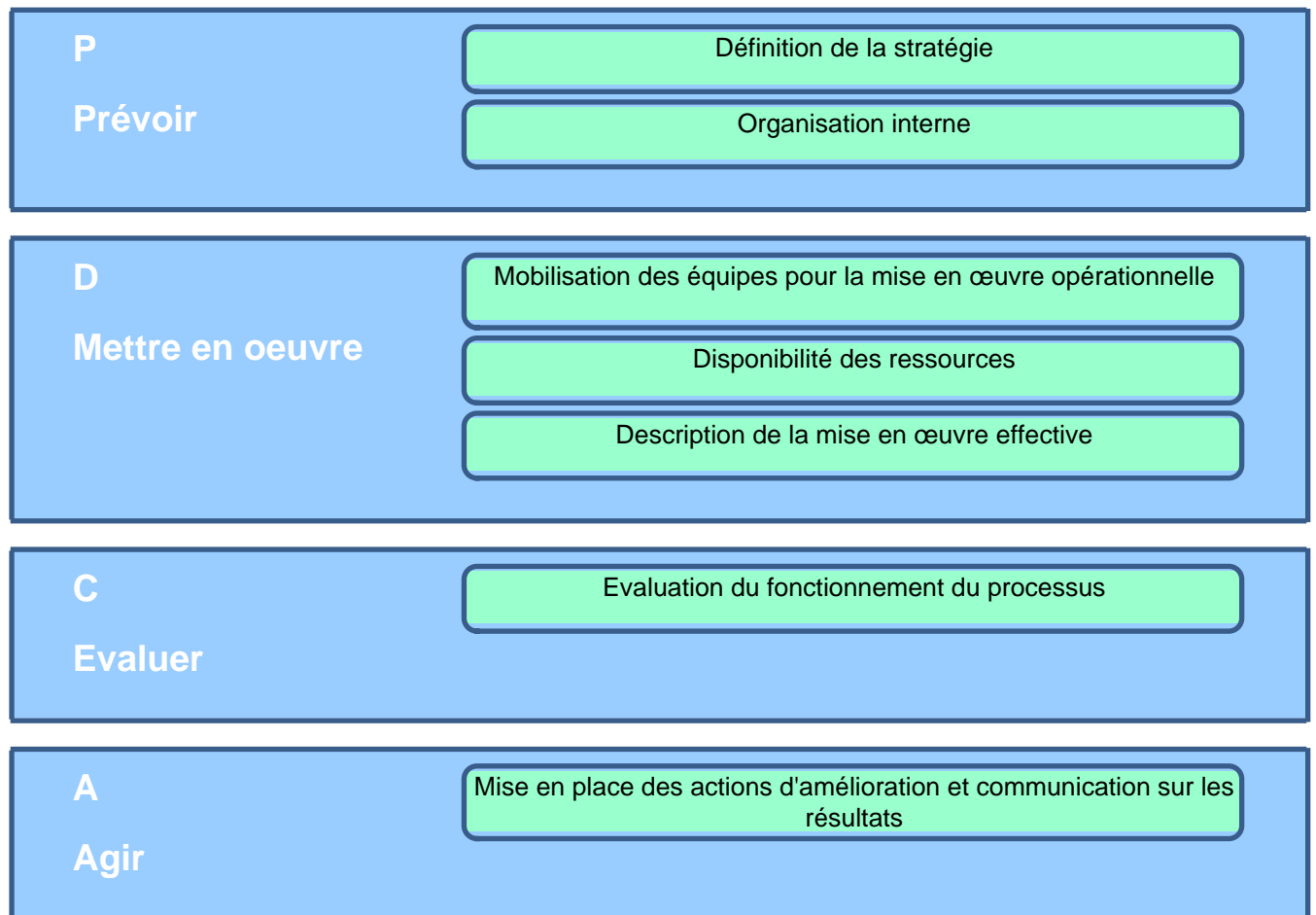
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le CHNO pratique des naso-fibroscopies en consultation externe (environ 44 actes en 2015) ainsi qu'au bloc opératoire (200 actes en 2015). Le processus est piloté au niveau institutionnel conjointement par le président de la CME, coordonnateur des risques et la coordonnatrice générale des soins. Le pilotage organisationnel est assuré par le pharmacien responsable de la stérilisation et le cadre de santé de la pharmacie. Bien que l'activité d'endoscopie soit peu importante, des risques ont bien été identifiés.

Les axes stratégiques tiennent compte de ces risques en :

- évaluant l'organisation : les modalités de prise en charge des endoscopes, la formation des professionnels et les différentes étapes du traitement des endoscopes.
- évaluant l'efficacité de la prévention dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux d'origine exogène.
- mesurant les écarts par rapport aux référentiels.
- harmonisant les pratiques.

Des indicateurs spécifiques de suivi sont définis.

Ces orientations stratégiques sont intégrées dans un projet global décliné en actions traitées sur le mode projet.

Les risques spécifiques de cette activité ont été identifiés par les professionnels réunis pour un travail d'identification et de hiérarchisation a priori (cartographie). Elle a permis d'identifier, dans les étapes ou sous étapes à risque du processus, des actions de maîtrise.

Ces actions d'amélioration sont colligées dans le PAQSS. Le Compte Qualité reprend les trois risques les plus critiques, et jugés essentiels par les professionnels. Le groupe processus d'endoscopie suit le déploiement progressif des actions d'amélioration décrit dans le plan d'action. Celui-ci vise à la réduction voire suppression des risques ou à l'atténuation de leurs conséquences.

La stratégie a été validée en CODIR et COPIL qualité. Elle est communiquée par voie d'affichage dans les secteurs, et par les comptes rendus des instances.

L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques ont été étudiés par le groupe de travail pluriprofessionnel composé de soignants, pharmacien, EOH.

La formalisation du programme d'actions préventives et de surveillance est décrite dans la fiche d'identité du processus endoscopie.

L'établissement a fait le choix d'utiliser des endoscopes thermo résistants, et de les traiter systématiquement comme matériel suspect. Les fibroscopies pour intubation difficiles sont réalisées avec des endoscopes à usage unique.

Les principaux risques identifiés sont décrits dans le compte qualité sont :

- Gestion du risque infectieux : risque de transmission d'ATNC
- Traitement des endoscopes : non-respect des bonnes pratiques du traitement des endoscopes (protocoles, procédures, transport)
- Personnel : défaut d'information en lien avec de nouveaux matériels ou produits.

Cette politique 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.
- Des propositions génériques de la Commission de Relations avec les Usagers et des enquêtes de satisfaction
- De la concertation avec la direction qualité et gestion des risques de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Le management institutionnel du processus "PEC du patient en endoscopie" est assuré par le médecin coordonnateur des risques liés aux soins et la coordinatrice générale des soins. Leurs responsabilités et missions sont identifiées dans la charte du bloc, pour les endoscopies réalisées au bloc opératoire, ainsi que dans les fiches de poste.

Les modalités de mise en œuvre du plan d'action sont arrêtées et notamment son déroulement en mode action. Son suivi et son réajustement sont organisés. Son suivi est organisé par des bilans réguliers à périodicité définie.

L'organisation mise en place et son fonctionnement sont sous le contrôle du Cadre de consultation pour les endoscopies externes, et du cadre de bloc pour les endoscopies per-op. Ces 2 services possèdent leurs propres endoscopes et sources de lumière.

Le conseil de bloc et la Commission du bloc opératoire, présidées par le président de la CME et le chef du bloc, assurent la validation du programme de la semaine à venir (adéquation ressources - activités) et analysent les dysfonctionnements en cours. Les deux instances produisent des comptes rendus de réunion.

L'organisation du secteur bloc s'appuie sur une charte en cours d'actualisation. Elle décrit les

responsabilités, le fonctionnement, les circuits, le mode d'élaboration des programmes et de validation, les interfaces en autre avec la matériovigilance, le service biomédical et la stérilisation.

Les ressources nécessaires au fonctionnement du secteur sont définies ainsi que les compétences. Le personnel est formé et les connaissances réactualisées lors de changement de pratique, ou de matériel. Le besoin de matériel est inscrit au plan d'investissement et régulièrement renouvelé. Les documents utiles à l'activité sont définis notamment la procédure utilisation de la Check List sécurité HAS- SFED.

Les infrastructures, de conception récente sont adaptées au fonctionnement des deux secteurs.

Les ressources matérielles et leur maintenance sont organisées et adaptées à l'activité. Il n'existe pas de système de prêt d'endoscopes, le parc de l'établissement lui permet de gérer en interne les remplacements lors des maintenances.

Les besoins en matériel informatique sont ciblés.

Les interfaces avec les secteurs opératoires, médico-techniques, sont définies ainsi que leur gestion sous la responsabilité de l'encadrement. L'interface avec le secteur gestion des risques est organisée par la présence croisée d'acteurs d'un secteur à l'autre, principalement avec l'EOH.

Les dysfonctionnements sont à l'origine d'une analyse et d'un ajustement politique si nécessaire.

Au total une démarche qualité documentée, en cours d'actualisation par l'intégration des documents dans la GED assure la sécurité de la prise en charge des patients.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel défini et arrêté est décliné dans le secteur endoscopique par le groupe projet "PEC Endoscopie". 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 des évolutions et conduites à tenir par les cadres de santé et l'EOH, suite aux réunions des instances concernées : la commission et le conseils de bloc principalement. Les informations utiles sont régulièrement dispensées.

Les professionnels sont sensibilisés sur les risques propres à l'activité de la nasofibroscopie.

La pré désinfection est réalisée au bloc ou en consultation par du personnel dédié. L'exploitation des résultats des observations réalisées par l'encadrement sur les pratiques contribuent à une sensibilisation régulière des professionnels. L'affichage des informations, résultats, indicateurs, vient conforter l'information délivrée oralement sous forme de "points d'équipe".

Le recueil des événements indésirables est sollicité par les cadres. Les débats et analyses qui en découlent sont contributifs à la mobilisation des professionnels qui participent et, à tous, par les retours d'expérience.

Cependant, il n'existe pas de recueil des événements indésirables liés à l'activité externe d'endoscopie. Lors de l'audit de processus "Endoscopie", il a été déclaré par les pilotes, et confirmé par le personnel de la consultation, qu'ils n'utilisaient pas le système de signalement des événements indésirables.

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 les secteurs pratiquants les nasofibroscopies.
- 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 ressources définies et utiles au fonctionnement sont disponibles, à la fois au bloc opératoire et en consultation où un box d'examen est adapté, avec des plages d'examens pour les médecins pratiquant les nasofibroscopies. Il est cependant possible, en raison de l'examen clinique d'ajouter cet examen en cas de nécessité.

L'établissement dispose des ressources humaines nécessaires à la pratique de cette activité, les effectifs sont suffisants, le personnel est formé (systématiquement aux changements de produits et matériel (ex laveur désinfecteurs)) aussi bien dans les services qu'en stérilisation.

Le personnel bénéficie de formations internes et externes. Ils sont formés en interne et en externe par le Centre d'Études et Formations Hospitalières.

Une base documentaire en cours d'actualisation, est disponible. Les documents de référence prennent en compte les exigences réglementaires et sont validés par les praticiens. Des fiches de signalement des EI sont disponibles. Le matériel (endoscopes, lumières froides, source de lumière, colonnes, sont en nombre suffisant pour permettre l'activité et l'entretien du parc). La maintenance préventive et curative est gérée à la fois par le pharmacien responsable de la stérilisation et par le service biomédical. Une maintenance curative est diligentée chaque fois que nécessaire. Chaque intervention de maintenance figure dans la GMAO qui est accessible aux cadres des services concernés. Les prélèvements bactériologiques ont lieu régulièrement en conformité avec la réglementation.

La traçabilité de l'endoscope et de son traitement figurent à la fois dans le dossier patient, les logiciels de bloc et de stérilisation.

Les locaux bénéficient d'un entretien régulier.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.) est opérationnelle.

Les circuits bloc opératoire et consultation sont complètement indépendant. Chaque service dispose de ses propres endoscopes.

Au bloc, l'endoscopie est souvent un geste complémentaire à l'acte de chirurgie.

Le statut ATNC du patient a déjà été recherché depuis la consultation et le document de traçabilité du questionnaire est présent dans le dossier patient papier. La vérification de sa présence est tracée dans le logiciel de bloc opératoire. Les check-list de vérification des salles sont renseignés par les professionnels.

Au bloc opératoire, l'endoscope utilisé est stérilisé entre chaque patient.

En fin d'intervention, le matériel est décontaminé comme du matériel à risque par une désactivation totale dans le service de pré désinfection du bloc, puis transféré en stérilisation où il reçoit un nouveau traitement de pré désinfection avant d'être stérilisé. La traçabilité est totalement informatisée depuis le bloc et se poursuit en stérilisation. La conservation se fait dans l'arsenal de stérilisation.

En consultation, le médecin utilise des endoscopes stériles en début de journée, muni d'une gaine à usage unique dont le numéro de lot est tracé sur un document. Entre chaque examen, l'endoscope est désinfecté à la lingette imprégnée d'un produit décontaminant/désinfectant et recouvert d'une nouvelle gaine toujours tracée à chaque patient.

En fin de matinée, l'endoscope est décontaminé en consultation par le même procédé d'inactivation, puis transporté en stérilisation dans un emballage spécifique portant la mention « SALE ». La consultation ne dispose pas du logiciel de traçabilité, celle-ci se fait donc par traçabilité papier.

En cas d'effraction de la gaine, il existe une procédure connue des professionnels indiquant la conduite à tenir (renseigner le statut ATNC du patient, changé d'endoscope).

Les pratiques des professionnels reposent sur des procédures en grande partie actualisées et validées, règlementaires ou issues des recommandations des bonnes pratiques (identito-vigilance, marche en avant, tenues des professionnels, hygiène, respect du patient, dimension des équipes).

Le consentement du patient est recherché oralement. Cependant, il n'existe pas de support écrit d'information sur la réalisation de l'acte d'endoscopie permettant la réflexion et le consentement éclairé du patient. Lors de la consultation du patient, lorsque le médecin OPH décide de réaliser une naso-fibroscope, il informe le patient oralement du déroulé de l'acte. Éventuellement, l'infirmière qui assiste le médecin complète l'information, mais il n'y a pas de support écrit d'information, ni de consentement écrit du patient.

L'échange d'information entre les services, le bloc, la SSPI, la consultation se fait en partie sur un mode papier et un mode informatisé.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit régulièrement ses indicateurs quantitatifs d'activité : Nombre de salles d'opération ouvertes, nombres d'examen, ainsi que des indicateurs qualitatifs : nombres de plaintes et réclamations portant sur la thématique, résultats d'IPAQSS).

Un audit externe a été réalisé au bloc opératoire en 2015 afin d'analyser l'organisation.

La périodicité des évaluations est annuelle. Les résultats sont transmis aux professionnels.

### A / AGIR

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

Les risques identifiés au compte Qualité ont bénéficié de plans d'action en cours de réalisation, ou déjà en place.

L'efficacité de ces actions est évaluée : EPP au centre des consultations, mise à jour des procédures, étiquettes « propre/sale » pour identifier le sachet de transport, signalements indésirables à déclarer aux soins externes.

Le processus « endoscopie » a été analysé et décrit dans la fiche d'identité du processus.

La communication des résultats est réalisée grâce à différents supports : Journal interne, site internet, Compte rendu des réunions d'hygiène, du CLIN et du COMEDIM.