



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## **ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010**

# **HOPITAUX UNIVERSITAIRE EST PARISIEN-SITE SAINT-ANTOINE (AP-HP)**

184 rue du faubourg saint-antoine - 75571 - Paris

FÉVRIER 2015

# SOMMAIRE

PREAMBULE	3
1. Présentation du document	4
2. Les niveaux de certification	5
1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	16
1. Les décisions par critères du manuel	17
2.Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	18
3.Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	23
4.Suvi de la décision	25
3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES	26
CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT	27
PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE	28
PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES	34
PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	39
CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT	49
PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS	50
PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT	63
PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT	77
PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES	87
PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	111
SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	115
ANNEXES SUITE A MODALITE(S) de SUIVI : Fiche de suivi ayant fait l'objet d'une analyse par la HAS dans le cadre de la modalité de suivi	118

# PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.  
A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

## 1. Présentation du document

Ce document peut comporter :

- une présentation de l'établissement actualisée,
- les critères ayant fait l'objet du suivi (uniquement les critères pour lesquels l'établissement a souhaité réaliser une fiche de suivi),
- une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
- des fiches de suivi ayant fait l'objet d'un traitement par la Haute Autorité de Santé
- des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :

- la présentation graphique des résultats,
- le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
- les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
- le bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site  
Scope Santé <http://www.scopesante.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

## 2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

<b>Certification</b>	Sans recommandation
<b>Certification avec recommandation(s)</b>	Au moins une recommandation
<b>Certification avec réserve(s)</b>	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
<b>Décision de surseoir à la Certification = Réserve(s) majeure</b>	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
<b>Non certification</b>	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

# 1.PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

# HOPITAUX UNIVERSITAIRE EST PARISIEN-SITE SAINT-ANTOINE (AP-HP)

**Adresse :** 184 rue du faubourg saint-antoine  
75571 Paris PARIS

**Statut :** Public

**Type d'établissement :** Centre Hospitalier Universitaire

Type de prise en charge	Nombre de lits	Nombre de places	Nombre de séances
Court séjour	1526	212	9067
Soins de suite et/ou de réadaptation	364	11	0
Soins de longue durée	30	0	0
Santé mentale	57	5	0
Autre	0	0	0

Nombre de sites.:	<p>Le Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Est (GH HUEP) est composé de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital Saint-Antoine (SAT) - 75012 PARIS</li> <li>- Hôpital Tenon (TNN) - 75020 PARIS</li> <li>- Hôpital Armand Trousseau (TRS) - 75012 PARIS</li> <li>- Hôpital Rothschild (RTH) - 75012 PARIS</li> <li>- Hôpital La Roche-Guyon (LRG) - 95780 LA ROCHE GUYON</li> </ul>
Activités principales.:	<p>Sur le site de Saint-Antoine (SAT):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine : 479 lits ; 75 places</li> <li>- Chirurgie : 163 lits ; 8 places</li> <li>- Psychiatrie générale : 37 lits ; 5 places</li> </ul> <p>Sur le site de Tenon (TNN):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine : 335 lits ; 60 places</li> <li>- Chirurgie : 105 lits ; 4 places</li> <li>- Gynécologie-obstétrique : 95 lits ; 4 places</li> <li>- Psychiatrie générale : 20 lits</li> </ul> <p>Sur le site de Trousseau (TRS):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine : 140 lits ; 22 places</li> <li>- Chirurgie : 56 lits ; 4 places</li> <li>- Gynécologie-obstétrique : 121 lits ; 2 places</li> </ul> <p>Sur le site de Rothschild (RTH):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecine : 40 lits ; 3 places</li> <li>- Soins de Suite et Réadaptation : 234 lits ; 12 places</li> <li>- Soins de Longue Durée: 32 lits</li> </ul>

	<p>Sur le site de La Roche-Guyon (LRG):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soins de Suite et Réadaptation : 80 lits</li> </ul>
<p>Activités de soins soumises à autorisation.:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité de médecine (SAT, TNN, RTH, TRS)</li> <li>- Activité de chirurgie (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Activité de chirurgie esthétique (TNN)</li> <li>- Activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale (TNN, TRS)</li> <li>- Activité de psychiatrie (SAT, TNN)</li> <li>- Traitements des grands brûlés (TRS)</li> <li>- Activité de Soins de Suite et Réadaptation (RTH, LRG)</li> <li>- Activité de Soins de Longue Durée (RTH)</li> <li>- Transplantation d'organes et greffe de moelle osseuse (SAT, TNN)</li> <li>- Accueil et traitement des Urgences (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Réanimation (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale (TNN, TRS)</li> <li>- Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation, activités biologiques d'assistance médicale à la procréation, activités de recueil, traitement, conservation de gamètes et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal (TNN)</li> <li>- Activité de diagnostic prénatal avec CPDPN (TRS)</li> <li>- Traitement du cancer par chirurgie (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Traitement du cancer par chimiothérapie (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Traitement du cancer par autres traitements spécifiques (SAT, TNN, TRS)</li> <li>- Traitement du cancer par utilisation thérapeutique de radioéléments en source non scellées (SAT)</li> <li>- Traitement du cancer par radiothérapie externe et curiethérapie bas débit (TNN)</li> <li>- Activité de prélèvement d'organes de cellules et de tissus (SAT, TNN, TRS)</li> </ul>
<p>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de qualité.:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pôle de biologie médical et pathologie du GH (accrédité partiellement COFRAC à la norme NF EN ISO 15189 et à la norme NF EN ISO 22870 - biologie délocalisée - juillet 2012)</li> <li>- Laboratoire des légionnelles (accrédité norme NF EN ISO/CEI 17025, 2012)</li> <li>- Centre de ressources biologiques GH HUEP (certifié NF S96 900, novembre 2011)</li> <li>- Centre d'assistance médicalisée à la procréation (certifié ISO 9001 version 2008 par l'organisme Euro Quality System, juillet 2009 reconduit en juin 2012)</li> <li>- Centre de physiologie et d'explorations fonctionnelles (SAT- Pr JC.Dussaule), (certifié AFNOR 3110 et ISO 9000, 2012)</li> <li>- Service d'onco-hématologie pédiatrique (TRS - Pr J.Landman) en cours d'accréditation JACIE (inspecté en novembre 2012) pour l'activité de greffe de moelle autologue.</li> </ul> <p>Liste des centres de maladies de référence de maladies rares (centre coordonnateur/ centre constitutif) du GH (liste DGOS – enquête PIRAMIG 2014)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Histiocytose langerhansienne (TRS)</li> <li>Maladie d'Huntington (TRS)</li> <li>Maladie de Rendu Osler (TNN)</li> <li>Amyloses d'origine inflammatoire et de la fièvre méditerranéenne familiale (TNN) (TRS)</li> <li>Angioedèmes non histaminiques (SAT)</li> <li>Anomalies du développement et syndromes malformatifs - IDF (TRS)</li> <li>Cytopénies auto-immunes de l'adulte (SAT)</li> <li>Déficiences intellectuelles de causes rares (TRS)</li> </ul>

Dermatoses bulleuses acquises toxiques et auto-immunes (TNN)  
 Maladies endocriniennes rares de la croissance (TRS) (SAT)  
 Maladies inflammatoires des voies biliaires (SAT)  
 Maladies lysosomales (TRS)  
 Maladies neurogénétiques (TRS)  
 Maladies neuromusculaires - IDF / AP-HP Hôpital Pitié-Salpêtrière (TRS) (RTH) (TNN)  
 Maladies ophtalmologiques rares (TRS)  
 Maladies osseuses constitutionnelles (TRS)  
 Maladies rares d'origine hypophysaire (TRS)  
 Maladies rénales rares d'origine génétique (TRS) (TNN)  
 Maladies respiratoires rares (TRS)  
 Malformations et maladies congénitales du cervelet (TRS)  
 Malformations rares de la face et de la cavité buccale (RTH)  
 Mastocytoses (TNN)  
 Microangiopathies thrombotiques (SAT) (TNN)  
 Neurofibromatoses (TRS)  
 Neuropathies amyloïdes familiales et autres neuropathies périphériques rares (RTH)  
 Syndromes d'EVANS, des anémies hémolytiques et des cytopénies auto-immunes sèvres (TRS)  
 Syndromes drépanocytaires majeurs (TRS) (TNN)  
 Syringomyélie (TNN)  
 Thrombopathies constitutionnelles (TRS)  
 Syndrome néphrotique idiopathique (TNN)

## Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements.:

1) Conventions de coopération prise en charge des personnes âgées  
 Fondation Rothschild 12ème  
 EHPAD Paris Bastille groupe mutualiste RATP  
 Maison de retraite « Ma Maison » Petites soeurs des pauvres  
 Résidence Catherine Labouré  
 Résidence Daumesnil Groupe Korian  
 EHPAD Les Solinacées AREPA  
 Résidence Hérold CAS Ville de Paris  
 Maison de retraite Repotel  
 Maison de retraite Soeurs du Très Saint Sauveur  
 Résidence Alquier Debrousse  
 Résidence les Amandiers  
 Résidence MAPI Saint Simon  
 Résidence Marcel Bou  
 Résidence les Orteaux  
 Résidence au Coeur de Belleville  
 Résidence Océane  
 Résidence Gauthier Wendelen  
 EHPAD Résidence médicales les Terrasses  
 Résolux

EHPAD Les Ambassadeurs

2) Conventions de partenariat prise en charge soins de suite et réadaptation

Clinique du Mesnil

Clinique des Tournelles

Clinique canal de l'Ourcq

Hôpital privé de Thiais

Clinique la Jonquière

Clinique Bois d'amour

Clinique Gallieni du Blanc Mesnil

Clinique du Dr Boyer

Maison Notre Dame du lac

Clinique Parc de Belleville

Hôpital Privé de Saint Denis

Clinique Ambroise Paré Bondy

Clinique Le Bourget

Clinique de l'Aurore

Polyclinique Vauban (neurologie AVC)

Hôpitaux de Saint-Maurice

CFR de Bobigny

3) Conventions de partenariat pour la prise en charge en cancérologie et soins de suite et soins palliatifs

Hôpital Jean Jaurès

Hôpital Foch

Hôpital Gouin

Clinique la Jonquière

Clinique des Tournelles

Centre régional Léon Bérard (centre référence sarcomes)

Centre hospitalier de Bligny

Clinique de la Défense

4) Conventions de prise en charge médicale spécialisée

Fondation Rothschild (neuroradiologie)

Centre 190 (VIH)

Maison Blanche (psychiatrie)

Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des XV-XX (Ophtalmologie et urgences ophtalmologiques, anatomo-pathologie)

Centre Médicale Forcilles (postopératoire chirurgie viscérale)

Clinique Mont-Louis (chirurgie esthétique)

Clinique de Vinci (chirurgie esthétique)

CH d'Argenteuil (autopsies enfants de moins de 2 ans)

Clinique du Château de Villebouzin (psychiatrie)

5) Conventions de partenariat pour la prise en charge de l'insuffisance rénale

Diaverum (IRC)  
Centre de dialyse de Montfermeil  
Nephrocare Fontenay sous Bois  
Nephrocare Vincennes  
Nephrocare Le Raincy  
Nephrocare Aulnay  
Nephrocare  
Aura  
Clinique d'Aulnay  
CMC Pantin  
Clinique de Turin  
Centre Hospitalier Marne le Vallée  
Hôpital de Douala (Cameroun) maladies rénales

### 6) Conventions de partenariat pour la prise en charge des corps des foetus et/ou nouveaux nés décédés

Centre hospitalier Sud francilien  
Hôpital Esquirol  
Les Bluets  
CHI Villeneuve St Georges  
Hôpital Laennec de Creil  
Hôpital d'instruction des armées  
Groupe hospitalier Les Diaconesses - Croix Saint-Simon

### 7) Conventions de prise en charge SSR pédiatrique

Fondation Paul Parquet  
Hôpital d'enfants Margency (Croix Rouge)

### 8) Conventions de prise en charge pédiatrie orthopédique

CRF Villiers sur marne  
CHI Robert Ballanger  
CH Meaux  
Les Hôpitaux de Saint-Maurice  
CFR Ellen Poidatz  
CHU de la Martinique  
Hôpital Saint-Joseph  
GH HUPO (HEGP)

### 9) Convention de prise en charge pédiatrie cardiologique

CC Marie Lannelongue

### 10) Conventions de prise en charge pédiatrie ORL

Institut des enfants sourds  
CAMPS Espoir 93

CEOP (Centre Expérimental Orthophonique et pédagogique)

11) Convention de prise en charge pédiatrie réanimation, soins intensifs, CH Mantes la Jolie (pédiatrie LRG)

12) Convention de prise en charge particulière dans le cadre du GCS  
Hôpital Pierre Rouquès – les Bluets (SSPI, biologie, DPN, AMP)

1) Participation à des réseaux de prise en charge pneumologique  
Morphée (troubles du sommeil)  
Récup'air (insuffisance respiratoire)  
Hypnos (pathologie du sommeil)  
Bronchiolite Ile-de-France (pédiatrie)

2) Participation à des réseaux de prise en charge oncologique  
ONCORIF  
ROPE  
RIFHOP (Prise En Charge onco-hémato-pédiatrique)

3) Participation à des réseaux de prise en charge soins palliatifs  
Océane  
Quiétude (soins palliatifs)

4) Participation à des réseaux de prise en charge de la douleur  
Lutter contre la Douleur

5) Participation à des réseaux de prise en charge surdité  
Réseau IFIC (institut implantation cochléaire)

6) Participation à des réseaux de prise en charge personnes âgées  
Réseau AGEP (gériatrie Est Parisien)  
MAIA

7) Participation à des réseaux de prise en charge néphrologique  
NéphronEst

8) Participation à des réseaux de prise en charge insuffisance cardiaque  
Résicard

9) Participation à des réseaux de prise en charge périnatalité et accès aux soins en périnatalité  
SOLIPAM (Solidarité Paris maman)  
REVHO (pratique IVG en ville)  
Réseau Périnatalité Est Parisien  
DAPSA (prévention, accès aux soins)

## Réorganisation de l'offre de soins

	<p>10) Participation à des réseaux de prise en charge VIH, VHC Réseau COVERIH</p> <p>11) Participation à des réseaux de prise en charge prévention mains Réseau Prévention mains (GCS)</p> <p>12) Participation à des réseaux de prise en charge prévention obésité REPOP Ile De France (pédiatrie)</p> <p>13) Participation à des réseaux de prise en charge neurologie SLA IDF (Réseau Sclérose Latérale Amyotrophique) SINDEFI-SEP (sclérose en plaques)</p>
Regroupement/Fusion.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitution du Groupe hospitalier des Hôpitaux universitaires de l'est parisien (HUEP) en regroupant les sites de Saint-Antoine (SAT), Tenon (TNN), Rothschild (RTH), Armand Trousseau (TRS) et La Roche-Guyon et réorganisation des directions (décembre 2010) ;</li> <li>- Création des pôles intersites et nomination des nouvelles équipes d'encadrement (septembre 2011)</li> <li>- Mise en place des nouvelles instances du GH (décembre 2011).</li> </ul>
Arrêt et fermeture d'activité.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfert de l'activité de traitement des brûlés de l'hôpital Saint-Antoine à Cochin (2010) puis à l'hôpital Saint-Louis</li> <li>- Transfert du service de cardiologie de l'hôpital Tenon à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (2011) et organisation d'un niveau 1 à l'hôpital Tenon en lien avec le service de l'hôpital Saint-Antoine</li> <li>- Transfert du SMUR de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (2011)</li> <li>- Transfert total de la chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Trousseau à l'hôpital Necker (2013)</li> <li>- Transfert partiel de l'ORL de l'hôpital Trousseau à l'hôpital Necker (2013)</li> </ul>
Création d'activités nouvelles ou reconversions.:	<p>Création d'activités nouvelles au sein du GH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil du service de chirurgie hépato-biliaire et de transplantation hépatique de l'hôpital Cochin à l'hôpital Saint-Antoine (2009)</li> <li>- Accueil du service d'hématologie de l'hôpital Hôtel Dieu à l'hôpital Saint-Antoine (2010)</li> <li>- Accueil de l'activité d'AMP biologique de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à l'hôpital Tenon (2012) avec création de l'activité de prise en charge des couples à risques viral à l'hôpital Tenon</li> <li>- Création d'une unité de néonatalogie « kangourou » à l'hôpital Trousseau (2012)</li> <li>- Création d'une activité de chirurgie plastique à l'hôpital Tenon (2012)</li> <li>- Accueil du service de gériatrie et de SSR de l'hôpital Charles Foix à l'hôpital Rothschild – Dr Meaume (2011)</li> <li>- Accueil du service de MPR de l'hôpital Charles Foix à l'hôpital Rothschild – Pr Robain (2011)</li> <li>- Accueil de la pédodontie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à l'hôpital Rothschild (2012)</li> <li>- Accueil de l'odontologie de l'hôpital Hôtel-Dieu à l'hôpital Rothschild (2010)</li> <li>- Accueil du Centre de réglage des implants cochléaires à l'hôpital Rothschild (2011)</li> <li>- Création d'une unité cognitivo-comportementale à l'hôpital Rothschild (2012)</li> <li>- Ouverture d'une unité « plaies et cicatrisation » à l'hôpital Rothschild (2012)</li> <li>- Réouverture du centre IVG de l'hôpital Tenon (2011)</li> <li>- Accueil à l'hôpital Saint-Antoine d'une consultation d'ophtalmologie du Centre Hospitalier National des Quinze-Vingt (2012)</li> </ul>

### Transfert d'activité entre sites (intra GH)

- Transfert des activités d'uro-neurologie de l'hôpital Rothschild à l'hôpital Tenon (2009)
- Transfert des activités de gynéco-obstétrique et néonatalogie de l'hôpital Saint-Antoine vers l'hôpital Tenon et l'hôpital Trousseau (2012)
- Transfert du service de pneumologie de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Tenon (2012)
- Transfert du service de neurologie de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine (2014)
- Transfert partiel du service de psychiatrie de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital Tenon (2012)
- Transfert du service de neuro-urologie et explorations périnéales de l'hôpital Rothschild à l'hôpital Tenon (2010)
- Transfert du centre du sommeil de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine (prévu en 2013)
- Transfert de la stomatologie de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine (2014)

### Ouverture de bâtiments

- Ouverture du bâtiment UPR (Urgences Polyclinique Réanimation) à l'hôpital Saint-Antoine (2009)
- Ouverture du bâtiment Nouveau à l'hôpital Rothschild
- Ouverture du bâtiment BUCA Meyniel à l'hôpital Tenon
- Création dans le bâtiment Mayer d'un DAU (Département Aval des Urgences) à l'hôpital Saint-Antoine (2012)

## 2.DECISION DEFINITIVE DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, la Haute Autorité de Santé prononce une certification avec recommandation(s).

## 1. Les décisions par critères du manuel

### RECOMMANDATION(S)

14.a Court Séjour (Gestion du dossier du patient) .

15.a Court Séjour (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) .

20.a bis Court Séjour (Prise en charge médicamenteuse du patient) .

26.a (Organisation du bloc opératoire) .

## 2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Compte tenu des informations, issues des contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement, inscrites dans le volet Sécurité, Sanitaire de la fiche interface HAS/ARS, la Haute Autorité de Santé demande à l'établissement de finaliser sa mise en conformité sur:

Pour le site TENON :

- hygiène alimentaire (cuisine centrale),
- radiologie interventionnelle.

Pour le site Saint-Antoine :

- Sécurité incendie (bâtiments Maurice Mayer, Moiana et URP),
- Hygiène alimentaire,
- Médecine nucléaire.

Pour le site TROUSSEAU :

- Stérilisation des dispositifs médicaux,
- Sécurité incendie (bâtiments Chigot, Maternité, Lemariez, Pallez),
- Hygiène alimentaire,
- Explorations fonctionnelles,
- Médecine nucléaire.

Pour le site LA ROCHE GUYON :

- Hygiène alimentaire,
- Eaux chaudes sanitaires.

Sur le site Rothschild :

- Sécurité incendie.

Bien que l'établissement ait des avis favorables sur les thèmes cités ci-dessus, les actions pour lever l'ensemble des recommandations prononcées lors de ces contrôles externes sont en cours.

la Haute Autorité de Santé a constaté l'absence de contrôles réglementaires sur:

Pour le site TENON :

- Désinfection des dispositifs médicaux,
- Laboratoires d'analyses de biologie médicale,
- Infrastructures,
- Eaux à usage médical (contrôles internes réalisés),
- Eaux à usage technique (contrôles internes réalisés),
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques,
- Déchets à risques radioactifs,
- Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides,
- Sécurité anesthésique.

Pour le site Saint-Antoine :

- Stérilisation des dispositifs médicaux,
- Désinfection des dispositifs médicaux,
- Laboratoires d'analyses de biologie médicale,
- Infrastructures,
- Eaux à usage médical (contrôles internes réalisés),
- Eaux à usage technique (contrôles internes réalisés),
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques,
- Déchets à risques radioactifs,
- Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides,
- Sécurité anesthésique.

Pour le site TROUSSEAU :

- Circuit du médicament,
- Désinfection des dispositifs médicaux,
- Laboratoires d'analyses de biologie médicale,
- Infrastructures,
- Eaux à usage médical (contrôles internes réalisés),
- Eaux à usage technique (contrôles internes réalisés),
- Eaux chaudes sanitaires (contrôles internes réalisés),
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques,
- Déchets à risques radioactifs,
- Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides,
- Sécurité anesthésique.

Pour le site LA ROCHE GUYON :

- Circuit du médicament,
- Infrastructures,
- Eau d'alimentation,
- Eaux à usage médical,
- Eaux à usage technique,
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.

Sur le site Rothschild :

- Stérilisation des dispositifs médicaux,
- Désinfection des dispositifs médicaux,
- Infrastructures,
- Eaux à usage médicale (Contrôles internes réalisés),
- Eaux à usage technique,

- Eaux chaudes sanitaires,
- Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques,
- Déchets à risques radioactifs,
- Déchets à risques chimiques et toxiques, effluents liquides.

La Haute Autorité de Santé demande à l'établissement et à l'autorité de tutelle compétente de prendre toute mesure pour que les actions de contrôle soient rapidement mises en oeuvre.

La Préfecture de police a prononcé des avis défavorables à l'exploitation des locaux concernant plusieurs bâtiments des sites de TENON, Saint-Antoine et TROUSSEAU :

\* Sur le site de TENON :

- GALIEN / GALIEN EXT / CHARCOT / GREGOIRE / CASSIODORE / LAVOISIER / JOLIOT / PROUST (bloc 1) juin 2006 :

Les travaux du schéma directeur 2008 – 2012 ont consisté en : réalisation d'un PC de sécurité – mise en place détection incendie sur tout le site – désenfumage bâtiments Lavoisier et Proust – mise en place équipe de 18 agents – mise en place de poteaux incendie et de colonnes sèches. Ces travaux sont terminés.

Le bâtiment Charcot est désaffecté.

Un nouveau schéma directeur a été déposé en Préfecture en septembre 2012. Il a été officiellement validé par courrier en date du 8/02/2013.

La 1ère phase de travaux consiste notamment à réaliser la voie échelles cour d'honneur – les accessibilités façades – isolation des blocs ainsi que la mise aux normes du bâtiment Le Lorier. Les travaux correspondants à cette 1ère phase sont programmés en 2013-2014. La levée de l'avis défavorable suppose en sus la réalisation des travaux de désenfumage. Ces travaux lourds seront réalisés dans une 2ème phase 2015 – 2019.

- SALMON / CHAPELLE / COMMUNAUTE / RABELAIS / GARDIE (juin 2006) :

Les travaux sont également intégrés à la 2ème phase du nouveau schéma directeur incendie présenté ci-dessus.

- BABINSKI / LAVOISIER / MORIN / JOLIOT (juin 2006) : Les travaux sont également intégrés à la 2ème phase du nouveau schéma directeur incendie présenté ci-dessus.- Bâtiments Galien/Galien ext/Charcot/Grégoire/Cassiodore/Lavoisier/Joliot/Proust (juin 2006):

\* Sur le site de SAINT-ANTOINE :

Pour tous les bâtiments du site de SAT, une première phase de travaux du schéma directeur 2006 est en cours. Elle consiste en la réalisation d'un PC de sécurité aux normes - mise en place de détection incendie dans tous les bâtiments – mise en sécurité des galeries. Ces travaux seront terminés en 2015.

La deuxième phase de travaux (notamment désenfumage des bâtiments hors Robert André) du schéma directeur qui permettra de lever les avis défavorables sera financée dans le plan 2015 – 2019.

- Bâtiment ROBERT ANDRE (mai 2013) : Le désenfumage vertical dans Robert André sera terminé en 2015. Les gaines horizontales seront faites au fur et à mesure de la restructuration des services notamment dans le cadre du projet biologie dans le plan 2015-2019.

Des travaux pour lever les réserves (petits travaux) de cet IGH sont en cours et seront terminés en 2014.

- Bâtiment JACQUES CAROLI (avril 2013): Le schéma directeur a été actualisé, adressé à la Préfecture de Police le 12 avril 2013 pour validation. Les travaux, y compris ceux de la 1ère phase, intégreront la nouvelle réglementation IGH.

Levée des réserves en cours.

- Bâtiment HORLOGE (avril 2012) : Levée des prescriptions en cours.

- Bâtiment LEMIERRE (avril 2012) : Levée des prescriptions en cours.

\* Site de TROUSSEAU :

- LACAZE (mars 2012) : Ce bâtiment sera désaffecté en 2017.

- LESNE/LABROUSTE (janvier 2011) : Levée des prescriptions en cours.

### 3.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.

#### 4.Suvi de la décision

La Haute Autorité de Santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche qualité et à améliorer son organisation et ses pratiques. Il devra remettre dans un délai de 3 mois des plans d'action avec échéancier pour les recommandations émises suite à cette nouvelle délibération (critères 14a MCO, 15a MCO, 20a bis MCO et 26a).

## 3.CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES

# CHAPITRE 1: MANAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

# PARTIE 1. MANAGEMENT STRATÉGIQUE

## Référence 1: La stratégie de l'établissement

**Critère 1.f**  
**Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles**



**Cotation**

A

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

La stratégie de développement de l'EPP est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Oui

La politique de développement de l'EPP est inscrite dans le plan stratégique de l'AP-HP. Des actions institutionnelles sont identifiées. Il s'agit de thèmes portant sur :

- la juste prescription des produits de santé et examens complémentaires (radiologiques et biologiques) ;
- la mise en œuvre des revues de morbidité-mortalité dans les services cliniques « à risques » ;
- la prise en charge des patients en fin de vie ;
- la mise en place des RCP dans les services prenant en charge le cancer, par exemple.

La stratégie de développement de l'EPP du groupe hospitalier universitaire de l'est parisien (GH HUEP) est formalisée dans le « projet de développement de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers » du plan stratégique 2010-2014 du GH HUEP dans la partie « Promouvoir dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital des analyses de pratiques cliniques sous toutes ses formes en assurant le développement professionnel continu ». Des objectifs sont également définis dans le document de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des

	Oui	soins 2013-2014 validé en décembre 2012. Ce document préconise que les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles doivent être déployées et publiées dans l'ensemble des secteurs. La déclinaison annuelle des contrats de pôle comprend les objectifs en lien avec ces objectifs ainsi que les résultats attendus dans ce domaine. Par ailleurs, depuis la visite initiale, le GH-HUEP a formalisé validé et diffusé en octobre 2014, sa propre politique d'évaluation des pratiques professionnelles 2013-2014 portée par la CMEL et la direction du GH assortie d'une lettre d'engagement conjointe du directeur et du président de CME. Ce document qui a pour objectif d'apporter une cohérence d'ensemble à la démarche est intégré au programme qualité du GH et fixe notamment les responsabilités, définit les organisations et élabore le programme d'EPP.
Une concertation entre les professionnels du soin et les gestionnaires sur la stratégie de l'EPP est en place.	Oui	Au niveau de l'AP-HP, la CME définit et adapte sa stratégie et ses priorités de développement de l'EPP avec la direction de la politique médicale et la direction centrale des soins. Un point sur la politique EPP dans le GH est fait au moins une fois par an en CMEL et en COMEX. Par ailleurs, la concertation entre professionnels de santé et gestionnaires se fait au sein du groupe EPP GH qui est un sous-groupe de la commission qualité et sécurité des soins lui-même sous-groupe de la CMEL. Ce groupe EPP associe des représentants médicaux et paramédicaux de chaque site et des représentants de la direction de la qualité et relation usagers. Il se réunit environ une fois par mois sur la base d'un ordre du jour défini au préalable. Il a pour mission de coordonner les activités des groupes EPP de chacun des sites, de diffuser la démarche ainsi que le suivi des EPP par l'élaboration de tableaux de bord. Au niveau du GH, Il existe une commission EPP / GH animée par un binôme médical / non médical et les réunions de conférence de pôles quadrimestrielles sont le lieu privilégié de concertation et d'échange sur le déploiement des démarches EPP entre les professionnels, les gestionnaires et la direction. Depuis la visite initiale, le renforcement d'un « maillage » précis de

	Oui	référents EPP par site et par pôle d'activité permet de relayer la démarche en assurant des retours périodiques réguliers.
Les missions et les responsabilités sont définies afin d'organiser le développement de l'EPP dans tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique.	Oui	L'AP-HP conduit le déploiement vers le groupe hospitalier et coordonne le dispositif au moyen d'une base de données commune renseignée par les référents (correspondants de l'AP-HP) au niveau des sites. Le référent du GH auprès de l'AP-HP sur ce thème est identifié. Le président de la CMEL a missionné le médecin expert en gestion des risques pour coordonner le groupe EPP du GH HUEP en avril 2012. Des groupes EPP ont été installés dans chacun des sites animés par des référents EPP de site. L'objectif recherché est également d'identifier un référent médecin et un référent soignant par pôle. Le rôle du référent EPP a été défini par le groupe EPP du GH. Il a en charge la mise en place d'une aide méthodologique EPP, l'animation et le suivi des EPP, l'aide à l'utilisation de la base de données EPP institutionnelle de l'AP-HP ainsi que la validation des EPP sur cette base de données. Depuis la visite initiale, tous les sites disposent d'un binôme référent médical et non médical pour lesquels des fiches de poste ont été élaborées. A ce jour, tous les secteurs d'activité cliniques et/ou médico-techniques disposent d'une liste de référents médicaux et paramédicaux par pôle en lien avec les référents sites et les responsables EPP GH. Leurs missions sont également précisées au sein de fiches de missions.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un accompagnement des professionnels est réalisé pour la mise en oeuvre de l'EPP.	Oui	La base de données EPP AP-HP permet un accompagnement des acteurs du groupe hospitalier. Elle intègre des outils facilitant. Une formation institutionnelle à l'audit interne facilite son utilisation au sein des programmes d'EPP. L'accompagnement des professionnels est coordonné et structuré par le groupe EPP du GH et dans le cadre des groupes EPP de sites. Les référents EPP de sites ainsi que

	Oui	<p>l'équipe qualité de la direction qualité et relations avec les usagers, membres de cette sous-commission, ont pour rôle d'accompagner les référents de pôles lorsqu'ils sont identifiés et les pilotes d'EPP. Cet accompagnement consiste en priorité à identifier les EPP en cours présentes sur la base de données EPP institutionnelle et à susciter des EPP dans les secteurs ou sur les thèmes identifiés comme prioritaires. Cet accompagnement est principalement orienté sur l'appropriation par les professionnels engagés dans une démarche d'EPP de la base institutionnelle. Tous les professionnels disposent sur le site Intranet d'un KIT d'accompagnement aux démarches EPP avec de nombreux documents didactiques sur les différentes méthodologies applicables. Les référents aujourd'hui en place sur tous les pôles assurent également le soutien méthodologique en appui de nombreux documents support (affiches, flyers, visuels de présentation, etc.). Des ressources supplémentaires en personnel qualifié accompagnent la structuration de la démarche au niveau DU GH.</p>
L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches d'EPP.	Oui	<p>Afin d'assurer un partage d'expériences entre les divers groupes hospitaliers et sites de AP-HP, des journées EPP AP-HP ont été organisées dès 2006. La base de données communes EPP AP-HP est déployée depuis 2011 sur l'ensemble des groupes hospitaliers et sites de l'AP-HP. Le président de la CMEL du GH a confié le suivi de l'avancement et du développement des EPP au groupe EPP du GH. Ce groupe a notamment pour rôle de recueillir et alimenter les données issues de la base de données EPP institutionnelle, réaliser et suivre un tableau de bord par activité et par pôle, la communication et le suivi de l'évolution de ces démarches. Les groupes EPP de site ont en général une réunion mensuelle. C'est essentiellement à ce niveau que sont suivies les évolutions des EPP. Les modalités de suivi reposent particulièrement sur l'enregistrement des EPP dans la base de données EPP institutionnelle qui classe leur état d'avancement en trois étapes. Un bilan annuel est mis à l'ordre du jour de la COMEX ainsi que de la CMEL. Les</p>

	Oui	"conférences de pôle qualité et sécurité des soins" organisées en principe deux fois par an sont le lieu d'échange et de bilan sur l'avancement des EPP. Essentiellement axé sur un état quantitatif des démarches lors de la visite initiale, le GH assure aujourd'hui par pôle un bilan quantitatif mais également qualitatif des démarches engagée avec un retour systématique lors des conférences de pôle trimestrielles en intégrant une mesure d'impact sur la maturité des EPP au niveau de chaque pôle. Cet état d'avancement est également suivi au niveau de la commission qualité du GH, des instances locales et institutionnelles via la base AP-HP-AP2.
Les professionnels sont informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus.	Oui	L'AP-HP présente annuellement les éléments de la politique EPP et son bilan en CME. Les informations sur les éléments de la politique et sa mise en œuvre sont accessibles à tous par le site Intranet de la DPM et ont fait l'objet d'une plaquette spécifique diffusée très largement dès 2007 dans tous les hôpitaux et à tous les médecins. De son côté, le comité central EPP a diffusé des mises à jour sur l'organisation des EPP dans les hôpitaux et a réuni les présidents des comités EPP. La base de données EPP permet à tous de suivre les évolutions en matière de programmes d'EPP, que ce soit dans leur secteur, hôpital, GH ou sur toute l'APHP. La politique et le programme qualité et sécurité des soins du GH HUEP ont font l'objet d'une information auprès des instances. Ces informations sont disponibles sur le site Intranet. La démarche EPP du GH fait également l'objet d'une communication sur différents supports tels que plaquettes ou affiches. Les référents EPP pôle et sites et les groupes EPP de site s'assurent de la diffusion de ces informations.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'établissement rend compte de ses démarches EPP devant ses instances.	Oui	Pour l'AP-HP, les éléments de la politique EPP et le bilan sont présentés annuellement en CME et ont fait l'objet de très nombreuses présentations dans les hôpitaux (CCM, CEL, comité EPP...). Les instances identifiées au sein du GH auprès desquelles un compte-rendu des démarches EPP est

<p>La stratégie de développement de l'EPP est révisée à périodicité définie, en fonction des résultats obtenus.</p>	<p>Oui</p>	<p>réalisé sont la CMEL et la COMEX. Le principe a été retenu de présenter un bilan au moins une fois par an auprès de ces instances. Le bilan présentant les démarches EPP en cours dans l'établissement s'appuie essentiellement sur la base de données EPP institutionnelle. Une présentation est faite également en conférence de pôle. Le GH assure aujourd'hui par pôle un bilan quantitatif mais également qualitatif des démarches engagée avec un retour systématique lors des conférences de pôle trimestrielles en intégrant une mesure d'impact sur la maturité des EPP au niveau de chaque pôle en précisant les axes d'amélioration apportés. Cet état d'avancement est également suivi au niveau de la commission qualité du GH, de la CMEL, des instances locales et institutionnelles via la base AP-HP-AP2.</p>
	<p>En grande partie</p>	<p>L'état d'avancement des programmes EPP fait l'objet d'un bilan régulier en COMEX et CMEL, et d'un suivi en conférence qualité et sécurité des soins de chaque pôle. Les contrats de pôle font l'objet d'avenants en cours de formalisation, intégrant des indicateurs en lien avec les EPP. Les objectifs stratégiques et les moyens mis en œuvre afin d'assurer le suivi des mesures d'impact sont définis dans un document de cadrage et le COPIL EPP met régulièrement à jour le tableau de bord de ce déploiement en termes d'actions et d'impact. Au niveau du GH, la stratégie formalisée en 2012 a été révisée et a laissé place à de nouvelles modalités de gouvernance de la démarche EPP mises en œuvre au second semestre 2014 en déclinaison de la politique EPP du GH. Cette dernière est toutefois est trop récente pour permettre un réajustement de la nouvelle stratégie déployée.</p>

## PARTIE 2. MANAGEMENT DES RESSOURCES

## Référence 3: La gestion des ressources humaines

### Critère 3.c Santé et sécurité au travail

*Le CHSCT est obligatoire dans tous les établissements publics et privés d'au moins cinquante salariés. En dessous de cinquante salariés, les missions du CHSCT sont assurées par les délégués du personnel.*

## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie.

Oui

La prévention des risques professionnels était déjà inscrite au plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP et intègre de nouveau la nouveau plan stratégique 2015-2019. La direction des ressources humaines de l'AP-HP, à travers le service prévention santé au travail, a pour mission, en collaboration avec les représentants du personnel au CHSCT central, de cibler les actions prioritaires de l'institution, d'assurer un appui méthodologique sur des sujets transversaux et de coordonner l'attribution d'enveloppes financières dédiées à la prévention des risques. L'identification des risques professionnels a été menée de façon institutionnelle au sein du groupe hospitalier des Hôpitaux universitaires de l'est parisien (GH HUEP) notamment sur le risque amiante avec un plan dédié assorti d'un tableau de bord spécifique. En association avec les CHSCT, un programme permettant d'identifier et de définir des actions sur les risques psychosociaux a été formalisé et mis en œuvre avec depuis la visite initiale la mise en place d'un COPIL au niveau du GH-HUEP et d'un COPIL RPS par site. Dans le cadre de l'élaboration de documents uniques dans

	Oui	chaque site, l'identification des risques professionnels a été réalisée. Ces documents uniques ont fait l'objet d'actualisation au fil de l'eau avec un point annuel en CHSCT. Depuis la visite initiale, le document unique de l'hôpital de la Roche Guyon a été finalisé avec réactualisation courant 2014. Ce document unique sera présenté aux instances concernées le 8/12/14. Par ailleurs, des groupes de travail ont été activés portant notamment sur la prévention de la violence, les difficultés en service d'urgence, etc.
Le document unique est établi.	Oui	Le GH HUEP dispose aujourd'hui d'un CHSCT dans chacun des cinq sites. Lors de la visite de suivi, il a pu être constaté la formalisation d'un document unique sur l'évaluation des risques au travail mis à jour et validé en CHSCT dans chacun des 5 sites du GH-HUEP. Ceci a pu se réaliser au travers du recrutement en juin 2013 d'un agent qualifié conseillé en prévention des risques et dédié au suivi de cette thématique. A ce jour, donc 100% des unités de travail sont évaluées et tous les documents uniques sont consultables sur l'Intranet du GH.
Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini.	Oui	Des programmes de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT) sont définis à l'hôpital de Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. Le préventeur des risques recruté en juin 2013 a réalisé les plans d'amélioration des conditions de travail pour les sites de Rothschild et La Roche-Guyon, qui ont été présentés en CHSCT le 12/10/13 pour le site de Rothschild et le 10/12/13 pour le site de la Roche-Guyon.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de prévention des risques sont mises en oeuvre en collaboration avec le CHSCT et le service de santé au travail.	En grande partie	Des actions de prévention des risques telles que la prévention de risques chimiques à l'hôpital Tenon et à Trousseau ainsi que la formation sur les TMS organisée à Rothschild sont mises en oeuvre dans les sites du GH HUEP. Des contrats locaux d'amélioration des conditions (CLACT) ont été mis en oeuvre et validés par les CHSCT des différents sites. Sur chacun des sites, des équipes de prévention pluri

	En grande partie	professionnelles sont organisées autour des services de santé au travail favorisant une analyse et une appréhension globale des risques professionnels. Les services locaux de santé au travail bénéficient également de l'appui et des ressources du service central de santé au travail de l'AP-HP. Le service de santé au travail est associé et participe aux actions de prévention des risques selon sa disponibilité. Depuis la visite initiale, le GH a lancé une politique de recrutement en médecins du travail avec une consultation dès février 2013. A ce jour, le GH-HUEP dispose de temps médical suffisant sur Rothschild (0,6 ETP) mais encore légèrement insuffisant sur Saint-Antoine (1 ETP/2 ETP requis) et Trousseau (0,7 ETP/1,6 ETP requis). Ces médecins du travail sont associés et impliqués à la dynamique de santé et qualité du travail avec une participation active aux Copils DU-PAPRIPACT et des RPS, de la commission ATMP et au décours des visites DU pilotées en lien avec le CHSCT.
Des actions d'amélioration des conditions de travail sont mises en oeuvre.	Oui	Les actions de prévention des risques, identifiées dans le cadre du travail des CHSCT de sites, font l'objet d'actions d'amélioration. Les démarches de prévention portées au niveau du GH (ex. : prévention des TMS, prévention des RPS, etc.) permettent d'associer le service de santé au travail, à certaines actions de prévention mises en œuvre dans chacun des sites du GH. Il existe aujourd'hui un PAPRIPACT pour chacun des sites du GH-HUEP, suivi de plan d'actions spécifiques avec un groupe de travail dédié par site. A titre d'exemple, le GH a matérialisé une enveloppe budgétaire dédiée à l'amélioration des conditions de travail par site avec délégation aux pôles permettant notamment l'achat d'équipement de prévention.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le programme de prévention des risques et le document unique sont évalués à périodicité définie, sur la base du bilan du service de santé au travail, du CHSCT, des déclarations d'accidents du travail et d'événements indésirables.	Oui	Les programmes, formalisés sur les différents sites, sont évalués en tenant compte notamment du CHSCT, de l'analyse des situations à risques réalisée par les représentants du personnel, du bilan annuel de la médecine du travail et des données issues des fiches d'événements

	Oui	indésirables. Il existe aujourd'hui une procédure de démarche de prévention des RPS qui intègre une périodicité d'évaluation. Le GH assure le suivi des programmes au travers des COPILS dédiés qui se réunissent au moins tous les trimestres avec un bilan annuel globalisé et actualisé du document unique.
Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration.	Oui	Les évaluations réalisées, associées aux visites périodiques au sein des COPILS dédiés donnent lieu à des actions d'amélioration au sein des pôles avec par exemple la mise en place de COPIL RPS, d'une commission ATMP, de groupe de travail sur la qualité de vie au travail en service de nuit.

## PARTIE 3. MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.a  
Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est formalisé.

Oui

L'AP-HP a mis en place un comité de pilotage central "qualité gestion des risques et relations avec les usagers" chargé de proposer un plan stratégique (5 axes, 15 priorités) pour la période en cours (2010-2014). Le développement de ce plan stratégique a été présenté avec l'évolution du nouveau plan stratégique AP-HP 2015-2019 aujourd'hui finalisé. Ces plans déclinent des priorités en identifiant l'accompagnement des actions et en formalisent l'évaluation de la mise en œuvre. Le plan prend en compte les résultats des certifications précédentes des hôpitaux de l'AP-HP. Le GH Hôpitaux universitaires de l'est parisien (HUEP) dispose d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 2013-2014 (PAQSS) qui prend en compte les priorités stratégiques de l'AP-HP 2010- 2014, autour de cinq axes prioritaires qui sont:

- le management de la qualité et de la gestion des risques ;
- la qualité des pratiques et de la sécurité des soins ;
- l'accueil, l'information et les relations avec les usagers ;
- la sécurité de fonctionnement des installations et des prestations au service du soin;

<p>Oui</p>	<p>- le renforcement de la politique des ressources humaines autour de la qualité et de la sécurité.</p> <p>Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins a été réactualisé, validé et diffusé depuis la visite initiale et se trouve aujourd'hui formalisé autour de quatre axes (parcours du patient, promotion des démarches qualité, analyse et prévention des risques et écosystème hospitalier). Ce programme implique la direction du GH et la commission médicale d'établissement locale (CMEL), en particulier au travers de sa sous-commission qualité et sécurité des soins (CQSS), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de chacun des sites. La définition du programme s'est appuyée sur une organisation en réseau déclinée dans chacun des sites, sur un mode pluriprofessionnel et interdisciplinaire avec intégration de la démarche aux contrats de pôle au travers d'objectifs. Le GH a décliné à partir de ce programme, des priorités issues d'auto-évaluations pour chaque pôle, des PEP HAS, d'audits, de visites de risque, de l'observation d'indicateurs nationaux et institutionnels, des événements indésirables recensés et des priorités définies par les commissions spécifiques (CLIN, CLUD, CSTH, COMEDIMS, COVIRIS...). Des référents qualité sont identifiés au sein des pôles et tous les binômes (médicaux /non médicaux) sont aujourd'hui identifiés sur l'ensemble des pôles cliniques. Le PAQSS comporte les définitions d'actions articulées autour de quatre axes (parcours patient, promotion des démarches qualité, analyse et prévention des risques et écosystème hospitalier). Chaque action, comportant une échéance et un indicateur de suivi, est confiée à un chef de projet et à un ou des pilotes identifiés. Le suivi est assuré par la CQSS, en particulier par l'intégration des objectifs aux contrats de pôle. Des conférences de pôle assurent les points d'étapes relatifs à l'avancée de la démarche. Depuis la visite initiale, le programme 2014-2015 intègre une déclinaison du programme sur les secteurs à risques identifiés notamment</p>
------------	---

	Oui	aux blocs opératoires, en endoscopie, en médecine nucléaire et en radiothérapie. Les cartographies des risques y sont formalisées et donne lieu à des plans d'actions spécifiques.
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements, ainsi que les risques majeurs et récurrents.	Oui	Le PAQSS du GH a été élaboré à partir des objectifs du siège APHP, des évaluations internes, des événements indésirables recensés au sein des unités de soins au travers du logiciel dédié et aujourd'hui totalement déployé sur le GH-HUEP, des réclamations et plaintes, des indicateurs nationaux et des priorités spécifiques des vigilances et commissions locales. Il décline des axes de travail en conformité avec la réglementation, en particulier concernant la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'analyse et la prévention des risques liés aux soins, la continuité des soins et la promotion de l'évaluation des pratiques professionnelles.
Les activités, réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, sont prises en compte.	Non	Depuis la visite initiale, la liste des médecins engagés dans le dispositif d'accréditation des médecins concernés a été mise à jour. Cependant, les actions menées à ce titre par les 7 médecins identifiés ne sont toujours pas intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS).
Le programme est soumis aux instances.	Oui	Le PAQSS a été soumis et validé par les instances en novembre et décembre 2012 (comité qualité sécurité des soins, commission des soins infirmiers rééducation médico-technique, comité technique d'établissement, COMEX, conseil de surveillance et CRUCQPC des différents sites). Le programme est présenté en CMEL.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en oeuvre dans les secteurs d'activité.	Oui	Les plans d'actions sont définis à l'échelle du GH et déclinés dans les objectifs de pôle. Des chefs de projet, pilotes et copilotes sont désignés pour chaque action. Au sein des pôles, des référents binômes médicaux et non médicaux qualité sont identifiés sur la totalité des pôles. Les plans intègrent des indicateurs et échéances. La direction qualité assure une assistance méthodologique. Un membre de la

	Oui	direction qualité GH est également référent par pôle permettant d'assurer la cohésion du dispositif. Dans le respect du plan institutionnel, au sein des pôles, la déclinaison de la gestion de la démarche qualité et sa priorisation est propre à chaque pôle au regard de ses spécificités, de sa taille et de ses ressources. Des audits sont menés au sein de tous les pôles avec une large communication sur les dispositifs et les ressources accompagnantes mis en œuvre.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	Oui	Le GH assure le suivi des plans d'actions au travers du reporting relatif aux conférences de pôles d'accompagnement. Les objectifs et leur suivi sont posés au sein du volet dédié de chacun des contrats de pôle. Au regard des objectifs définis, un point d'étape concernant le plan d'actions global est réalisé au moins deux fois par an. Au sein des secteurs d'activité, les référents désignés assurent le suivi des plans d'actions retenus en lien avec la direction des soins et la direction qualité du GH.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	Oui	A l'AP-HP, des indicateurs sont définis et suivis régulièrement par le COPIL qualité et gestion des risques en fonction des priorités. Des évaluations ciblées en fonction des priorités institutionnelles sont conduites au niveau institutionnel par chaque direction, afin de renforcer la dynamique sur ces sujets et favoriser le benchmarking interne entre les GH et sites de l'AP-HP et à l'extérieur, avec par exemple la diffusion aux hôpitaux sur le site Internet de la CME, fin 2009, des résultats de l'enquête sur la pratique des RMM à l'AP-HP ainsi que les orientations stratégiques retenues par la CME. Une enquête sur les pratiques exigibles prioritaires de la certification V2010 est conduite annuellement par la DOMU (Direction de l'organisation médicale et Universitaire), et ses résultats sont partagés entre l'ensemble des GH et instances concernées. Le PAQSS 2013-2014 a été validé fin 2012 puis a fait l'objet d'un bilan d'étape en mai 2013. Celui-ci a fait l'objet d'une évaluation

	Oui	en mai 2014 permettant sa réactualisation et la formalisation d'un PAQSS 2014-2015 ajusté. Au Regard de cette démarche déployée, l'évaluation des anciens PAQSS par site n'est plus pertinente laissant donc place à une déclinaison polaire.
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	Oui	Le bilan de l'enquête 2009 fait par l'AP-HP a conduit à mener des actions d'amélioration dont certaines sont pilotées en central par des instances ou des groupes de travail transversaux (fin de vie, fonction gestion des risques, erreur d'identification, événements indésirables graves, dossier de soins, par exemple). Le bilan définitif du PAQSS du GH-HUEP a été évalué en mai 2014 et présenté aux instances. Celui-ci a permis le réajustement du programme en fonction des résultats des évaluations avec une prochaine évaluation du PAQSS 2014-2015 projetés pour décembre 2015 avec pour objectif la prise en compte du contexte du compte qualité de la V2014.

Référence 8: Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins

Critère 8.f  
Gestion des évènements indésirables



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Oui

L'AP-HP propose un accompagnement central, par la ou les directions concernées, pour les événements indésirables graves (EIG) ou complexes. Un logiciel de signalement est mis à disposition par l'AP-HP. Une charte d'utilisation est définie et consultable lors de l'utilisation du dispositif, ainsi qu'un guide d'utilisation.

La gestion des événements indésirables fait partie des axes stratégiques du PAQSS au sein du GH. Une organisation est en place articulée autour du COVIRIS GH (missions de proposition et priorisation des actions et recommandations en matière de gestion des risques (GDR), promotion de la culture de la sécurité des soins et coordination de l'analyse des EIG), des COVIRIS de sites (mission d'accompagnement des services pour la gestion et l'analyse des EI, diffusion de la culture de la sécurité des soins et diffusion des recommandations et enseignements). Des gestionnaires d'événements assurent le relais et le suivi des déclarations. Leurs missions sont définies. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est désigné. Ses missions sont également formalisées.

Oui	<p>Le support électronique de signalement de l'AP-HP développé sur l'ensemble des sites du GH intègre l'identification et la nature du déclarant, l'identification des personnes en causes, le lieu et la nature du dysfonctionnement, la description des faits ainsi que la gravité évaluée par le déclarant. La notion de gravité est intégrée au support de signalement et mentionne la gravité ressentie par le déclarant. Ce support électronique est généralisé à l'ensemble des services et constitue l'unique source de recueil des événements indésirables.</p> <p>Une procédure (Principes de gestion d'un événement indésirable associé aux soins) précise le circuit d'analyse, intègre dans ses annexes des échelles de gravité, criticité et vraisemblance et précise les typologies d'EI nécessitant une déclaration au directeur de site (procédure d'information de la direction de site en cas d'événement indésirable grave associé aux soins).</p> <p>Un dépliant flyer « Événement indésirable associé aux soins du patient : le rôle du professionnel de santé » décrit également les modalités de déclaration à destination des professionnels.</p> <p>Une charte de déclaration définit un cadre pour le signalement des événements indésirables (conditions de collecte et d'utilisation des données, garantie encadrant l'utilisation du logiciel, etc.).</p> <p>Le dispositif de signalement intègre les registres des plaintes et réclamations ainsi que les vigilances.</p>
-----	--

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	Constats
Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.	Oui	<p>L'AP-HP met à la disposition des professionnels des outils communs de gestion et d'analyse des événements indésirables. Une formation des professionnels à l'utilisation du support électronique de signalement est dispensée à l'ensemble des personnels. Le déploiement de cette formation s'appuie notamment sur un kit de base accessible sur l'Intranet GH. Un dépliant flyer « événement indésirable associé aux soins du patient : le rôle du professionnel de santé » est</p>

	Oui	également remis aux professionnels. D'autres formations concourent à développer une véritable culture du signalement. Elles passent par le visionnage d'un film intitulé « Que reste-t-il de nos erreurs », par l'organisation des « Journées des vigilances infirmière » et des « Journées d'accueil des nouveaux arrivants ».
Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.	Oui	Le COVIRIS a défini une stratégie de formation permettant d'assurer une analyse pertinente des événements signalés, à partir de méthodes reconnues et validées. Les personnes ressources (professionnels référents, membres permanents du COVIRIS, personnels ayant un rôle stratégique) concernées par l'analyse des EI sont ainsi formées au processus de hiérarchisation des risques et d'analyse des causes. Ces actions de formation portent sur l'analyse systémique, l'analyse des causes racines, les RMM et les CREX. Des supports spécifiques viennent en appui de ces formations (méthodes ALARM, ORION, RMM, CREX).
L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.	En grande partie	Le processus de hiérarchisation permet d'identifier les EI nécessitant une analyse des causes profondes. Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une analyse au travers de méthodes validées (ALARM, ORION, etc.), avec le concours des personnes ressources expertes. Le secteur de radiothérapie analyse en routine ses dysfonctionnements, par ailleurs déclarés à l'ASN et sur le dispositif institutionnel. Les CREX médicaments initiés en 2012 à Tenon sont généralisées aujourd'hui sur les autres sites. Cependant, sur les vingt secteurs identifiés à risque ayant obligation de répondre à l'organisation de RMM, seuls quinze le font en répondant aux exigences requises (méthode structurée, conduite collective, analyse systémique, etc.).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

Des actions correctives sont mises en oeuvre à la suite des analyses.	Oui	<p>Pour les EIG déclarés et analysés, des actions correctives sont mises en oeuvre au sein du secteur d'activité concerné et coordonnées par le COVIRIS.</p> <p>L'établissement établit régulièrement une extraction des déclarations effectuées sur l'outil de déclaration informatisé, qui précise sur un mode statistique les typologies, les déclarants, les secteurs concernés et l'état de traitement.</p> <p>Par ailleurs, des tableaux de bord permettent de suivre le traitement des événements déclarés en y intégrant les actions correctives engagées, les modalités de mise en oeuvre, le responsable de l'action, l'échéance et l'indicateur de suivi.</p>
Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.	Oui	<p>Le système unique de déclaration des événements indésirables (EI) permet l'identification des EI récurrents à l'échelle du GH. Leur analyse conduit à une prise en compte de mesures adaptées.</p> <p>L'identification d'événements de même nature et récidivant a conduit certains secteurs à engager des RMM concernant des analyses de pratique.</p> <p>Une EPP a été menée sur la pertinence de la prescription médicamenteuse du sujet âgé, induite par la iatrogénie médicamenteuse, suite à des analyses d'EI récurrents. Des actions correctives sur les causes profondes sont mises en oeuvre sous forme de mesures de réduction de risque afin de diminuer le niveau de criticité résiduel.</p>
L'efficacité des actions correctives est vérifiée.	Partiellement	<p>L'établissement a développé une politique de gestion des événements indésirables. Cette démarche, initié au travers du PAQSS en décembre 2012, a atteint un niveau de déploiement qui permet aujourd'hui des mesures d'impact sur certaines actions correctives engagées. C'est le cas par exemple par rapport aux travaux menés autour de la prévention des chutes ou des escarres.</p> <p>Cependant, des indicateurs de suivi ne sont pas identifiés sur toutes les actions mises en place et un dispositif de mesure de l'efficacité des actions correctives en tant que tel n'est pas arrêté.</p>

## CHAPITRE 2: PRISE EN CHARGE DU PATIENT

# PARTIE 1. DROITS ET PLACE DES PATIENTS

**Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient**

**Critère 11.c - Court Séjour**  
**Information du patient en cas de dommage lié aux soins**

Cotation	B	
E1 Prévoir	Réponses aux EA	Constats
<p>Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'AP-HP a élaboré plusieurs documents sur la gestion des événements indésirables graves (un guide « EIG, parlons-en », deux fiches « En cas d'événement indésirable grave - Que dire au patient ? – Comment faire ? » et « Gérer, analyser l'EIG et informer le patient » incluant l'information du patient en cas de survenue d'un dommage lié aux soins. Une plaquette d'information « Les événements indésirables graves » énonce le principe « Qu'au-delà de la prise en charge du patient, il y a lieu de s'assurer de son information et de la traçabilité dans le dossier de ce qui a été dit et fait ». Ces documents sont à disposition des professionnels du GH via l'Intranet de l'établissement. Au niveau du groupe hospitalier (GH), une affiche à destination des patients « Vos droits à l'information en cas de dommage » est présente sur les tableaux d'affichage des services. Un groupe de travail au niveau du GH sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a été constitué en janvier 2013. Il est composé de personnels médicaux et paramédicaux, mais également du responsable des droits des usagers, du coordonnateur de la gestion des risques</p>

	Oui	associés aux soins, de la coordinatrice qualité du GH, d'un psychologue, d'un représentant de la Commission éthique et d'un représentant des usagers. Ce groupe détermine les axes de structuration de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins au niveau du GH. Il élabore entre autres la stratégie en termes de formation et d'accompagnement des soignants, et insuffle au niveau du GH une harmonisation de la séquence d'annonce. Un champ « complication lié aux soins » a été notamment ajouté sur le support électronique de signalement, afin d'interpeller directement les personnes ressources impliquées dans cette dynamique institutionnelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	Le groupe de travail sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a organisé le 12 février 2014 une conférence débat à destination des professionnels du GH sur le thème « Comment informer un patient en cas de dommage lié aux soins ». Un retour sur cette 1 <sup>er</sup> édition a fait l'objet de la rédaction d'une « New Letter » interne le 18 mars 2014, en reprenant les sujets abordés et en concluant par « Commettre une erreur n'est pas une faute, ce qui en est une est de la taire ». Des réunions / formations intitulées « Parcours de soins : de la parole du patient à l'écoute du soignant » aborde le sujet de « L'erreur dans le soin : libérer la parole pour recréer la confiance et réparer un dommage » et engage un débat à partir de la projection du film intitulé « Que reste-t-il de nos erreurs ». La première réunion s'est tenue le 25 novembre 2014, et deux autres sont prévues les 30 janvier et 4 mars 2015. Ce film a également été projeté les 1, 8 et 9 octobre, ainsi que le 4 novembre 2014 lors d'une séance suivi d'un débat. Un exemplaire de ce dernier est aujourd'hui disponible dans tous les secteurs d'activité du GH.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	La campagne de sensibilisation et de formation sur « L'information du patient en cas de dommage lié aux soins » a permis aux professionnels d'appréhender leur rôle au moment du temps d'annonce, lors de la survenue d'un EIG. Les professionnels sont en capacité aujourd'hui d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins. Cependant, la démarche institutionnelle étant récente (première action concrète en février 2014), l'appropriation des points clefs à respecter par les professionnels est en cours (qui fait quoi, quelles informations donner, quelles informations tracées, etc.).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	Un état des lieux non formalisé des pratiques a été réalisé lors de l'initiation du groupe de travail. Cependant, la mise en place récente de cette démarche au niveau du GH n'a pas permis d'évaluer et d'améliorer le dispositif institutionnel aujourd'hui présent.

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Santé mentale  
 Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

Oui

L'AP-HP a élaboré plusieurs documents sur la gestion des événements indésirables graves (un guide « EIG, parlons-en », deux fiches « En cas d'événement indésirable grave - Que dire au patient ? – Comment faire ? » et « Gérer, analyser l'EIG et informer le patient » incluant l'information du patient en cas de survenue d'un dommage lié aux soins. Une plaquette d'information « Les événements indésirables graves » énonce le principe « Qu'au-delà de la prise en charge du patient, il y a lieu de s'assurer de son information et de la traçabilité dans le dossier de ce qui a été dit et fait ». Ces documents sont à disposition des professionnels du GH via l'Intranet de l'établissement. Au niveau du groupe hospitalier (GH), une affiche à destination des patients « Vos droits à l'information en cas de dommage » est présente sur les tableaux d'affichage des services. Un groupe de travail au niveau du GH sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a été constitué en janvier 2013. Il est composé de personnels médicaux et paramédicaux, mais également du responsable des droits des usagers, du coordonnateur de la gestion des risques

	Oui	associés aux soins, de la coordinatrice qualité du GH, d'un psychologue, d'un représentant de la Commission éthique et d'un représentant des usagers. Ce groupe détermine les axes de structuration de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins au niveau du GH. Il élabore entre autres la stratégie en termes de formation et d'accompagnement des soignants, et insuffle au niveau du GH une harmonisation de la séquence d'annonce. Un champ « complication lié aux soins » a été notamment ajouté sur le support électronique de signalement, afin d'interpeller directement les personnes ressources impliquées dans cette dynamique institutionnelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	Le groupe de travail sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a organisé le 12 février 2014 une conférence débat à destination des professionnels du GH sur le thème « Comment informer un patient en cas de dommage lié aux soins ». Un retour sur cette 1 <sup>er</sup> édition a fait l'objet de la rédaction d'une « New Letter » interne le 18 mars 2014, en reprenant les sujets abordés et en concluant par « Commettre une erreur n'est pas une faute, ce qui en est une est de la taire ». Des réunions / formations intitulées « Parcours de soins : de la parole du patient à l'écoute du soignant » aborde le sujet de « L'erreur dans le soin : libérer la parole pour recréer la confiance et réparer un dommage » et engage un débat à partir de la projection du film intitulé « Que reste-t-il de nos erreurs ». La première réunion s'est tenue le 25 novembre 2014, et deux autres sont prévues les 30 janvier et 4 mars 2015. Ce film a également été projeté les 1, 8 et 9 octobre, ainsi que le 4 novembre 2014 lors d'une séance suivi d'un débat. Un exemplaire de ce dernier est aujourd'hui disponible dans tous les secteurs d'activité du GH.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	La campagne de sensibilisation et de formation sur « L'information du patient en cas de dommage lié aux soins » a permis aux professionnels d'appréhender leur rôle au moment du temps d'annonce, lors de la survenue d'un EIG. Les professionnels sont en capacité aujourd'hui d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins. Cependant, la démarche institutionnelle étant récente (première action concrète en février 2014), l'appropriation des points clefs à respecter par les professionnels est en cours (qui fait quoi, quelles informations donner, quelles informations tracées, etc.).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	Un état des lieux non formalisé des pratiques a été réalisé lors de l'initiation du groupe de travail. Cependant, la mise en place récente de cette démarche au niveau du GH n'a pas permis d'évaluer et d'améliorer le dispositif institutionnel aujourd'hui présent.

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

Oui

L'AP-HP a élaboré plusieurs documents sur la gestion des événements indésirables graves (un guide « EIG, parlons-en », deux fiches « En cas d'événement indésirable grave - Que dire au patient ? – Comment faire ? » et « Gérer, analyser l'EIG et informer le patient » incluant l'information du patient en cas de survenue d'un dommage lié aux soins. Une plaquette d'information « Les événements indésirables graves » énonce le principe « Qu'au-delà de la prise en charge du patient, il y a lieu de s'assurer de son information et de la traçabilité dans le dossier de ce qui a été dit et fait ». Ces documents sont à disposition des professionnels du GH via l'Intranet de l'établissement. Au niveau du groupe hospitalier (GH), une affiche à destination des patients « Vos droits à l'information en cas de dommage » est présente sur les tableaux d'affichage des services. Un groupe de travail au niveau du GH sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a été constitué en janvier 2013. Il est composé de personnels médicaux et paramédicaux, mais également du responsable des droits des usagers, du coordonnateur de la gestion des risques

	Oui	associés aux soins, de la coordinatrice qualité du GH, d'un psychologue, d'un représentant de la Commission éthique et d'un représentant des usagers. Ce groupe détermine les axes de structuration de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins au niveau du GH. Il élabore entre autres la stratégie en termes de formation et d'accompagnement des soignants, et insuffle au niveau du GH une harmonisation de la séquence d'annonce. Un champ « complication lié aux soins » a été notamment ajouté sur le support électronique de signalement, afin d'interpeller directement les personnes ressources impliquées dans cette dynamique institutionnelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	Le groupe de travail sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a organisé le 12 février 2014 une conférence débat à destination des professionnels du GH sur le thème « Comment informer un patient en cas de dommage lié aux soins ». Un retour sur cette 1 <sup>er</sup> édition a fait l'objet de la rédaction d'une « New Letter » interne le 18 mars 2014, en reprenant les sujets abordés et en concluant par « Commettre une erreur n'est pas une faute, ce qui en est une est de la taire ». Des réunions / formations intitulées « Parcours de soins : de la parole du patient à l'écoute du soignant » aborde le sujet de « L'erreur dans le soin : libérer la parole pour recréer la confiance et réparer un dommage » et engage un débat à partir de la projection du film intitulé « Que reste-t-il de nos erreurs ». La première réunion s'est tenue le 25 novembre 2014, et deux autres sont prévues les 30 janvier et 4 mars 2015. Ce film a également été projeté les 1, 8 et 9 octobre, ainsi que le 4 novembre 2014 lors d'une séance suivi d'un débat. Un exemplaire de ce dernier est aujourd'hui disponible dans tous les secteurs d'activité du GH.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	La campagne de sensibilisation et de formation sur « L'information du patient en cas de dommage lié aux soins » a permis aux professionnels d'appréhender leur rôle au moment du temps d'annonce, lors de la survenue d'un EIG. Les professionnels sont en capacité aujourd'hui d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins. Cependant, la démarche institutionnelle étant récente (première action concrète en février 2014), l'appropriation des points clefs à respecter par les professionnels est en cours (qui fait quoi, quelles informations donner, quelles informations tracées, etc.).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	Un état des lieux non formalisé des pratiques a été réalisé lors de l'initiation du groupe de travail. Cependant, la mise en place récente de cette démarche au niveau du GH n'a pas permis d'évaluer et d'améliorer le dispositif institutionnel aujourd'hui présent.

Référence 11: l'information, la participation et le consentement du patient

Critère 11.c - Soins de longue durée  
Information du patient en cas de dommage lié aux soins

Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Une démarche structurée d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est définie.

Oui

L'AP-HP a élaboré plusieurs documents sur la gestion des événements indésirables graves (un guide « EIG, parlons-en », deux fiches « En cas d'événement indésirable grave - Que dire au patient ? – Comment faire ? » et « Gérer, analyser l'EIG et informer le patient » incluant l'information du patient en cas de survenue d'un dommage lié aux soins. Une plaquette d'information « Les événements indésirables graves » énonce le principe « Qu'au-delà de la prise en charge du patient, il y a lieu de s'assurer de son information et de la traçabilité dans le dossier de ce qui a été dit et fait ». Ces documents sont à disposition des professionnels du GH via l'Intranet de l'établissement. Au niveau du groupe hospitalier (GH), une affiche à destination des patients « Vos droits à l'information en cas de dommage » est présente sur les tableaux d'affichage des services. Un groupe de travail au niveau du GH sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a été constitué en janvier 2013. Il est composé de personnels médicaux et paramédicaux, mais également du responsable des droits des usagers, du coordonnateur de la gestion des risques

	Oui	associés aux soins, de la coordinatrice qualité du GH, d'un psychologue, d'un représentant de la Commission éthique et d'un représentant des usagers. Ce groupe détermine les axes de structuration de la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins au niveau du GH. Il élabore entre autres la stratégie en termes de formation et d'accompagnement des soignants, et insuffle au niveau du GH une harmonisation de la séquence d'annonce. Un champ « complication lié aux soins » a été notamment ajouté sur le support électronique de signalement, afin d'interpeller directement les personnes ressources impliquées dans cette dynamique institutionnelle.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins sont menées.	Oui	Le groupe de travail sur « L'annonce d'un dommage lié aux soins » a organisé le 12 février 2014 une conférence débat à destination des professionnels du GH sur le thème « Comment informer un patient en cas de dommage lié aux soins ». Un retour sur cette 1 <sup>er</sup> édition a fait l'objet de la rédaction d'une « New Letter » interne le 18 mars 2014, en reprenant les sujets abordés et en concluant par « Commettre une erreur n'est pas une faute, ce qui en est une est de la taire ». Des réunions / formations intitulées « Parcours de soins : de la parole du patient à l'écoute du soignant » aborde le sujet de « L'erreur dans le soin : libérer la parole pour recréer la confiance et réparer un dommage » et engage un débat à partir de la projection du film intitulé « Que reste-t-il de nos erreurs ». La première réunion s'est tenue le 25 novembre 2014, et deux autres sont prévues les 30 janvier et 4 mars 2015. Ce film a également été projeté les 1, 8 et 9 octobre, ainsi que le 4 novembre 2014 lors d'une séance suivi d'un débat. Un exemplaire de ce dernier est aujourd'hui disponible dans tous les secteurs d'activité du GH.

Les professionnels mettent en oeuvre cette démarche.	En grande partie	La campagne de sensibilisation et de formation sur « L'information du patient en cas de dommage lié aux soins » a permis aux professionnels d'appréhender leur rôle au moment du temps d'annonce, lors de la survenue d'un EIG. Les professionnels sont en capacité aujourd'hui d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins. Cependant, la démarche institutionnelle étant récente (première action concrète en février 2014), l'appropriation des points clefs à respecter par les professionnels est en cours (qui fait quoi, quelles informations donner, quelles informations tracées, etc.).
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La démarche d'information du patient en cas de dommages liés aux soins est évaluée et améliorée.	Partiellement	Un état des lieux non formalisé des pratiques a été réalisé lors de l'initiation du groupe de travail. Cependant, la mise en place récente de cette démarche au niveau du GH n'a pas permis d'évaluer et d'améliorer le dispositif institutionnel aujourd'hui présent.

## PARTIE 2. GESTION DES DONNÉES DU PATIENT

## Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Court Séjour  
Gestion du dossier du patient



**Cotation**

C

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

Partiellement

Un Comité de pilotage « Dossier patient » a été mis en place au sein du GH des Hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP). Ses missions sont définies.

Un protocole GH « Tenue du dossier patient de l'admission à la sortie » a été élaboré, validé et diffusé en mai 2013. Il a été actualisé en décembre 2014. Il définit les règles communes de constitution et d'archivage du dossier au format papier, et des principales applications informatisées.

Une charte de l'information médicale, rédigée par la Commission de l'information médicale, est validée depuis le 11 avril 2013. Elle est disponible sur l'Intranet du GH.

Les dossiers consultés lors des parcours étaient tous ordonnés et classés.

Pour autant, la gestion du dossier patient varie selon les sites, voire selon les services.

Pour les sites de Saint-Antoine, Trousseau et Rothschild, les éléments constitutifs de tous les séjours antérieurs sont rassemblés et constituent un dossier unique.

Pour le site de Tenon, chaque service constitue un dossier papier qui lui est propre. Un patient peut même avoir

	Partiellement	<p>plusieurs dossiers différents, un par spécialité. Depuis la visite initiale, les trois dossiers (obstétrique, gynécologie et procréation médicalement assistée) sont regroupés en un seul dossier pour la maternité. Les modalités de constitution, de classement et d'archivage sont aujourd'hui communes, à l'exception des services d'oncologie hématologie et des maladies infectieuses et tropicales qui demeurent spécifiques.</p> <p>Toutes les pièces consultées lors des parcours réalisés par les experts visiteurs étaient identifiées au nom du patient.</p> <p>Le GH déploie progressivement une version informatisée du dossier médical, qui est présent actuellement à 72 % sur Saint Antoine et à 60 % sur Tenon. Son introduction sur Trousseau et Rothschild est programmée sur le premier trimestre 2015.</p> <p>Néanmoins, il a été constaté que si les règles de constitution des dossiers étaient observées, la diffusion, l'accès à la consultation et la connaissance du protocole GH étaient variables selon les services et les sites.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>Une procédure AP-HP définit les règles de circulation et de prêt de dossiers inter-services et inter-établissements.</p> <p>Des procédures de demande de prêt de dossier patient, comportant la traçabilité de son parcours, sont formalisées et diffusées sur les sites de Saint-Antoine, Trousseau, Rothschild et Tenon.</p> <p>La mise en place du logiciel de gestion des données médicales (GDM) permet de localiser les mouvements des dossiers des patients. Les professionnels maîtrisent les règles d'accès aux dossiers des séjours antérieurs des autres services, avec des modalités de circulation inter-services qui sont opérationnelles (transfert du dossier, édition de compte-rendu d'hospitalisation (CRH), fiches de liaison). L'information des professionnels sur les règles d'accès au dossier est assurée de façon orale, en particulier lors de la journée d'intégration des nouveaux internes et des étudiants hospitaliers.</p> <p>Un support écrit disponible sur l'Intranet permet de</p>

	Oui	<p>retrouver ces modalités d'accès qui sont connues des professionnels concernés. La confidentialité des données est aujourd'hui garantie dans tous les services (accès sécurisé des salles de soins où sont entreposés les dossiers).</p> <p>Parallèlement au déploiement du dossier patient informatisé au niveau du GH, il a été fait le choix de mettre en commun des informations partagées avec les Comptes Rendus d'Hospitalisation (CRH) renseignés sur un logiciel spécifique. Suite à une intervention de la CNIL, le GH a réalisé un inventaire des fichiers nominatifs non déclarés qui est aujourd'hui finalisé.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	En grande partie	<p>Compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient », et de sa valeur moyenne de 77 pour la campagne de recueil 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital Trousseau : 72 avec un intervalle de confiance à 95 % = [67 -76] ;</li> <li>- Hôpital Saint Antoine : 87 avec un intervalle de confiance à 95 % = [83 - 90] ;</li> <li>- Hôpital Tenon : 72 avec un intervalle de confiance à 95 % = [67 – 77].</li> </ul>
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	<p>La communication du dossier patient entre les professionnels de l'établissement est organisée selon des modalités opérationnelles. Ces modalités de communication sont formalisées pour Saint-Antoine, Trousseau, Tenon et Rothschild. Ces règles précisent le mode opératoire (commande par Intranet,etc.) et les délais (heures d'ouverture des archives).</p> <p>Les professionnels rencontrés savent localiser le dossier patient d'un séjour antérieur à partir du logiciel de Gestion des Dossiers Médicaux (GDM) qui gère les mouvements. L'accès aux archives actives est possible 24 heures sur 24 pour tous les sites du GH. Les locaux d'archivage sont centralisés sur les sites de Saint Antoine, Trousseau et Rothschild. Sur le site de Tenon, plusieurs locaux d'archivage existent, mais la localisation des dossiers est</p>

	En grande partie	<p>facilitée grâce à la GDM.</p> <p>Une main courante permet de tracer les prêts en dehors des heures d'ouverture des archives sur tous les sites.</p> <p>Le taux et les délais de production de ces CRH sont suivis trimestriellement et font partie des objectifs attendus des contrats de pôle.</p> <p>Néanmoins, le délai d'envoi des CRH est passé de 49 % lors de la visite initiale à 30 % en visite de suivi et la notion de temps utile n'est pas définie, le principe étant que l'information doit suivre le patient.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.	Oui	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation, dont celle du dossier de soins depuis 2009. De nombreuses EPP sont conduites. Un suivi trimestriel du taux et des délais de production des CRH est assuré par pôles.</p> <p>A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.</p>
Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.	Oui	<p>Des actions d'amélioration sont conduites en cohérence avec les résultats des évaluations de la tenue du dossier patient, dont ceux issus du recueil des indicateurs IPAQSS et des évaluations du dossier de soins. Suite à la baisse du score IPAQSS de la campagne 2014 en MCO, le plan d'actions existant « Gestion du dossier patient » a été renforcé avec l'affichage des règles de tenue du dossier dans tous les secteurs d'activité, la mise en ligne d'un quiz en juin et septembre 2014 et la parution d'un numéro spécial de l'Info Qualité sur le dossier patient.</p> <p>Le Comité de pilotage du dossier patient a en charge l'accompagnement et le suivi des quatre actions qu'il a jugé prioritaires : délai de publication des CRH sur l'outil informatisé partagé, check-list et pochette de sortie, identification nominative de tous les éléments constitutifs du dossier patient et amélioration des scores IPAQSS.</p>

## Référence 14: Le dossier du patient

Critère 14.a - Soins de suite et/ou de réadaptation  
Gestion du dossier du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles de tenue du dossier sont formalisées et diffusées.

En grande partie

Un comité de pilotage « Dossier patient » a été mis en place au sein des Hôpitaux universitaires de l'Est parisien (HUEP). Ses missions sont définies. Un protocole GH « Tenue du dossier patient de l'admission à la sortie » a été élaboré, validé et diffusé en mai 2013. Il a été actualisé en décembre 2014. Il définit les règles communes de constitution et d'archivage du dossier au format papier. Des modalités sont arrêtées pour les principales applications informatisées utilisées, dont le « Guide d'utilisation du dossier Informatisé de soins » (site de Rothschild).  
Une charte de l'information médicale, rédigée par la Commission de l'information médicale, est validée depuis le 11 avril 2013. Elle est disponible sur l'Intranet du GH.  
Pour l'hôpital de Rothschild et La Roche-Guyon, les éléments constitutifs de tous les séjours antérieurs sont rassemblés dans une pochette unique.  
Des protocoles sont formalisés sur les deux sites. Les dossiers consultés lors des parcours étaient tous ordonnés et classés.  
Le GH a programmé le déploiement d'une version

	En grande partie	<p>informatisée du dossier médical sur La Roche-Guyon à partir de février 2015, et sur Rothschild à partir de mai 2015.</p> <p>Néanmoins, il a été constaté que si les règles de constitution des dossiers étaient observées, la diffusion, l'accès à la consultation et la connaissance du protocole GH étaient variables selon les services. Il en va de même pour le « Guide d'utilisation du dossier informatisé du dossier de soins » sur le site de Rothschild.</p>
<p>Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, pour les professionnels habilités, sont formalisées et diffusées.</p>	Oui	<p>Une procédure AP-HP définit les règles de circulation et de prêt de dossier inter-services et inter-établissements.</p> <p>Des procédures de demandes de prêt de dossier patient, comportant la traçabilité de son parcours, sont formalisées et diffusées. La mise en place du logiciel de gestion des données médicales (GDM) permet de localiser les mouvements des dossiers des patients. Les professionnels maîtrisent les règles d'accès aux dossiers des séjours antérieurs avec des modalités de circulation interservices qui sont opérationnelles (transfert du dossier, édition de comptes-rendus d'hospitalisation (CRH), fiches de liaison).</p> <p>Pour le site de La Roche-Guyon, une pré-admission est systématique avec évaluation de l'adéquation entre le projet de vie attendu pour l'enfant et la structure de soins avec l'ensemble des éléments du dossier patient disponibles.</p> <p>Dans l'attente du déploiement du dossier patient AP-HP, il a été fait le choix de mettre en commun des informations partagées avec les comptes-rendus d'hospitalisation renseignées sur un logiciel spécifique. Le taux et les délais de production des CRH sont suivis trimestriellement et font partie des objectifs attendus des contrats de pôle.</p> <p>L'information de professionnels sur les règles d'accès au dossier est assurée de façon orale, en particulier lors de la journée d'intégration des nouveaux internes et des étudiants hospitaliers.</p> <p>Un support écrit, disponible sur l'Intranet, permet de retrouver ces modalités d'accès qui sont connues des professionnels concernés.</p> <p>Suite à une intervention de la CNIL, le GH a réalisé un inventaire des fichiers nominatifs non déclarés qui est</p>

	Oui	<p>aujourd'hui finalisé.</p> <p>La sécurisation des archives sur le site de La Roche-Guyon est également assurée avec un remplacement de la porte d'accès, la pose de nouvelles fenêtres, et la mise en place d'un système de détection incendie.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.	Oui	Compte tenu de la classe de l'indicateur « Tenue du dossier patient » pour l'Hôpital Rothschild et de sa valeur de 91 avec un intervalle de confiance à 95 % = [89 - 93] pour la campagne de recueil 2014.
La communication du dossier, entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes, est assurée en temps utile.	En grande partie	<p>La communication du dossier patient entre les professionnels de l'établissement est organisée selon des modalités opérationnelles. Les professionnels rencontrés savent localiser le dossier patient d'un séjour antérieur. L'accès aux archives actives est possible 24 heures sur 24. Une main courante permet de tracer les prêts en dehors des heures d'ouverture des archives (Rothschild). La communication des informations en cas de transfert est organisée (CRH, fiche de liaison, etc.). Priorité a été donnée à la rédaction et à l'envoi dans un délai court d'un CRH standardisé à destination des correspondants externes.</p> <p>Ces modalités de communication sont formalisées. Pour l'hôpital de Rothschild, elles en précisent le mode opératoire (commande par Intranet, etc.) et les délais (heures d'ouverture des archives). Le respect de la confidentialité figure dans la charte de l'information médicale.</p> <p>Le délai d'envoi des CRH est passé de 51 % lors de la visite initiale à 62 % en visite de suivi.</p> <p>Néanmoins, la notion de temps utile n'est pas définie, le principe étant que l'information doit suivre le patient.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>L'évaluation de la gestion du dossier du patient est réalisée, notamment sur la base d'indicateurs.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue du dossier patient ». Il a mis en oeuvre d'autres modalités d'évaluation dont celles du dossier de soins depuis 2009. Un suivi trimestriel du taux et des délais de production des CRH est assuré par pôles. Cet objectif est inscrit dans les contrats de pôle. A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.</p>
<p>Les résultats des évaluations conduisent aux améliorations nécessaires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions d'amélioration sont conduites en cohérence avec les résultats des évaluations de la tenue du dossier patient, dont ceux issus du recueil des indicateurs IPAQSS et des évaluations du dossier de soins. Le comité de pilotage du dossier patient a en charge l'accompagnement et le suivi des quatre actions qu'il a jugé prioritaires : délai de publication des CRH sur l'outil informatisé partagé, check-list et pochette de sortie, identification nominative de tous les éléments constitutifs du dossier patient et amélioration des scores IPAQSS.</p>

## Référence 15: l'identification du patient

**Critère 15.a - Court Séjour**  
**Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge**



### Cotation

B

**E1 Prévoir**

**Réponses aux EA**

**Constats**

Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.

En grande partie

La fiabilisation de l'identification du patient est une priorité du plan stratégique 2010-2014 de l'AP-HP.

La politique d'identification est définie au sein du GH HUEP. Une organisation est en place pour garantir la fiabilité de l'identification du patient. Des objectifs ont été définis pour les secteurs administratifs et pour les secteurs cliniques. Ils sont inscrits au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du GH.

Les processus d'identification sont en cohérence avec l'organisation de l'établissement et particulièrement avec le type de prise en charge et les modalités de recrutement des secteurs d'activité MCO des différents sites.

Les points critiques ont été identifiés par site pour la gestion des identités, et priorisés au niveau du GH pour les différentes étapes de la prise en charge.

Il a été fait le choix de donner les droits de création d'une identité (provisoire pour Saint-Antoine, Tenon et Rothschild), voire de l'IPP (Trousseau), à un très grand nombre de professionnels en sus du personnel administratif (admission aux urgences, admission directe dans les

En grande partie	<p>services, maternité, consultation externe, etc.). Cette identité est ensuite validée par les personnes habilitées.</p> <p>Une cellule d'identitovigilance (CIV) est constituée au niveau du GH (2012). Elle est déclinée en CIV opérationnelle par site. Ses missions sont définies et portent sur toutes les étapes de la prise en charge du patient. Elle se réunit mensuellement.</p> <p>Un identito-référent assure la coordination de la gestion des identités pour chaque site. Pour les autres thématiques (port du bracelet, etc.), un référent est désigné. Les ressources ont été identifiées par site.</p> <p>Des indicateurs, déclinés par site, ont été définis (nombre de doublon, de fusion, analyse des événements indésirables (EI) liés à l'identité, taux de conformité pour les autres thématiques).</p> <p>La gestion des identités provisoires est définie et connue des utilisateurs pour les sites de Saint-Antoine, Tenon et Rothschild. L'hôpital de Trousseau a défini des modalités différentes, avec création d'un IPP dès la prise de rendez-vous.</p> <p>La procédure d'hospitalisation sous X est définie et connue (site de Trousseau), de nouvelles modalités opératoires (nouveau logiciel) ayant été définies sur le site de Tenon depuis janvier 2013.</p> <p>Néanmoins, le modèle des étiquettes du patient ne prend pas en compte les directives de l'instruction N° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (appelé nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins. En effet, sur les étiquettes, le nom usuel apparaît en premier, suivi du nom de naissance.</p>
------------------	---

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Le personnel de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient.	Oui	Deux types de formation ont été mis en place : la gestion des identités et l'identitovigilance. Des formations spécifiques à l'utilisation des logiciels de saisie d'identité sont organisées pour le personnel de

<p>Oui</p>	<p>l'accueil administratif, ainsi que pour le personnel de soins en charge de la saisie de l'identité d'un patient.</p> <p>La gestion des identités se réalise sur les sites de Saint-Antoine et Tenon avec le même logiciel. Son déploiement est prévu sur Trousseau et La Roche-Guyon à partir de février 2015, et sur Rothschild à partir de mai 2015.</p> <p>Pour ce nouvel outil, le support de formation et les professionnels cibles ont été définis, le plan de formation arrêté et suivi. Tous les professionnels concernés ont été formés au module de base et au module perfectionnement.</p> <p>Le GH a également réalisé et diffusé une plaquette de rappel des « Bonnes pratiques de saisie d'identité patient dans le système informatique » en septembre 2014.</p> <p>Une sensibilisation à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient est assurée lors de la journée d'intégration des nouveaux arrivants sur chacun des sites du GH.</p> <p>Une vaste campagne de communication par affichage, rappelant aux professionnels les « Bonnes pratiques en matière d'identitovigilance », et aux patients « Le pourquoi de la démarche », a été développée sur chacun des sites, avec un éclairage particulier lors de la « Semaine Sécurité patient » en novembre 2014.</p> <p>Un programme de formation des professionnels à l'identitovigilance est organisé et structuré. Les objectifs, la population cible (environ 3200 agents), les supports de formation (validés par la CIV) sont arrêtés et l'action largement engagée. 35 % des personnels a été formé en 2013 / 2014, alors que l'objectif initial était de 20 % pour cette période.</p> <p>Le GH a également nommé un formateur à temps plein pour le déploiement de ces formations, et mis à disposition un kit pédagogique disponible auprès des référents qualité des pôles et des référents « identitovigilance » des services de soins.</p>
------------	---

<p>Le personnel de l'accueil administratif met en oeuvre les procédures de vérification de l'identité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une procédure de vérification de l'identité du patient a été élaborée pour chacun des sites, et une procédure GH « Identitovigilance, Guide de bonnes pratiques » a été rédigée pour accompagner la montée en charge du nouveau logiciel de création d'identité. Cette dernière est soumise à un contrôle systématique préalable de la base de données informatiques par une recherche d'homonymie et/ou d'antériorité, selon des modalités définies qui sont connues des professionnels.</p> <p>Ces procédures sont à disposition de tous les secteurs, administratifs et soignants (pour ceux concernés par la création d'identité). Les professionnels rencontrés ont été à même de les présenter aux experts-visiteurs lors de leurs parcours.</p>
<p>Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription, avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>La priorité a été donnée au port du bracelet. Elle a fait l'objet d'une campagne d'information et de sensibilisation des professionnels, d'audits et de plusieurs EPP. Ces audits montrent une progression régulière de la conformité des pratiques. Dans le cadre de l'accréditation des laboratoires, une sensibilisation des soignants de l'ensemble des secteurs de soins a été faite sur les règles d'étiquetage des tubes de prélèvement, avec un suivi des non-conformités. L'utilisation de la check-list (blocs opératoires) a fait l'objet d'audits et de deux EPP ; la partie concernant la vérification d'identité est renseignée.</p> <p>Les actions de sensibilisation ont été priorisées en fonction de la nature des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés, et des spécificités des populations accueillies selon les sites. Le port du bracelet est tracé dans le dossier de soins. Lors des parcours, toutes les pièces des dossiers consultés étaient identifiées au nom du patient.</p> <p>Cependant, les règles d'étiquetage des médicaments injectables sont hétérogènes, avec une pratique d'identification du patient allant de la pose de l'étiquette éditée lors de l'entrée à la simple étiquette manuscrite mentionnant le numéro de chambre. Des nouvelles étiquettes sont commandées pour harmoniser les pratiques</p>

	Partiellement	et la mise en place est prévue début 2015.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audits), et les erreurs sont analysées et corrigées.	Oui	<p>Trois domaines jugés prioritaires font l'objet d'une évaluation définie : les doublons, les check-lists et le port du bracelet. Pour les doublons et le port du bracelet, le dispositif d'évaluation est structuré, les objectifs définis, les personnes en charge de l'évaluation identifiées et la périodicité arrêtée.</p> <p>Des audits annuels de conformité sont conduits pour la check-list du bloc opératoire et le port du bracelet. Des « Quick Identitovigilance » ont été également menés deux fois en 2014 (juin et octobre).</p> <p>Le nombre d'événements indésirables déclarés liés à l'identité est présenté à la CIV. La CIV du GH a concentré ses actions de communication, de sensibilisation et de formation sur des thématiques prioritaires avec comme objectif « Le bon soin au bon patient », et a assuré un suivi des indicateurs de résultats (doublons, port du bracelet, événements indésirables). La composition plurielle de la CIV permet, en fonction de l'action d'amélioration retenue, de définir la coordination, la personne ressource et les indicateurs de suivi (exemple pour le port du bracelet). De l'analyse des erreurs, des actions correctrices ont été engagées. Un personnel dédié est maintenant en charge de la gestion des doublons et des fusions sur chaque site et une procédure spécifique a été rédigée. Une action sur l'identitovigilance autour du thème de la sécurité transfusionnelle a également été développée.</p> <p>A noter que l'établissement a recueilli les indicateurs hôpital numérique associés au moment de la visite.</p>

## PARTIE 3. PARCOURS DU PATIENT

Référence 20: La prise en charge médicamenteuse

Critère 20.a bis - Court Séjour  
Prise en charge médicamenteuse du patient



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Oui

Les professionnels disposent de la procédure de prescription élaborée par le COMEDIMS central AP-HP en septembre 2011. Dans le GH HUEP, une procédure d'organisation de la prescription médicamenteuse est formalisée. Un groupe de travail "Prescription médicale" pilote la mise en œuvre de la prescription et a recensé l'ensemble des supports de prescription, informatisés ou non informatisés.

A ce jour, des règles et supports validés et actualisés sont en place pour l'ensemble des prescripteurs.

Pour les unités informatisées, les règles de prescription ont fait l'objet d'un paramétrage dans les différents logiciels, avec accessibilité au livret thérapeutique et au Vidal en ligne par un lien informatique. Les droits d'accès aux différents logiciels sont définis.

Pour les unités non informatisées, il existe des supports spécifiques adaptés à la spécialité, ce sont des supports uniques de prescription et d'administration, validés et actualisés. Depuis juin 2013 les supports uniques ont été mis en place en réanimation médicale à St Antoine et en

	Oui	<p>gynécologie-obstétrique à Trousseau. De ce fait l'ensemble des services de réanimation des trois sites utilise un support unique de prescription et d'administration.</p> <p>Pour les chimiothérapies et la prescription de radioéléments des supports spécifiques sont utilisés. Il en est de même pour les médicaments dérivés du sang et les antibiotiques à dispensation contrôlée.</p> <p>Un guide pratique pour la prescription des anti-infectieux est réactualisé et mis à la disposition des professionnels.</p> <p>Une fiche "Index", validée en COMEDIMS, est à renseigner par le prescripteur et le pharmacien en cas de prescription nouvelle pour tout médicament hors AMM.</p> <p>Des protocoles de prescription ou des guides d'utilisation sont mis en ligne pour des médicaments à risques : bonnes pratiques de prescription des anticoagulants oraux directs, livret de nutrition parentérale, bonnes pratiques d'aérosolthérapie, d'insulinothérapie (en 2014).</p> <p>Tous ces documents sont mis en ligne sur l'Intranet du groupe hospitalier dans la rubrique "Pharmacie, politique et sécurisation, prescription médicale" ainsi que les règles de prescription pour le sujet âgé (sous forme de plaquette "Bonnes pratiques de prescription des médicaments chez le sujet âgé").</p> <p>La procédure d'organisation de la prescription médicamenteuse du GH HUEP précise les prescripteurs habilités, et la mise à jour de la liste des prescripteurs est transmise à la PUI deux fois par an lors du changement des internes.</p>
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.	En grande partie	<p>La procédure de gestion du traitement personnel avec séquestration des médicaments à l'arrivée du patient (place dédiée dans l'armoire à pharmacie) et remise du traitement à la sortie du patient, est formalisée et validée par le groupe prescription. Elle est mise à la disposition des professionnels par Intranet et sous forme de plaquette (support papier).</p> <p>Une plaquette d'information à destination des patients " Mes médicaments à l'hôpital" est diffusée et affichée dans les services.</p>

	En grande partie	<p>Les ordonnances de sortie intègrent le traitement personnel. A Tenon, la procédure de gestion des traitements personnels est connue et appliquée par les professionnels.</p> <p>Les pratiques restent hétérogènes à Saint Antoine, comme ont pu le voir les experts lors de leur visite dans les services de soins.</p>
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.	Partiellement	<p>Les règles d'analyse et de validation pharmaceutique sont formalisées, avec accès aux données biologiques du patient. Les règles de préparation des doses, dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) ou autre (DIN)) sont formalisées pour le GH HUEP.</p> <p>Certains médicaments sont uniquement en dispensation nominative : stupéfiants, médicaments dérivés du sang, antiinfectieux onéreux, médicaments hors GHS. Les règles de reconditionnement de doses font l'objet de procédure.</p> <p>Un algorithme de "Validation de l'ordonnance à l'hôpital" est également formalisé, et une procédure d'évaluation des pharmaciens validant la prescription médicale permet d'évaluer en continu la compétence des internes en pharmacie sur l'ensemble des sites (mise en pratique en continu depuis 2013). Par ailleurs, des réunions de concertation pharmaceutiques ont été développées en 2014 sur Saint Antoine, Tenon et Rothschild, aboutissant à l'élaboration de fiches d'aide à l'analyse pharmaceutique (exemple : Eprex).</p> <p>L'optimisation des stocks à la pharmacie est réalisée, à l'aide d'un logiciel sur l'ensemble des sites, et avec sur Tenon l'emploi d'un automate de distribution.</p> <p>Une fiche d'instructions "Règles de détention et de stockage des médicaments et solutés de grands volumes" est validée par le COMEDIMS, ainsi que le stockage des médicaments à basse température.</p> <p>Les chariots d'urgence sont vérifiés et sécurisés. Des stocks tampon sont organisés afin de faire face aux demandes urgentes. Une garde ou une astreinte pharmaceutique sont effectives sur les différents sites ou organisées comme à la PUI de Rothschild (gériatrie aiguë) où un chariot sécurisé</p>

Partiellement	<p>(contenu validé par le COMEDIMS local) sert à l'approvisionnement en urgence sur le site. En cas de besoin (médicament non trouvé dans le chariot d'urgence de Rothschild), l'approvisionnement en urgence se fait à la PUI de Saint Antoine. Les médicaments sont acheminés des pharmacies vers les unités de soins dans des caisses sécurisées. Le transport des chimiothérapies sur tous les sites et le transport des poches de nutrition parentérale à Trousseau sont organisés, le transport est sécurisé et la traçabilité assurée.</p> <p>Des référents : Médecins référents, Cadre ou IDE référent, pharmacien et préparateur référents sont nommés par pôle de spécialité clinique, comme stipulé dans les chartes de pôle clinique relative au circuit du médicament. Le principe de la charte et le rôle des référents ont été présentés au COMEX, et des fiches de mission référents ont été élaborées.</p> <p>La validation reste néanmoins partielle pour les unités non informatisées, représentant à ce jour 56% de la totalité des lits du GH.</p> <p>Sur Trousseau, les services d'onco-hématologie et de chirurgie orthopédique disposent de la DJIN complète du traitement. Sur Rothschild, le service de gériatrie aiguë dispose de la DJIN complète.</p> <p>De plus, les postes de soins ne sont pas sécurisés à St Antoine et les chariots de distribution ne sont pas fermés. Sur Tenon des digicodes permettent la sécurisation des postes de soins, y compris en salle de naissance (2014).</p> <p>Les médicaments gardent leur dénomination jusqu'à l'administration (plus de déconditionnement). Cependant, les modalités de sécurisation de la dispensation des injectables ne sont pas définies lors de la visite des experts : les règles d'étiquetage des médicaments injectables font l'objet d'une réflexion, avec à ce jour évaluation des solutions d'étiquetage proposées. Dans l'attente d'une prise de décision, les pratiques sont hétérogènes selon les services, dans les trois sites, comme le montrait l'audit en date de novembre 2013 sur l'ensemble des secteurs, et</p>
---------------	---

	Partiellement	<p>comme ont pu le voir les experts lors de leur visite dans les unités de soins : étiquette d'identification du patient parfois utilisée, étiquette du produit (comportant le nom du produit, le dosage, l'heure du début et fin de perfusion) parfois utilisée, parfois informatisée ou pré-imprimée, parfois remplie manuellement avec peu de précision. Face à cette problématique la Direction du GH a diffusé une instruction en date du 9 décembre 2014 visant à mettre en œuvre une mesure corrective.</p>
<p>Les règles d'administration des médicaments sont définies, et la traçabilité de l'acte est organisée.</p>	En grande partie	<p>Les règles d'administration émanant de l'AP-HP sont formalisées et affichées dans toutes les unités de soins sous forme d'un logigramme "De la prescription à l'administration, règles de bonnes pratiques pour l'infirmière" : sont définies brièvement les règles de vérification de la concordance du médicament à administrer par rapport à la prescription, les règles de préparation, de vérification de l'identité du patient et les règles de traçabilité de l'administration.</p> <p>Des protocoles spécifiques validés en COMEDIMS, sont diffusés et accessibles sur l'Intranet sous forme de fiches "Protocole thérapeutique médicamenteux infirmiers" pour des spécialités à risques et/ou des situations à risques, en particulier pour des spécialités utilisées au bloc, en pédiatrie ou en cancérologie. Une procédure de manipulation des PICC line (cathéter veineux central inséré en périphérie) est validée. La priorité est donnée aux "never events" (insuline, anticancéreux, anticoagulants,...). Un guide pour les injectables est spécifiquement rédigé à l'hôpital Trousseau. Les règles de broyage des médicaments sont définies et mises en œuvre, en particulier à Rothschild (broyeur et procédure collée sur le chariot de délivrance des médicaments). Le rangement des armoires de pharmacie dans les services se fait par DCI avec tables de correspondance. Des emplacements sont définis pour les injectables. Une information concernant l'administration du KCL est affichée dans tous les postes de soins.</p> <p>Des actions de formation sous forme d'outils pédagogiques</p>

En grande partie	<p>et d'ateliers "sécurisation de l'administration" sont rendues exigibles pour l'ensemble du personnel infirmier, avec exercices de calcul de doses. Des sessions d'approfondissement sont organisées si nécessaire.</p> <p>L'administration est tracée soit directement dans le logiciel informatique, soit sur le plan de soins informatisé, soit sur le support unique de prescription - administration mis en place dans tous les secteurs.</p> <p>Cependant, en dehors de l'affiche AP-HP dans les unités de soins citée ci-dessus, il n'y a pas de procédure formalisée au GH HUEP d'administration des injectables, reprenant toutes les étapes de l'acte d'injection, avec règles d'hygiène définies. Une note d'information avec rappel des bonnes pratiques d'administration a été diffusée à l'ensemble des cadres en janvier 2014, sans appropriation de ces règles par le personnel.</p> <p>Par ailleurs, les personnels rencontrés lors de leur visite montrent le plus souvent une méconnaissance d'accès aux documents de la Pharmacie mis sur l'Intranet, avec comme risque induit une méconnaissance de documents d'aide réactualisés.</p>
------------------	---

<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les règles de prescription sont mises en oeuvre.	En grande partie	<p>Compte-tenu de la valeur moyenne de l'indicateur de 77 % du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur tenue du dossier" pour la campagne de recueil 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital St Antoine : 89%</li> <li>- Hôpital Tenon : 73%</li> <li>- Hôpital Armand Trousseau : 70%</li> </ul>
Le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions et de la délivrance nominative des médicaments est engagé.	En grande partie	<p>Le développement de l'analyse des prescriptions et de la délivrance nominative est engagé.</p> <p>Un projet de développement de la pharmacie clinique avec dispensation journalière nominative (DJIN) des doses à administrer aux patients au sein du GH HUEP a été présenté à l'AP-HP en janvier 2014, avec un plan de déploiement sur 1500 lits du GH (actuellement 591 lits sont en DJIN).</p>

	En grande partie	Au 1er décembre 2014, la validation complète pharmaceutique concerne 56% de la totalité des lits du GH HUEP, et la DJIN concerne 35% des lits du GH.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux, radiopharmaceutiques, pédiatrie, etc.).	Oui	<p>Les règles de bonnes pratiques des médicaments cytostatiques sont appliquées à Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. Les préparations pédiatriques (gélules avec dosage adapté à la pédiatrie et la fabrication de poches de nutrition parentérale) respectent également les bonnes pratiques avec dossiers de lots, contrôles de teneur, de stérilité et d'environnement. Les équipements et les locaux sont adaptés, les flux maîtrisés et les responsabilités définies.</p> <p>Les préparations de radioéléments sont conformes à la réglementation dans les trois sites concernés : St Antoine, Tenon et Trousseau, sous la responsabilité d'un radiopharmacien responsable du Département de la PUI unique du GH HUEP (présence d'un radiopharmacien à Trousseau nommé en 2014).</p>
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.	Oui	<p>De nombreuses actions d'éducation thérapeutique sont mises en oeuvre dans les différents sites suivant les spécialités médicales : cardiologie, hématologie, oncologie, néphrologie-dialyse, endocrinologie, maladies infectieuses.. Ces programmes sont destinés dans tous les cas à améliorer la qualité de vie des patients et sont réalisés sous forme d'ateliers pendant l'hospitalisation, ou sous forme de plaquettes d'information remises aux patients ou à leur famille tout au long de la prise en charge et lors de leur retour à domicile.</p> <p>Certains services bénéficient d'une hotline d'appel permettant aux patients d'obtenir les informations souhaitées.</p> <p>Ces actions sont tracées dans le dossier du patient.</p> <p>Sur le site de Trousseau, une fiche conseil, concernant l'administration des gélules préparées à la pharmacie est</p>

	Oui	élaborée et remise aux parents lors du suivi post-hospitalisation.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	En grande partie	<p>La traçabilité de l'administration est réalisée sur les plans de soins papier issus de la prescription, ou pour certains services (gériatrie à Rothschild, et depuis novembre 2014 en néphrologie à Tenon) directement dans le système informatique.</p> <p>Pour les services non informatisés, la traçabilité se fait sur le support unique de prescription - administration, en particulier dans tous les services de réanimation, ou encore en endocrinologie et hématologie à St Antoine.</p> <p>Dans certains services de chirurgie non informatisés à Trousseau, la traçabilité est assurée à l'admission du patient sur un document papier prescription - administration difficilement lisible, sans règles définies de remplissage. La traçabilité est rendue lisible sur le document de prescription - administration repris le lendemain.</p>
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration.	Oui	<p>L'audit Archimed réalisé en 2012 sur l'ensemble des sites, a permis de décider d'un plan d'actions à mettre en œuvre suivi d'autres évaluations.</p> <p>Des audits réguliers sur les pratiques professionnelles sont réalisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- audit sur la sécurisation du circuit de livraison des produits de santé à Saint-Antoine, Tenon et Trousseau en mars 2013, renouvelé en 2014,</li> <li>- audits de préparation des médicaments dans les unités de soins en juillet 2014,</li> <li>- audits de détention et stockage des médicaments dans les postes de soins réalisés en juillet 2014 selon une grille identique GH pour l'ensemble des unités, avec des résultats de non conformité selon des critères établis par le GH, et mesures correctives discutées en équipe pluridisciplinaire.</li> </ul> <p>L'audit de prescription et d'administration des médicaments</p>

Des actions visant le bon usage des médicaments sont mises en oeuvre (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.).	Oui	en chirurgie orthopédique à Saint-Antoine a précédé la décision d'informatisation de la prescription, aujourd'hui effective.
	Oui	<p>Des actions concernant le bon usage des médicaments, font l'objet de présentation en COMEDIMS comme par exemple : la validation d'une fiche "Index" pour les médicaments hors AMM, le travail sur les nouveaux anticoagulants, les protocoles thérapeutiques médicamenteux infirmiers à Trousseau, le point sur les dispositifs médicaux implantables.</p> <p>Le suivi de la consommation des médicaments au sein du GH HUEP, également présenté en COMEDIMS permet de décider de l'emploi de médicament et de voie parfaitement adaptés à la prise en charge.</p> <p>De nombreuses EPP sont conduites sous le pilotage de la PUI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur le site de Tenon, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, la pertinence de l'antibiothérapie avant toxine, la surveillance de la prescription de carbapénèmes ;</li> <li>- sur le site de Trousseau, l'évaluation de la pertinence de l'antibiothérapie néonatale.</li> </ul> <p>Une plaquette de "Bonnes pratiques de prescription des anticoagulants oraux directs", élaborée par le COMEDIMS a été diffusée par mail à l'ensemble des médecins en novembre 2013, et les nouveaux internes sont formés à leur arrivée à ces pratiques (guide papier). Un comité des Antithrombiques composé de onze médecins et trois pharmaciens a en charge les bonnes pratiques correspondantes.</p>

## PARTIE 4. PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

## Référence 26: Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle

### Critère 26.a Organisation du bloc opératoire



*Ce critère est applicable uniquement aux établissements disposant d'un bloc opératoire.*

## Cotation

B

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

Depuis la visite initiale de 2013 le Groupement hospitalier (GH) des Hôpitaux Universitaires Paris– Est (HUPE) a mis en place des structures de pilotage de l'organisation et du fonctionnement des blocs opératoires à l'échelle du GH :

- Un comité stratégique des blocs / endoscopies, organe décisionnel.
- Un comité de pilotage (COPIL) des blocs / endoscopies organe opérationnel dont les actions sont plutôt centrées sur la dimension évaluative (visites à blanc, corps d'auditeurs internes médicaux et soignants), la proposition et la mise en place d'actions transversales (Amélioration de la gestion des DMI, de la check-list, d'initiation de CREX) et d'accompagnements. Ce comité a mis en place des comités de pilotage de mise en place des rocares et des travaux pendant les rénovations et les restructurations des blocs concernés.
- De la même façon il existe un comité de pilotage de la chirurgie ambulatoire sur le site de Saint Antoine, fonctionnel.

Le projet de sécurisation de la prise en charge du patient au

Oui	<p>bloc opératoire est piloté par le COPIL blocs opératoires du GH présidé par la Directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies, et le Responsable médical des blocs opératoires GH. Une responsable qualité bloc opératoire GH, récemment recrutée assure le suivi opérationnel du projet. Ce COPIL se réunit tous les 2 mois.</p> <p>Un conseil des Blocs Opératoires se réunit régulièrement sur chaque site (Saint Antoine, Tenon, Trousseau). Y sont abordées toutes les thématiques inhérentes au fonctionnement des blocs. Ce COPIL élabore au moment de la visite de suivi un PAQSS des blocs.</p> <p>Une cartographie des risques, liée à l'activité interventionnelle, a été réalisée dans chaque secteur opératoire : Saint Antoine (blocs digestif, orthopédique, unité de chirurgie ambulatoire), Tenon (bloc général Meyniel, bloc obstétrical Le Lorier), Trousseau (bloc pédiatrique PLC, bloc obstétrical). Ces cartographies ont été élaborées selon une méthodologie validée, définissant les éléments de fréquence, gravité, criticité selon une échelle connue. L'ensemble des personnels concernés (multi professions) y a participé. Des mesures de réduction de risques y ont été associées en simultanément. La hiérarchisation des risques est effective. Le bloc de gynéco-obstétrique de Trousseau a fait le choix d'une sécurisation des pratiques en rapport avec les spécificités de ce bloc (femmes et bébés) en effectuant une priorisation des risques majeurs pour assurer leur maîtrise (identito-vigilance, hémovigilance, risque hémorragique, ...).</p> <p>Chaque secteur, à la suite de la cartographie a élaboré un plan d'actions, dont certaines réalisées à ce jour. Ces plans d'actions sont alimentés en continu au fil de l'eau à la suite de l'analyse d'évènements indésirables (EI) survenus aux blocs, ou de visites à blanc. Les risques professionnels font l'objet d'un traitement spécifique. Ces plans d'actions possèdent tous pour chaque action un pilote, un échancier, un suivi et la mise en place d'indicateurs définis. Les plans d'actions définis pour les blocs opératoires ont été présentés au COPIL des blocs opératoires/endoscopies GH le</p>
-----	---

<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place (elle comprend l'ensemble des dimensions, y compris la gestion des locaux et des équipements).</p>	<p>Oui</p>	<p>30 septembre 2014. Le plan d'actions relatif aux blocs opératoires est suivi par le COFIL blocs opératoires du GH. Il est intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins. Sur un bloc de chirurgie ambulatoire du site Saint-Antoine, tout le processus de prise en charge est suivi et visualisé en temps réel, à partir d'un logiciel (bracelet au patient), garantissant la personnalisation de la prise en charge et une programmation échelonnée optimisée. Chaque étape fait l'objet de validation à partir d'une check-list par métier, suivi d'un algorithme si besoin.</p>
	<p>Partiellement</p>	<p>L'AP-HP a inscrit dans son volet qualité/gestion des risques du plan stratégique 2010-2014 le développement d'un plan de prévention des risques dans les secteurs interventionnels et la gestion de l'opéré. La direction qualité du GH a développé un système documentaire qualité, qui est déployé dans l'ensemble des blocs opératoires. Un travail d'harmonisation, de réactualisation et de réécriture de la documentation est en voie d'aboutissement (documents validés, datés, actualisés et écrits au format qualité). Les supports sont à la fois informatique et papier. Ce travail a été piloté par le CoPil blocs / endoscopies. Il existe quelques documents actualisés, validés qui ne sont pas encore au format qualité. Une évaluation annuelle de la conformité de la gestion documentaire est programmée. Une première évaluation a eu lieu lors des visites à blanc de tous les secteurs opératoires (item de la grille de la "visite à blanc"). La rédaction du livret d'accueil des nouveaux arrivants sur l'ensemble des blocs opératoires est terminée, livret spécifique adapté pour l'UCA, pour la chirurgie pédiatrique par professions, etc., en voie d'aboutissement pour le bloc Meyniel de Tenon. L'état des lieux architectural observé en visite a permis de mettre en évidence : - Bloc orthopédie Saint Antoine : Ouverture du nouveau bloc neuf il y a un an. Les salles sont aux normes, les modalités</p>

Partiellement	<p>de transfert des patients définies (brancards, etc.),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloc digestif Saint Antoine : plusieurs actions et travaux ont été menés : sécurisation de la porte « accès patients », nouvelle signalétique, porte coulissante sur l'arsenal stérile, mise en place des contrôles de pressions des salles sur toutes les salles et formalisation des transferts patients. Ce bloc présente cependant une architecture rendant difficile la mise en place d'une démarche qualité optimale.</li> <li>- Bloc obstétrical Tenon : Ce bloc vétuste ne répond pas aux normes réglementaires, ni sécuritaires : vétusté, circuits non respectés la « marche en avant » n'étant pas possible, portes en bois relaquées récemment, peintures écaillées, sols carrelés, qualité de l'air, etc. Les travaux de rénovation/ mise en conformité de l'ensemble du bâtiment sont inscrits dans le Projet Stratégique des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien 2010-2014, avec un démarrage des travaux programmé pour septembre 2015.</li> <li>- Bloc Central Trousseau PLC Pédiatrie : Ce bloc est vétuste avec maintenance rendue difficile, portes en bois, dégradations multiples, sols, circuits complexes, pas de contrôles de suppression des salles, stockage des arsenaux, etc.</li> </ul> <p>Le projet de rénovation / mise en conformité / reconfiguration / restructuration complète du bloc est en cours, il est budgété et l'appel d'offres est terminé. La mise en place de rocade est organisée, le début travaux est acté pour février 2015. De plus, depuis 2013, la formalisation des transferts patients a été faite ainsi que la dépose du vidoir en avril 2014.</p> <p>La maintenance préventive et curative est organisée, la traçabilité assurée.</p> <p>Des contrôles microbiologiques renforcés, et une qualification annuelle des blocs attestent de la prise en compte par l'établissement des situations à risques.</p> <p>Le signalement des événements indésirables s'articule autour de l'application informatique institutionnelle, les registres papier sur chaque secteur opératoire sont abandonnés.</p>
---------------	--

<p>La Charte de fonctionnement, définie et validée par un Conseil de bloc, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, et établit les responsabilités et les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires.</p>	<p>Oui</p>	<p>Tous les blocs opératoires du GH ont élaboré une charte de bloc, qui a été validée par les conseils de bloc de chaque site. Celle-ci comprend les règles de fonctionnement et missions de chaque corps de métier, avec des fiches d'enregistrement en annexes, et les modalités de régulation des programmes opératoires. Pour les nouvelles structures, celle-ci a été réactualisée, avec des annexes où figurent l'ensemble des circuits patient et logistiques, les fiches de traçabilité, les rôles et les responsabilités de chaque professionnel. Les règlements intérieurs des différents secteurs définissent les processus de prise en charge, en fonction du type d'hospitalisation et des circuits (programmé conventionnel, ambulatoire, urgences...).</p>
<p>L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé entre le bloc opératoire, les secteurs d'activité clinique, médico-technique, technique et logistique.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'ensemble des blocs opératoires du GH ont développé différents supports papier de liaison péri-opératoires, avec des présentations diverses pour les mêmes destinataires (unités de soins, stérilisation). Les logiciels sont pour l'ensemble des blocs identiques pour la programmation, la saisie d'actes, la commande de dispositifs médicaux et le signalement des événements indésirables. Les échanges d'information sont assurés en liaisons services – blocs et blocs –services ainsi que pour les différentes interfaces fonctionnelles : pharmacie, stérilisation, biomédical, approvisionnement, etc. Sur le site Saint-Antoine, la spécificité du secteur ambulatoire unité/bloc intégré permet, à partir d'une</p>
	<p>Partiellement</p>	<p>L'organisation du dispositif de formation OSIRIS pour les blocs opératoires est en place ; une majorité de personnels est formée. Cette formation a débuté par une formation des cadres par le gestionnaire de risque, puis les cadres eux-mêmes forment les personnels des secteurs concernés (formation interne). A ce jour cette formation est en cours de finalisation. Celle-ci a été menée grâce à l'aide d'un kit de formation avec diaporama, plaquettes, etc. Par ailleurs un suivi des formations de l'ensemble des personnels des blocs opératoires est assuré par chaque personnel d'encadrement de chaque bloc.</p>

	Oui	<p>application informatique, un partage d'informations entre les différents professionnels tout au long de la prise en charge du patient en péri-opératoire.</p> <p>Compte tenu de la spécialité orthopédique (grand parc d'ancillaires et instruments), un bloc du site Saint-Antoine a mené un travail de collaboration étroite avec la stérilisation, avec des supports informatiques partagés, des documents papier, et des échanges réguliers.</p> <p>L'établissement recueille l'indicateur « Tenue dossier d'anesthésie » avec une valeur moyenne de 88,7 pour la campagne de recueil 2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hôpital Saint-Antoine : 97 avec un intervalle de confiance à 95 % de [95 - 98] ;</li> <li>- hôpital Tenon : 76 avec un intervalle de confiance à 95 % de [72 - 80] ;</li> <li>- hôpital Armand Trousseau : 93 avec un intervalle de confiance à 95 % de [91 - 95].</li> </ul>
Le système d'information du bloc opératoire est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	<p>Le système d'information des blocs opératoires est intégré au système d'information du GH sur différents registres (la programmation opératoire, le dispositif des événements indésirables, le dossier patient, les résultats de laboratoire, la gestion des dispositifs médicaux), avec des règles d'utilisation connues des professionnels (conditions d'accès). Les modalités d'utilisation peuvent varier d'un bloc opératoire à l'autre selon ses propres spécificités ;</p> <p>Un des blocs de Saint-Antoine utilise une application informatique spécifique, traçant le suivi du parcours patient en temps réel. Il est partagé avec l'ensemble des professionnels bloc/unité.</p> <p>La valeur de l'indicateur hôpital numérique associé pour chaque site (78 % pour Saint-Antoine, 92 % pour Tenon, 97 % pour Trousseau) est supérieure aux seuils de progression (30 %).</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>

<p>Un responsable régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'ensemble des blocs opératoires du GH utilisent le logiciel de programmation institutionnel. La majorité des blocs pratiquent les staffs de programmation hebdomadaires, avec quelques variantes selon les sites.</p> <p>Sur le site Tenon, la programmation initiale se fait sur le logiciel institutionnel par la secrétaire de bloc. Un premier pré-lissage par discipline est réalisé, puis un staff hebdomadaire se fait par spécialité avec la validation définitive et répartition des ressources. Pour la régulation quotidienne, le cadre de santé accompagné d'un adjoint nommé régulatrice ou coordinatrice est identifié comme responsable de cette régulation.</p> <p>Sur un bloc du site Saint-Antoine, une IBODE logisticienne saisit le programme au fil de l'eau, ce qui permet de connaître les plages disponibles par anticipation pour les interventions urgentes. La majorité des régulateurs sont accompagnés pour arbitrage d'un coordonnateur médical (anesthésiste, chirurgien, chef de pôle). Les conseils de bloc se réunissent régulièrement et analysent les événements indésirables, en particulier ceux liés à la programmation, qui peuvent faire l'objet d'actions d'amélioration. Les résultats sont discutés de manière collégiale en conseil de bloc, voire en comité stratégique des blocs.</p>
<p>La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en oeuvre pour toute intervention de l'équipe opératoire.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Sur l'ensemble des blocs opératoires du GH, la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est utilisée. Elle est connue des professionnels. Elle est complétée sur différentes étapes du circuit de l'opéré. L'IBODE en est le plus souvent la coordinatrice.</p> <p>Elle se présente soit sous forme papier, soit de plus en plus souvent sous forme électronique. Sous forme papier, elle est intégrée, en fin d'intervention, dans le dossier patient. Différents audits de la check-list ont été menés dans les blocs opératoire : audit quantitatif d'ouverture de check-list (taux avoisinant 100%) ; qualité de remplissage de la check-</p>

<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées, est assurée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Au moment de la visite de suivi la traçabilité complète des DMI relève de pratiques hétérogènes et parfois non réglementaires. La traçabilité des DMI et DMS se réalise sur plusieurs supports : la fiche écologique du patient intégré au compte-rendu opératoire dans le dossier patient, un registre du bloc opératoire et la saisie sur le logiciel comptable de codage des actes. En UCA le patient sort avec son compte rendu opératoire et avec la traçabilité du DMI implanté. La totalité du circuit des DMI est fonctionnel et réglementaire sur le site de Rothschild (commande, réception et préparation par la pharmacie, livraison et traçabilité). Sur les autres sites, il n'existe pas à ce jour de traçabilité exhaustive des DMI par la pharmacie. Selon les blocs opératoires la commande se fait sur le logiciel comptable, bénéficie d'une validation pharmaceutique simple, parfois a posteriori (c'est-à-dire après implantation du DMI) et d'une livraison directe dans le bloc opératoire, sans contrôle du lot du DMI par la pharmacie. Cette pratique est plus ou moins fréquente selon les blocs. Il n'existe pas de lisibilité des dépôts de DMI dans certains blocs. Parfois la traçabilité nécessite une double saisie des DMI (logiciel comptable et logiciel de la pharmacie non interfacés et non connecté aux</p>
	<p>En grande partie</p>	<p>list par audit a posteriori et par audit de pratiques en temps réel. L'ensemble des résultats montrent des améliorations importantes de la qualité du remplissage et le respect des bonnes pratiques. L'information des nouveaux internes sur la check-list a débuté dans certains blocs depuis le début du stage semestriel de novembre 2014. Dans plusieurs secteurs une fiche de transport patient, comportant un item « vérification d'identité du patient » a été mise en place. Une check-list est adaptée pour les césariennes en urgence, et en réflexion pour les FIV (activité de fécondation in vitro). Cependant, l'ensemble des audits de vérification des bonnes pratiques n'est pas terminé sur l'ensemble du GH (fin au premier trimestre 2015) et les audits réalisés montrent encore des marges d'amélioration possibles.</p>

Partiellement	<p>blocs).</p> <p>Devant cet état des lieux un travail important au niveau GH a été engagé pour améliorer la gestion des DMI dans un cadre réglementaire, avec mise en place au niveau GH d'un comité de pilotage des DMI afin de tracer un DMI dans les blocs opératoires seulement s'il est correctement enregistré par la pharmacie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquisition d'un logiciel métier de gestion et de traçabilité des DMI interfacé avec le logiciel de gestion administrative (application comptable). Ce logiciel est installé, en phase de démarrage sur Saint Antoine, dans les jours qui viennent sur Tenon et ultérieurement sur Trousseau.</li> <li>- Recensement de l'ensemble des DMI</li> <li>- Traçabilité complète initiée en orthopédie à Saint Antoine (novembre 2014)</li> <li>- Ensemble des DMI utilisés actuellement en cours de saisie (référence, numéro de lot, etc.) dans le nouveau logiciel par la PUI</li> <li>- Initiation de la rédaction des différentes procédures concernant la gestion des DMI.</li> </ul> <p>A ce jour, la lisibilité de la traçabilité complète des DMI est en cours de montée en charge.</p> <p>Par ailleurs, une démarche identique est engagée pour la gestion de tous les dispositifs médicaux. Le GH a fait le choix de se faire accompagner par un consultant pour revoir et structurer dans son ensemble la chaîne d'approvisionnement des DM, dont les DMI. La traçabilité du risque ATNC est organisée sur tous les sites, avec un item de recherche du risque ATNC sur les différents supports depuis les consultations jusqu'au bloc opératoire. Les modalités de traitement des matériels en cas de suspicion sont élaborées avec la stérilisation. Un groupe de travail au niveau du GH travaille sur l'harmonisation des actions à mener pour mettre en place la recherche systématique du risque ATNC avant toute intervention chirurgicale sur l'ensemble des secteurs concernés du GH.</p> <p>Les actes sont tracés sur la check-list et le plus souvent codés en secteur opératoire.</p>
---------------	---

<p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les règles de comportement pour respecter l'asepsie progressive, figurant dans la charte de bloc sont en place. Une signalétique adaptée aux blocs opératoires est respectée. Sur les blocs du GH, les procédures et protocoles sont établis pour chaque catégorie professionnelle. Ces documents s'appuient sur les recommandations de la SFAR, du CLIN et des sociétés savantes des spécialités concernées. Ces documents sont intégrés à la démarche qualité et sont accessibles pour les professionnels, sous forme de classeurs de bloc ou de documentation numérique. Au moment de la visite la gestion documentaire a bénéficié d'un travail d'actualisation et de mise à jour sur l'ensemble des blocs.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Le suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est assuré, et des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Au niveau de l'ensemble des blocs du GH, plusieurs applications informatiques permettent d'alimenter une base de données (programmation, chemin clinique, check-list), qui sont exploitées. Différents indicateurs quantitatifs et qualitatifs, en particulier issus des benchmarking des blocs opératoires, sont suivis pour une présentation périodique en conseils de blocs et en comité stratégique.</p> <p>Les tableaux de bord présentés pendant la visite fournissent les indicateurs de suivi de l'activité des blocs (TROS, TVO, nombre d'interventions par spécialité, temps d'intervention, taux de déprogrammation, taux de débordements, activité spécifique ambulatoire, intégration et durée des temps d'intervention des urgences, taux d'ouverture et d'occupation, indicateur de retard au démarrage interventionnel, lisibilité de l'activité spécifique urgences, week-end et nuit sur le bloc de gynéco-obstétrique de Trousseau pour l'activité de chirurgie pédiatrique d'urgence, actes CCAM et ICR par structure, ainsi que les indicateurs spécifiques à l'obstétrique). Ceci permet un pilotage précis de l'activité. L'analyse de l'activité est particulièrement poussée dans l'unité de chirurgie ambulatoire de Saint Antoine.</p> <p>Par ailleurs, le système de déclaration des événements indésirables (EI) est à ce jour entièrement informatisé. Le</p>

Oui	<p>circuit d'analyse, de traitement et de rétro information est en place. Une procédure spécifique « EI graves associés aux soins » est en vigueur. Des RMM sont menées par spécialités ; des CREX ont démarré sur l'ensemble des blocs, ou sont en voie de déploiement avec des niveaux d'avancement différents. Des visites à blanc ont été menées sur chaque structure ayant une activité interventionnelle et ont généré des actions d'amélioration. Les EPR des médecins engagés dans la procédure d'accréditation individuelle pour les spécialités à risques sont souvent connus. Une synthèse des EI de l'année en cours est produite en fin d'année, par secteur et par thématique. L'analyse systématique des causes profondes pour chaque EI est organisée et structurée, et en cours d'évolution.</p> <p>Au moment de la visite de suivi il existe une bonne lisibilité des EI se produisant dans les blocs permettant un pilotage satisfaisant de la gestion des risques en secteur opératoire.</p> <p>Des audits de pratiques sont réalisés. L'ensemble de ces EI alimente au fil de l'eau les plans d'actions de chaque bloc opératoire.</p> <p>Par ailleurs, un département d'anesthésie participe à des travaux d'évaluation au niveau international soit dans un cadre de recherche universitaire soit sur des thématiques précises de gestion des risques (dilution des produits en anesthésie pédiatrique, arrêt cardiaque chez l'enfant, etc...).</p> <p>L'établissement a recueilli l'indicateur associé hôpital numérique au moment de la visite.</p>
-----	--

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Médecine nucléaire  
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

En grande partie

Depuis la visite initiale de 2013, le secteur de médecine nucléaire a été réorganisé et restructuré, avec nomination d'un pharmacien responsable du département de Radio pharmacie de la PUI unique du GH, et présence d'un radio-pharmacien sur chaque site concerné par cette activité : St Antoine, Tenon et Trousseau. Un arrêté en date de janvier 2014 a également mis en place sur le GH HUEP un Service Compétent en Radioprotection (SCR) sur les trois sites. Un radio physicien est venu compléter l'organisation. Une cartographie des risques a été initiée, permettant une analyse des risques a priori, avec hiérarchisation et priorisation des actions à mener. L'ensemble des recommandations de l'ASN ont été prises en compte, avec mise en œuvre d'actions correctives, en particulier la formalisation d'une procédure de gestion des cuves de rétention avec report d'alarme au PC sécurité et appel des personnes compétentes.  
 Du fait de la restructuration récente du secteur de médecine nucléaire, la poursuite de l'identification des risques et de leur hiérarchisation est en cours, de même l'uniformisation

<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>des procédures (autant que possible en fonction des spécificités) fait partie des objectifs opérationnels du secteur.</p> <p>La démarche qualité déjà existante lors de la visite initiale a été actualisée et documentée, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines, avec un organigramme et des fiches de fonction définissant les responsabilités et les missions de chacun. Un cadre supérieur médico-technique a été désigné référent coordonnateur de la démarche qualité pour les trois sites. La restructuration du SCR a permis une meilleure lisibilité en terme de radioprotection, avec formation du personnel sur les trois sites et sécurisation du patient en terme de radioprotection. Le SCR du GH assure la coordination des activités PCR sur les trois sites et permet la mutualisation des ressources et moyens. La gestion des équipements et leurs contrôles sont en place. Les effluents donnent lieu à un suivi régulier et tracé de leur élimination, il en est de même pour l'ensemble des déchets émanant du secteur. Le report d'alarme au PC sécurité en cas de débordement des cuves a donné lieu à un test en avril 2014 qui s'est révélé concluant. Des procédures et modes opératoires sont formalisés à chaque étape de la prise en charge du patient, depuis la prise de RDV jusqu'à l'obtention du compte-rendu écrit de l'examen. Les événements indésirables sont déclarés, certains d'entre eux tracés lors de la réalisation d'un CREX ou lors de RMM. L'analyse systémique de ces événements a permis la mise en œuvre de plans d'actions. Tout événement est par ailleurs déclaré à l'ASN selon la réglementation en vigueur. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent le suivi de l'activité et des équipements. La démarche qualité est à poursuivre, avec coordination des actions à réaliser sur l'ensemble des sites.</p>
---	-------------------------	--

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	<p>Les échanges d'information sont organisées entre le secteur de médecine nucléaire et les autres secteurs d'activité clinique : Toute demande d'examen fait l'objet d'un bon de demande spécifique (scintigraphie, ordonnance de médicaments radiopharmaceutiques), puis validation médicale obligatoire de l'examen par un médecin spécialisé en médecine nucléaire. Pour les patients externes, l'ordonnance est faxée, ou envoyée par mail, puis validée.</p> <p>La participation des médecins du secteur aux RCP est un élément complémentaire de concertation et d'échanges avec les autres services cliniques.</p> <p>Les maintenances préventives et curatives des équipements se font en lien avec le service biomédical, technique et logistique.</p>
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	<p>A St Antoine et Tenon, le logiciel métier de médecine nucléaire permet la prise de RDV et le suivi des doses administrées. Le compte-rendu issu du système informatique intègre le dossier médical du patient sous forme papier.</p> <p>A Trousseau, la mise en ligne du compte-rendu et des images se fait par le biais du logiciel métier de radiologie.</p>
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	En grande partie	<p>La régulation journalière des examens de médecine nucléaire est coordonnée par le personnel médical et paramédical. Elle se fait en collaboration avec le personnel d'accueil, le radio physicien et le radio pharmacien présents sur le site. Les planning médicaux et paramédicaux sont élaborés de façon prévisionnelle afin de garantir la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des examens. Un travail est actuellement réalisé en matière d'information des patients et parents pour les enfants sur Trousseau afin de réduire le risque de déprogrammation dû à un état physiologique ou un autre traitement ne permettant pas la réalisation de l'examen en médecine nucléaire. Ce travail est en cours.</p>

<p>Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les pratiques professionnelles suivent les réglementations de bonnes pratiques internationales, européennes et/ou françaises. En matière de SCR, les procédures sont identiques sur les trois sites, et suivent les recommandations de suivi du personnel par la médecine du travail.</p> <p>Les bonnes pratiques de fabrication des médicaments radio actifs sont appliquées.</p> <p>Le système documentaire qualité regroupe l'ensemble des procédures, modes opératoires et instructions à mettre en œuvre, avec des recommandations spécifiques en fonction de l'examen : TEP scan sur Tenon, explorations métaboliques sur St Antoine, ou spécificités pédiatrique sur Trousseau. Ces documents sont actualisés et validés par les personnes compétentes dans leur domaine : médical, para médical ou physique.</p>
<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.</p>	<p>Oui</p>	<p>La traçabilité des produits et doses de rayonnement ionisant administrés aux patients se fait par le système informatique métier. Ces données sont retrouvées dans le compte-rendu papier du dossier patient et par ailleurs archivées dans le service.</p> <p>La traçabilité de la radio pharmacie à Trousseau est assurée manuellement.</p> <p>L'Yttrium 90 est tracé selon la procédure de traçabilité des DMI.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La déclaration des événements indésirables se fait selon la procédure institutionnelle. En 2013, 26 événements indésirables ont été recensés. Une revue trimestrielle des EI est réalisée en bureau de pôle.</p> <p>L'analyse systémique en CREX ou RMM est initiée depuis la restructuration du service. Selon l'événement indésirable, le pilote de l'action proposée est un responsable médical, pharmacien, radio physicien. Cette démarche d'analyse des causes récemment mise en œuvre est à poursuivre.</p>

<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Des indicateurs d'activité quantitatifs, et des indicateurs qualité qualitatifs sont suivis mensuellement et font l'objet d'un tableau de bord : délai de RDV, taux de déprogrammation, nombre et pourcentage de patients extérieurs, délai de restitution selon le type d'examen, taux de satisfaction des patients. Des plans d'actions sont issus de certains indicateurs, mais il n'y a pas encore de plan d'actions structuré au regard de chaque indicateur mesuré. Le taux de déprogrammation doit donner lieu à une action corrective, concernant l'information à donner, mais cette action n'est pas encore mise en œuvre. Des audits réguliers sont à mettre en œuvre à chaque étape de la prise en charge du patient afin de hiérarchiser et prioriser les actions à mettre en œuvre.</p>
--	-------------------------	---

Référence 26: Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur: radiothérapie, médecine nucléaire et endoscopie

Critère 26.b - Endoscopie  
 Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur



Cotation

A

E1 Prévoir

Réponses aux EA

Constats

Le secteur d'activité a identifié, analysé et hiérarchisé ses processus à risques, en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Oui

Depuis la visite initiale de 2013 le Groupement hospitalier (GH) des Hôpitaux Universitaires Paris– Est (HUPE) a mis en place des structures de pilotage de l'organisation et du fonctionnement de l'endoscopie à l'échelle du GH :

- Un comité stratégique des blocs / endoscopies, organe décisionnel
- Un comité de pilotage (COPIL) des blocs / endoscopies, organe opérationnel dont les actions sont plutôt centrées sur la dimension évaluative (visites à blanc, corps d'auditeurs internes médicaux et soignants), la proposition et la mise en place d'actions transversales (Amélioration de la gestion des DMI, de la check-list, d'initiation de CREX) et d'accompagnements. Ce comité a mis en place des comités de pilotage de mise en place des rocades et des travaux pendant les rénovations et les restructurations.

Le projet de sécurisation de la prise en charge du patient en endoscopie est piloté par le COPIL blocs opératoires/endoscopies du GH présidé par la Directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies, et le Responsable médical des blocs opératoires GH. Une

<p>Oui</p>	<p>responsable qualité bloc opératoire GH, récemment recrutée assure le suivi opérationnel du projet. Ce COPIL se réunit tous les 2 mois.</p> <p>Une cartographie des risques, liée à l'activité endoscopique, a été réalisée dans chaque secteur visité : plateau d'endoscopies digestives de Saint Antoine, plateau d'endoscopies multi spécialités de Tenon, plateau d'endoscopies sans ventilation assistée de Trousseau. De même pour les endoscopies bronchiques à Tenon. Ces cartographies ont été élaborées selon une méthodologie validée, définissant les éléments de fréquence, gravité, criticité selon une échelle connue. L'ensemble des personnels concernés (multi professions) y a participé. Des mesures de réduction de risques y ont été associées en simultanée. La hiérarchisation des risques est effective.</p> <p>Chaque secteur, à la suite de la cartographie a élaboré un plan d'actions, dont certaines réalisées à ce jour. Ces plans d'actions sont alimentés en continu au fil de l'eau à la suite de l'analyse d'évènements indésirables (EI) survenus dans les secteurs d'endoscopie, ou de visites à blanc. Les risques professionnels font l'objet d'un traitement spécifique. Ces plans d'actions possèdent tous pour chaque action un pilote, un échéancier, un suivi et la mise en place d'indicateurs définis. Les plans d'actions définis pour les secteurs d'endoscopies ont été présentés COPIL des blocs opératoires/endoscopies GH le 30 septembre 2014. Le plan d'actions relatif aux endoscopies est suivi par le COPIL blocs opératoires/endoscopies du GH. Il est intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins.</p> <p>Tous les secteurs répondent à la conformité du traitement des endoscopes (formation des personnels, protection du personnel, protocoles, désinfection des endoscopes, traçabilité, hotte aspirante, stockages, protection des équipements de transport, gestion de l'air...).</p> <p>Sur les plateaux, pour les endoscopies sous anesthésie générale, le ratio salle/SSPI est conforme, avec des IADE dédiées. La recherche du risque « ATNC » est réalisée. La</p>
------------	--

	Oui	<p>check-list est utilisée et intégrée au dossier patient dans les plateaux d'endoscopie réalisant des actes sous anesthésie générale ou sans ventilation assistée comme en pédiatrie à Trousseau.</p> <p>L'unité de soins intensifs d'endoscopie digestive, le département d'anesthésie-réanimation, l'unité d'ETO (échographie transoesophagienne) à Saint Antoine, la consultation d'ORL à Rothschild, l'unité d'endoscopie ORL, l'unité d'ETO cardiaque, l'unité de bronchoscopie à Tenon, la consultation d'ORL, la consultation de gynécologie, et le département d'anesthésie – réanimation à Trousseau (tous secteurs pouvant avoir une activité d'endoscopie spécifique) n'ont pas été visités.</p>
<p>Une démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, est en place.</p>	En grande partie	<p>Un manuel qualité institutionnel en endoscopie a été élaboré (septembre 2014) définissant en matière d'endoscopie pour le GH la politique, les périmètres d'activité, les processus de prise en charge, la cartographie des processus, les processus à risques avec une attention toute particulière sur la prise en charge du patient, la gestion documentaire, un management de la qualité et des risques, un chapitre évaluation centré essentiellement sur l'organisation et la mise en place d'une politique d'audits.</p> <p>L'ensemble est accompagné de la liste des procédures en place et des textes de références dont ceux de la SFED par exemple. La mise en conformité des documents qualité sur l'ensemble des secteurs d'endoscopies a été réalisée. Quelques documents ne sont pas écrits au format qualité.</p> <p>Une unité de soins intensifs d'endoscopie digestive est présente sur Saint Antoine.</p> <p>La plateforme d'endoscopie digestive gère tous les endoscopes pour cette unité de soins intensifs, l'urgence et la garde. Toute endoscopie digestive effectuée sur Saint Antoine est assurée par les endoscopistes digestifs. Des travaux ont été réalisés sur cette plateforme : sécurisation de la porte sur la galerie du site, sécurisation de la porte d'entrée du service, sécurisation de l'ascenseur (ne permettant plus un accès non contrôlé du secteur d'endoscopie).</p>

En grande partie		<p>Toutefois, les conditions d'intimité restent imparfaites : malgré la séparation des attentes endoscopies et consultation d'anesthésie, l'accueil des patients pour l'examen endoscopique et l'accueil pour la consultation de pré-anesthésie ont lieu dans le même bureau en simultané. Il n'y a pas de vestiaire patient, le déshabillage a lieu en salle d'endoscopie derrière un rideau de fortune. Un projet de réhabilitation/rénovation/mise en conformité et d'extension, avec étude de faisabilité et estimation budgétaire a été présenté et acté en comité stratégique de l'AP-HP.</p> <p>L'endoscopie à Trousseau pour la pédiatrie se déroule dans deux structures voisines. Les endoscopies digestives, ORL et urologiques sont réalisées sous anesthésie générale au bloc opératoire, le traitement des endoscopes est effectué par l'ensemble du personnel du bloc opératoire du 6e étage. Les endoscopies bronchiques et quelques endoscopies digestives sans ventilation assistée sont réalisées sur le plateau d'endoscopie du 6e étage (une salle). Des travaux d'aménagement permettant une marche en avant ont été réalisés avec mise en place de nouvelles procédures : passe-plat des endoscopes en sens unique, salle de traitement des endoscopes du 7e étage mutualisée avec ouverture de porte. Un mode opératoire de l'entretien de l'armoire de rangement des endoscopes est élaboré. Le projet de rénovation/ mise en conformité du bâtiment Paul Louis-Chigot (PLC) (blocs opératoires/endoscopies de pédiatrie) est inscrit dans le Projet Stratégique des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien 2010-2014. Le démarrage des travaux est précédé au moment de la visite par la mise en place de rocares. A terme, il n'y aura plus de traitement des endoscopes au 7e étage, le local étant intégré dans la nouvelle structure bloc – endoscopie du 6e étage.</p>
L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est organisé avec les autres secteurs d'activité clinique, médico-technique et logistique.	Oui	Le secteur d'endoscopie du GH assure une programmation selon l'organisation suivante : à partir de la réception de fax des unités cliniques ou de contacts téléphoniques ou courriers de médecins traitants, une secrétaire ou IDE programme la consultation du médecin spécialisé, de

	Oui	l'anesthésiste et de l'acte endoscopique. A l'issue de l'examen endoscopique, le compte-rendu est rédigé par la secrétaire, qui intègre la traçabilité des DMI. Un exemplaire est remis dans le dossier, et un exemplaire est archivé dans l'unité d'endoscopie. Un plateau, sur le site Saint-Antoine, remet un exemplaire au patient.
Le système d'information est intégré au système d'information hospitalier.	Oui	Le secteur d'endoscopie du GH utilise le logiciel informatique institutionnel de gestion des rendez-vous pour effectuer la programmation des actes endoscopiques. Il utilise aussi différentes applications institutionnelles pour la lecture des bilans biologiques, des images radiologiques, les observations médicales. La saisie des actes et DMI s'effectue sur le support informatique institutionnel.
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Un responsable identifié régule les activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.	Oui	Sur l'ensemble des plateaux d'endoscopie du GH, le cadre du secteur d'endoscopie est identifié par l'ensemble des professionnels comme responsable de la régulation de l'activité, en collaboration avec une IDE ou une secrétaire dédiée à la programmation : chaque demande est confirmée par fax, après validation par le médecin spécialisé, un enregistrement est effectué via le logiciel partagé institutionnel, l'unité se charge du transfert puis, la veille, les programmes définitifs sont validés. Au quotidien, les urgences sont gérées par le cadre de santé, en collaboration avec le gastro-entérologue.
Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés.	Oui	Sur le GH, les différentes fiches composant le règlement intérieur se sont appuyées sur les recommandations de la Société française de gastro-entérologie et autres sociétés savantes. Sur les plateaux d'endoscopie du GH, la check-list est utilisée pour chaque examen, et rejoint le dossier patient. Elle est utilisée, en première intention par l'IDE qui accueille le patient et l'interroge, puis elle se poursuit en salle en présence du praticien et de l'IADE (actes sous anesthésie générale).

<p>La traçabilité des dispositifs médicaux implantables, des actes et des vérifications est assurée.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>La check-list est réalisée pour toute endoscopie y compris sans anesthésie générale. 2 audits ont été menés montrant des résultats satisfaisants respectant les bonnes pratiques de la check-list en endoscopie digestive et bronchique. Quelques marges d'amélioration sont encore possibles. Le risque ATNC est systématiquement repéré et pris en compte. Si cet item est manquant il peut être la cause d'un refus d'examen. Sur les plateaux d'endoscopie du GH, la traçabilité systématique des DMI est réalisée dans le dossier patient via le compte-rendu et sur le registre stocké dans chaque salle. Par ailleurs, pour les endoscopies interventionnelles réalisées sur le site Saint-Antoine, un registre spécifique trace le taux de rayonnement ionisant pour chaque patient à chaque examen. Les actes sont codés et tracés en salle d'examen.</p>
<p><b>E3 Evaluer et améliorer</b></p>	<p><b>Réponses aux EA</b></p>	<p><b>Constats</b></p>
<p>Un recueil et une analyse des événements indésirables, avec retour d'expérience aux professionnels, permettent la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le système de déclaration des EI est à ce jour entièrement informatisé (abandon des registres papier locaux). Des formations à l'utilisation du système institutionnel de déclaration et à l'incitation déclarative ont été réalisées par les cadres à l'aide d'un kit de formation. Le circuit d'analyse, de traitement et de rétro information est en place. Une procédure spécifique « EI graves associés aux soins » est en vigueur. Des RMM sont menées par spécialités. Des CREX démarrent sur l'ensemble des secteurs, ou sont en voie de déploiement avec des niveaux d'avancement différents. Des visites à blanc ont été menées sur chaque structure ayant une activité endoscopique et ont généré des actions d'amélioration. Les EPR des médecins engagés dans la procédure d'accréditation individuelle pour les spécialités à risques peuvent être connus. Une synthèse des EI de l'année en cours est produite en fin d'année, par secteur et par thématique. L'analyse systématique des causes profondes pour chaque EI est organisée et structurée, et en cours d'évolution.</p>

<p>La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en place d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une « visite à blanc » de tous les secteurs d'endoscopie a été réalisée à l'aide d'une grille élaborée par le COPIL blocs/endoscopies et assurée par un binôme médecin - soignant. Une restitution (à chaud et après analyse) a été effectuée avec propositions d'actions.</p> <p>Les risques identifiés par les cartographies et les EI issus des différentes modalités de récupération d'EI ont donné lieu à des propositions d'actions d'amélioration.</p> <p>L'ensemble de ces actions a été intégré dans un plan d'actions, dit « de maîtrise des risques » pour chaque secteur d'endoscopie. Ce plan d'action est évolutif avec définition de pilotes et échéanciers.</p> <p>La participation à l'audit national sur les endoscopies est programmée pour le premier semestre 2015. Un plan d'action « GH » est en cours d'élaboration en vue de son intégration dans le PAQSS institutionnel.</p> <p>L'activité quantitative des secteurs d'endoscopie est suivie régulièrement.</p>
--	-------------------------	---

## PARTIE 5. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

## Référence 28: l'évaluation des pratiques professionnelles

### Critère 28.a

#### Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles



## Cotation

A

### E1 Prévoir

### Réponses aux EA

### Constats

Les différents secteurs d'activité clinique ou médico-technique organisent la mise en oeuvre des démarches d'EPP.

Oui

L'organisation mise en place depuis la visite initiale, en déclinaison de la nouvelle politique EPP du GH permet aujourd'hui d'assurer de façon pérenne la mise en oeuvre et le suivi des démarches EPP au sein de chaque site et de chacun des pôles d'activité. Les objectifs par pôle sont définis et suivis à l'échelle du GH mais la structuration permet aux pôles et service de dégager leur propre démarche intégrant alors la démarche centrale. Au travers des référents de sites et de pôles, les responsabilités sont définies ainsi que les moyens mis en oeuvre. Le document support de cadrage précise également les processus et circuits aujourd'hui connus des professionnels.

Des analyses de la mortalité-morbidité sont organisées dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.

En grande partie

Le comité EPP a formalisé parmi ses objectifs la présence de RMM dans les secteurs concernés. Il favorise également l'aide méthodologique des RMM et des CREX dans les autres secteurs du GH identifiés comme à risques, dont une antériorité sur ce type de démarche pour les services d'urgence et de cardiologie par exemple. Vingt-neuf RMM sont recensées dans la base AP2, outil institutionnel de

	En grande partie	recueil des EPP. Celles-ci répondent aux critères d'entrée dans la base. Il existe aujourd'hui une charte pour chacune des nombreuses RMM engagée au-delà des RMM relatives aux services obligés. 75% des services concernés ont établi leur bilan annuel. Au jour de la visite de suivi, sur les 26 RMM requises, 81% sont enregistrées dans la base AP2 et 19 des services concernés ont organisé leurs revues de mortalité morbidité. Les personnes ressources pour l'accompagnement des RMM sont définies et aujourd'hui connues des équipes.
Des réunions de concertation pluridisciplinaire sont organisées dans le cadre de la prise en charge des patients en cancérologie.	En grande partie	Compte tenu de la classe pour l'indicateur niveau 2 « Réunion de concertation pluridisciplinaire » et de sa valeur moyenne de 69% pour la campagne de recueil 2014 : - hôpital Saint-Antoine : 84% avec un intervalle de confiance à 95 % de [66% - 95%] ; - hôpital Tenon : 68% avec un intervalle de confiance à 95 % de [49% - 83%]; - hôpital Armand Trousseau : 55% avec un intervalle de confiance à 95 % de [36%-73%].
<b>E2 Mettre en oeuvre</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mettent en oeuvre des démarches d'EPP.	Oui	Au travers de la nouvelle politique d'EPP tous les secteurs d'activité clinique ont aujourd'hui mis en œuvre une démarche d'EPP au regard des objectifs institutionnels inscrits aux contrats de pôle avec la demande d'au moins une EPP sur le médicament, sur la pertinence de soins, la formalisation de l'analyse des dysfonctionnements et une EPP en lien avec les EIG. A ces thématiques, peuvent s'ajouter des EPP proposées par le siège de l'AP-HP. Le déploiement des démarches au sein des pôles se fait également au besoin des éléments relatifs à leurs typologies d'activité et de leur modalité de prise en charge.
L'engagement des professionnels est effectif.	Oui	Au décours du déploiement de la démarche EPP engagée aujourd'hui par le GH-HUEP, il a pu être constaté au sein des services et des pôles l'engagement des professionnels dans la dynamique. Les référents EPP par pôles ou par services assurent le suivi et l'engagement des professionnels

	Oui	de façon pluridisciplinaire sur la démarche.
Des actions de communication relatives aux démarches d'EPP et à leurs résultats sont mises en oeuvre.	Oui	L'établissement a clairement défini sa communication autour de la démarche EPP engagée. Le dispositif inscrit au sein du document de politique dédié à cette thématique est connu des professionnels et bien relayé au travers de documents supports d'information et de communication (lettre dédiée, journaux internes, Intranet, etc.). Les objectifs sont régulièrement posés au travers des rencontres de conférence de pôle avec un volet systématique sur le déploiement des démarches au sein des pôles.
<b>E3 Evaluer et améliorer</b>	<b>Réponses aux EA</b>	<b>Constats</b>
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques.	Oui	Le COPIL EPP assure un retour régulier des démarches engagées. Le tableaux de bord est suivi avec un retour quantitatif et qualitatif des démarches sur chacun des pôles d'activité. Les mesures d'impact sont aujourd'hui intégrées aux bilans réalisés et présentés notamment en conférence de pôles. Les professionnels disposent d'un visuel de formation « Aide à la formalisation des mesures d'impact des EPP ».
Les différents secteurs d'activité clinique et médico-technique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP.	En grande partie	Sous couvert d'un médecin désigné, le COPIL EPP est en charge de l'évaluation du dispositif en lien avec la CMEL et la DQSS. Les outils nécessaires sont en place notamment avec le suivi d'un tableau de bord en adéquation entre les EPP développées et le programme EPP du PAQSS du GH. Ce tableau est régulièrement mis à jour. Par ailleurs, la base AP2 AP-HP assure un bilan régulier des démarches engagées au niveau institutionnel avec retour au sein des instances centrales. Cependant, la mise en oeuvre et le suivi de la politique EPP du GH-HUEP sont trop récents pour confirmer une évaluation périodique du dispositif.

# SYNTHESE DE LA DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

	Date de la visite / rapport de suivi	Niveau de certification prononcé	Suivi de la décision	Echéance
Visite initiale	du 03/06/2013 au 14/06/2013	Certification avec réserves	visite de suivi	12
Visite de suivi	du 08/12/2014 au 11/12/2014	Certification avec recommandations	plan d'action	3

	Visite initiale	Visite de suivi
1.f (Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Court Séjour	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Santé mentale	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de longue durée	Recommandation	Décision levée
11.c (Information du patient en cas de dommage lié aux soins) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
14.a (Gestion du dossier du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
14.a (Gestion du dossier du patient) - Soins de suite et/ou de réadaptation	Recommandation	Décision levée
15.a (Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge) - Court Séjour	Recommandation	Recommandation
20.a bis (Prise en charge médicamenteuse du patient) - Court Séjour	Réserve	Recommandation
26.a (Organisation du bloc opératoire)	Réserve	Recommandation
26.b (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) - Endoscopie	Réserve	Décision levée
26.b (Organisation des autres secteurs d'activité à risque majeur) - Médecine nucléaire	Recommandation	Décision levée

	Visite initiale	Visite de suivi
28.a (Mise en oeuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles)	Recommandation	Décision levée
3.c (Santé et sécurité au travail)	Recommandation	Décision levée
8.a (Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins)	Recommandation	Décision levée
8.f (Gestion des évènements indésirables )	Recommandation	Décision levée

## ANNEXES SUITE À MODALITÉ(S) DE SUIVI

Fiches de suivi engageant l'établissement pour la prochaine  
procédure de certification

Les fiches de suivi donnent à l'établissement l'opportunité de montrer sa réactivité dans la résolution d'une problématique donnée et de rendre compte des actions menées. Ces fiches de suivi ont fait l'objet d'une analyse par la Haute Autorité de Santé ce qui lui a permis, le cas échéant, de modifier la cotation du critère impacté.



Titre du projet d'amélioration:

Promotion de la démarche EPP dans le GH HUEP

Problématique:

E1-EA3 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Des référents des secteurs, lors de la visite, n'étaient pas identifiés dans tous les pôles.

Dysfonctionnement n°2 : Les modalités de désignation de ces référents ainsi que leur rôle ne sont pas formalisés.

E2-EA1 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : L'accompagnement des professionnels ne porte pas sur l'appui méthodologique du déroulement d'une EPP. Ce domaine est jugé comme acquis compte tenu de l'antériorité de ce type d'approche. Le GH n'a développé aucun document ou support spécifique permettant d'accompagner les professionnels sur la méthodologie de réalisation ou d'évaluation des EPP.

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Le suivi est essentiellement quantitatif. Il concerne notamment le nombre d'EPP par site et par pôle ainsi que le champ couvert par les EPP au regard des axes prioritaires définis par le GH. Il n'y a pas de suivi de l'impact organisé et régulier.

E3-EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Les résultats communiqués aux instances ne sont pas présentés en termes d'actions d'amélioration des pratiques, ni d'impact de ces actions. Ils mettent en avant l'état d'avancement des EPP et la répartition de celles-ci entre secteurs.

E3-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : L'analyse et la révision éventuelle des objectifs stratégiques et des moyens mis en œuvre en fonction des résultats obtenus n'ont pu se faire que pour un petit nombre d'actions, comme celles liées aux indicateurs IPAQSS, la stratégie de développement de l'EPP du GH HUEP n'ayant été formalisée que depuis la fin de l'année 2012

Résultats obtenus:

E1-EA3 (En grande partie)

Dysfonctionnement n° 1 : A ce jour il y a au moins un référent EPP médical et ou paramédical identifiés par pôle.

Dysfonctionnement n°2: Un document de cadrage « Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles » et une lettre d'engagement sont élaborés et diffusés. Des objectifs sur l'organisation des démarches EPP sont inscrits dans la déclinaison annuelle des contrats de pôles.

Les fiches de missions référent EPP site, pôle et service sont validées et diffusées sur l'intranet GH.

E2-EA1 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°1: Un document de cadrage « Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles » définit les modalités d'accompagnement des professionnels à la démarche d'EPP. Des supports méthodologiques sont formalisés : fiches pédagogiques, diaporamas de formation

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1: Le référent EPP GH a recensé dans la base AP2 toutes les EPP en phase 2 et demandé aux pilotes des EPP concernées de réaliser la phase 3, relative à la mesure d'impact des actions mises en œuvre. Dans la nouvelle organisation, les responsabilités sont définies dans la fiche de mission du référent EPP pôle et de site; le suivi des mesures d'impact doit être assuré par les référents EPP.

Par ailleurs, un modèle d'EPP exemplaire en matière d'impact est mis à la disposition des professionnels sur l'intranet GH et en commission EPP.

E3-EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1: Un bilan annuel des EPP issu de la base AP2 est présenté aux Instances du GH.

E3-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1: Les objectifs stratégiques et les moyens mis en œuvre pour assurer le suivi des mesures d'impact sont définis dans le document de cadrage. Le copil EPP GH a élaboré un tableau de bord permettant d'assurer le suivi annuel des actions mises en œuvre et les mesures d'impact.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Coordonnateur médical et paramédical EPP GH	Binôme médical et paramédical référent de chaque site, membres du Copil EPP GH	Cadres expert en soins, référents EPP pôle, référents qualité et sécurité des soins des pôles ,DOMU (AP-HP)

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA3 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Définition d'objectifs sur la démarche EPP dans la déclinaison annuelle 2014 des contrats de pôle</p> <p>Action n°2 : Identification au sein de chaque pôle d'un référent EPP médical et paramédical.</p> <p>Action n°3 : Diffusion dans les services de la lettre d'engagement EPP du directeur du GH et le président de CMEL</p>	Réalisée	15/10/14 00:00
<p>E1-EA3 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Rédaction d'un document de cadrage " Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles"</p>	Réalisée	15/10/14 00:00
<p>E1-EA3 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1: Formalisation de la fiche de missions des référents EPP site, pôle et service</p> <p>Action n°2 : Mise à disposition sur l'intranet du GH des fiches de missions référent EPP</p>	Réalisée	16/06/14 00:00
<p>E2-EA1 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Rédaction de supports pédagogiques s'appuyant sur les fiches DPC HAS à destination des professionnels.</p> <p>Action n°2 : Mise à disposition d'une EPP exemplaire par méthode sur l'Intranet GH</p> <p>Action n°3: Mise en place d'un tableau de bord de suivi de la formation des professionnels à la méthodologie de l'EPP des professionnels</p>	Réalisée	23/10/14 00:00
<p>E2-EA1 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°4: Formation des professionnels à l'évaluation des pratiques professionnelles.</p>	En cours	24/10/14 00:00
<p>E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Formalisation d'un modèle type de recueil des modalités de mesures d'impact des EPP</p>	En cours	10/11/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°2 : Elaboration d'un tableau de bord de suivi annuel des mesures d'impact</p> <p>Action n°3 Mise à disposition (sur Intranet et en comission EPP) des professionnels d'une EPP exemplaire en matière d'impact le 23/10/2014.</p>		
<p>E3-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n°1 : Formalisation des tableaux de bord de suivi des EPP pour les conférences de pôle : état d'avancement et mesures d'impact</p> <p>Action n°2 : Restitution auprès des Instances du GH le bilan annuel des EPP issu de la base AP2.</p> <p>Action n°3 : Restitution auprès des Instances du GH du bilan annuel des EPP et de leurs mesures d'impact prévue fin 2014.</p>	Réalisée	15/10/14 00:00
<p>E3-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n°1 : Rédaction du document de cadrage « Politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles »</p> <p>Action n°2 : Diffusion dans le GH du document politique EPP</p>	Réalisée	15/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA3 (En grande partie) Evaluation n°1: Suivi semestriel du nombre de référents médical/paramédical par pôle	Prévue	24/11/14 00:00
E2-EA1 (Partiellement) Evaluation n°1: Nombre de supports pédagogiques mis à disposition  Evaluation n°2: Nombre de professionnels formés  Evaluation n°3: Nombre d'EPP réalisées	En cours	24/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation n°1: Nombre d'EPP réalisées avec des mesures d'impact	En cours	10/01/14 00:00
E3-EA1 (En grande partie) Evaluation n°1: Nombre d'EPP avec évaluation des mesures d'impact  Evaluation n°2: Nombre de présentations du bilan annuel aux instances (CQSS, CMEL, CSIMRT)	Prévue	15/06/15 00:00
E3-EA2 (En grande partie) Evaluation n°1: Suivi du tableau de bord GH (nombre d'EPP phase 3 avec mesures d'impact)	Prévue	15/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La politique EPP GH est déclinée sous forme d'un programme EPP que les pôles et services doivent mettre œuvre. Il fait l'objet d'une évaluation annuelle. Par ailleurs, ce programme s'articule avec le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins, son programme d'audits et les requêtes de la CRUQPC et des sous commissions qualité sécurité des soins GH (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS et COVIRIS)

Validation institutionnelle:

La stratégie EPP du GH est définie par le groupe EPP GH et intégrée au Projet médical et au Projet d'Etablissement GH. Le programme EPP GH est soumis à CSIRMT pour avis consultatif, et validé par la CQSS, la CMEL, et le COMEX.

Planification des revues de projet:

Le projet de promotion de la démarche EPP est décliné dans le PAQSS. Il est piloté par le groupe EPP GH constitué de :

- un binôme coordinateur médical + paramédical GH :
- binômes référents médical + paramédical SAT/TNN/TRS/RTH
- directeur qualité + Coordinatrice qualité GH + Relation Usager
- un représentant de la Coordination Générale des Soins
- Responsable DPC GH

Ce comité se réunit au minimum trois fois par an.



Titre du projet d'amélioration:

Structuration de la démarche de prévention des risques professionnels

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Un établissement du GH HUEP (l'hôpital de La Roche-Guyon) n'a pas encore formalisé le document unique sur les risques professionnels.

E1-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La rédaction du document unique sur La Roche-Guyon n'était pas réalisée en raison de la vacance du poste de chargé de prévention des risques professionnels. L'établissement prévoit de confier de façon prioritaire l'organisation de son élaboration dès son recrutement programmé en juin 2013.

E1-EA3(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Le préventeur des risques prochainement recruté (juin 2013) sera chargé de réaliser les plans d'amélioration des conditions de travail pour les sites de Rothschild et La Roche-Guyon, en vue d'une présentation en CHSCT avant fin 2013.

E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Le nombre insuffisant de médecins du travail voire l'absence transitoire de médecins du travail à l'hôpital de Trousseau ne permet pas de les associer de façon régulière. Cette situation ne permet pas, au moment de la visite, d'associer de façon continue le service de santé au travail à la mise en œuvre d'actions de prévention.

E2-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Les démarches de prévention portées au niveau du GH (ex. : prévention des TMS, prévention des RPS, etc.) permettent d'associer le service de santé au travail, à certaines actions de prévention mises en œuvre dans chacun des sites du GH. Cependant, compte tenu de son effectif constaté lors de la visite, ce service ne peut assurer une participation effective pour toutes les actions qui relèvent de sa compétence.

E3-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Les programmes de prévention des risques et document unique ne sont pas évalués selon une périodicité définie.

Résultats obtenus:

E1-EA1(En grande partie)

Le Document Unique de l'hôpital de La Roche Guyon a été élaboré et rédigé par le conseiller en prévention des risques professionnels au cours du 2ème semestre 2013. Il a été présenté au CHSCT de la Roche Guyon le 10/12/2013 et actualisé en 2014. 100% des unités de travail sont désormais évaluées. Il est disponible dans chaque unité à la direction et consultable sur intranet.

E1-EA2(En grande partie)

Le recrutement d'un conseiller en prévention des risques professionnels à partir de juin 2013 a permis de relancer et de structurer une démarche participative d'évaluation des risques professionnels dans le cadre du COPIL DU/PAPRI Pact de la Roche-Guyon. L'élaboration du Document Unique a été réalisée au cours du

2ème semestre 2013 et l'évaluation des risques a été actualisée en 2014.

#### E1-EA3(En grande partie)

Les PAPRIPACT de Rothschild et de La Roche-Guyon ont été élaborés au cours du 2ème semestre 2013. Ils ont été respectivement présentés en CHSCT les 12/10/2013 et 10/12/2013. Les actions relevées dans les PAPRIPACT font l'objet d'un suivi régulier dans chaque site, au moins une fois par trimestre, dans le cadre des COPIL DU/PAPRIPACT. Ces COPILS associent l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Un bilan du PAPRIPACT 2014 et la présentation du PAPRIPACT 2015 feront l'objet d'une présentation en CHSCT de Rothschild le 11/12/2014 et en CHSCT de La Roche-Guyon le 8/12/2014.

#### E2-EA1(Partiellement)

A partir de septembre 2013, un médecin à temps plein a été recruté sur le service de santé au travail de Trousseau dans le cadre d'une convention avec un service interentreprises. Ce recrutement a été complété à partir du 2 juin 2014 par le recrutement d'un 2ème médecin du travail intervenant à 60% en service autonome.

En septembre 2014, malgré une proposition anticipée de renouvellement du marché avec le service interentreprises, le médecin du travail recruté à plein temps n'a pas souhaité poursuivre son activité sur l'Hôpital Trousseau. Pour compenser en partie ce départ, le médecin du travail recruté en service autonome a accepté de passer à 70%.

Par ailleurs, deux candidatures sont actuellement en cours d'étude (entretiens de recrutement programmés dans la semaine du 20/10/2013).

Le recrutement des médecins du travail sur l'hôpital Trousseau a permis de s'appuyer sur leurs compétences dans le cadre de la démarche de prévention des risques professionnels. Le médecin du travail actuellement en poste participe activement au CHSCT, à l'actualisation du Document Unique, au COPIL DU/PAPRIPACT, au COPIL RPS de l'établissement ainsi qu'aux actions contribuant à l'amélioration des conditions de travail (définition des besoins d'équipements dans le cadre de l'enveloppe Conditions de Travail, répartition du matériel de prévention des TMS, etc.).

#### E2-EA2(Partiellement)

Le Groupe Hospitalier s'est lancé dans une démarche active de recrutement de médecins du travail :

- en service autonome : le groupe hospitalier a entrepris de mettre à jour et de publier régulièrement les fiches de poste de médecin du travail sur les sites internet dédiés (FHF, Espace Emploi AP-HP) et dans des revues spécialisées (Quotidien du Médecin, Décision Santé, Le Généraliste, What'up Doc, etc.). Deux recrutements de médecins du travail ont été réalisés en septembre 2013 et en juin 2014 respectivement sur les hôpitaux de Saint-Antoine (1 ETP) et de Trousseau (0,6 ETP).
- en service interentreprises : un MAPA publié en 2013 a permis de recruter, à partir de septembre 2013, deux médecins du travail sur les hôpitaux de Trousseau (1 médecin à temps plein) et de Rothschild (un médecin à 30%). En 2014, afin d'anticiper le terme de ce marché, un appel d'offres a été relancé et étendu aux hôpitaux de Saint-Antoine et de Tenon. Ce nouvel appel d'offres n'a pas permis de renouveler la prestation de médecin du travail sur Trousseau. La prestation sur Rothschild est maintenue et des discussions sont en cours pour augmenter la quotité du temps de médecin à hauteur de 60%. De même, un médecin interentreprises s'est positionné sur Tenon.

A ce jour, la recherche de médecins du travail permet d'assurer une couverture partielle de l'ensemble des sites :

- 1 médecin du travail à 70% sur Trousseau (pour un effectif réglementaire de 1,6 ETP) ;
- 1 médecin du travail à 100% sur Saint-Antoine (pour un effectif réglementaire de 2 ETP) ;
- 1 médecin du travail à 30% sur Rothschild, voire augmentation possible à hauteur de 60% à compter de février 2015 (pour un effectif réglementaire de 0,6 ETP) ;
- 1 médecin du travail à 100% sur Tenon et recrutement d'un 2ème médecin du travail à 50% à compter de janvier 2015 (pour un effectif réglementaire de 2 ETP).

Le nombre de médecins du travail actuellement présents sur les sites du GH permet de les associer de façon régulière à la définition et à la mise en œuvre des actions de prévention portées au niveau du GH (COPIL RPS GH) ou sur chaque site (COPIL RPS, COPIL DU/PAPRIPACT, Commission AT/MP, etc.). Ils participent également aux commissions mises en place dans le cadre du suivi de situations individuelles ou collectives (Groupe Handicap, Commission de Gestion personnalisée des Agents). Enfin, ils participent aux CHSCT, ainsi qu'au CTEL en fonction des sujets à l'ordre du jour.

#### E3-EA2(En grande partie)

Le Document Unique de chaque site est actualisé annuellement et le PAPRIPACT définit pour un an les actions précises à mettre en œuvre dans le champ de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. Un COPIL DU/PAPRIPACT est mis en place dans chaque site et est piloté par le conseiller en prévention des risques professionnels. Il se réunit au moins une fois par trimestre. Ce COPIL associe l'ensemble des acteurs impliqués dans le

domaine de la prévention des risques professionnels (médecin du travail, secrétaire du CHSCT, représentants du CHSCT, Directeur du site ou son représentant, adjoint au Directeur des Ressources Humaines, Directeur des soins ou son représentant, Chef du personnel, Directeur de la Direction des Investissements ou son représentant, responsable du service de formation). En fonction des sujets abordés, des personnes ressources peuvent être sollicitées pour y participer de façon ponctuelle.

Une procédure formalisant la démarche d'évaluation et de suivi de la prévention des risques professionnels est en cours d'élaboration. Cette procédure définit explicitement la périodicité selon laquelle la démarche d'actualisation du Document Unique et les actions d'améliorations des conditions de travail sont évaluées (au moins une fois par trimestre dans le cadre du COPIL DU/PAPRI Pact).

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Adjointe à la Directrice des ressources humaines	Conseillers en prévention des risques professionnels et chefs du personnel de Saint Antoine, Tenon, Trousseau/La Roche Guyon, Rothschild	Coordonnatrice de la prévention des risques professionnels, Conseillère en prévention des risques professionnels (Trousseau-la Roche Guyon, Rothschild), Chef du personnel Trousseau-La Roche-Guyon, Rothschild)

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Elaboration du Document Unique de l'hôpital de La Roche-Guyon  Action n°2 : Présentation au CHSCT de La Roche Guyon  Action n°3 : Mise à disposition du Document Unique de La Roche Guyon	Réalisée	10/12/13 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Actualisation du Document Unique de l'hôpital de La Roche-Guyon	Prévue	08/12/14 00:00
E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Recrutement d'un conseiller en prévention des risques professionnels chargé des hôpitaux de Trousseau-La Roche-Guyon et Rothschild	Réalisée	17/06/13 00:00
E1-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Elaboration des Programmes Annuels de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail (PAPRIPACT) des hôpitaux de Rothschild et de La Roche Guyon	Réalisée	11/10/13 00:00
E1-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Présentation en CHSCT des Programmes Annuels de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail (PAPRIPACT) des hôpitaux de Rothschild et de La Roche Guyon	Réalisée	12/12/13 00:00
E1-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3: Actualisation des Programmes Annuels de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail (PAPRIPACT) des hôpitaux de Rothschild et de La Roche Guyon	Prévue	08/12/14 00:00
E1-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Présentation en CHSCT des Programmes Annuels de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail (PAPRIPACT) des hôpitaux de Rothschild et de La Roche Guyon	Prévue	11/12/14 00:00
E2-EA1(Partiellement)	Réalisée	02/06/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Dysfonctionnement n°1                      Action n°1 : Recrutement d'un médecin du travail sur l'hôpital Trousseau (médecin service interentreprises du 01/09/2013 au 31/08/2014, et médecin service autonome à partir du 02/06/2014)</p> <p>Action n°2 : Association du service de santé au travail de Trousseau à la mise en œuvre des plans de prévention</p>		
<p>E2-EA2(Partiellement)                      Dysfonctionnement n°1                      Action n°1 : Recrutement de médecins du travail sur le Groupe Hospitalier</p> <p>Action n°2 : Association du service de santé au travail à toutes les actions qui relèvent de sa compétence</p>	Réalisée	02/09/13 00:00
<p>E3-EA2(En grande partie)                      Dysfonctionnement n°1                      Action n°1 : Définition d'une périodicité d'évaluation des programmes de prévention pour chaque site définie</p>	Réalisée	09/09/13 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n° 1 : % d'unités de travail évaluées dans le Document Unique	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : nombre d'ETP Conseiller en Prévention des Risques Professionnels	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Avis du CHSCT sur le PAPRIPACT RTH 2013/2014 Evaluation n°2 : Avis du CHSCT sur le PAPRIPACT LRG 2013/2014	Prévue	11/12/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : nombre d'ETP médecin du travail à TRS Evaluation n° 2: Bilan des travaux du médecin du travail	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : nombre d'ETP médecins du travail sur le GH Evaluation n° 2 : Bilan des travaux des médecins du travail	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de COPIL DU/PAPRIPACT par an et par site	Prévue	31/12/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La démarche d'évaluation des risques et de suivi des actions d'amélioration des conditions de travail est portée par la Direction des Ressources Humaines, pilotée sur chaque site par le Conseiller en prévention des risques professionnels, en lien avec le chef du personnel. Cette démarche associe étroitement les représentants du CHSCT et le service de santé au travail. Elle est structurée dans le cadre du COPIL DU/PAPRIPACT qui se réunit au moins une fois par trimestre pour le faire le bilan des actions en cours et fixer des objectifs d'amélioration des conditions de travail à partir de l'analyse des risques.

Validation institutionnelle:

L'actualisation du Document Unique est présentée en CHSCT et le Programme Annuel d'Amélioration des Conditions de Travail fait l'objet d'un avis du CHSCT.  
Le suivi de la démarche d'actualisation du DU et des actions PAPRI Pact est assuré dans le cadre du COPIL DU/PAPRI Pact institué dans chaque site du Groupe Hospitalier.

Planification des revues de projet:

Les COPIL DU/PAPRI Pact sont programmés, au moins une fois par trimestre sur chaque site.



# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Déclinaison du programme qualité et sécurité des soins

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Il n'existe pas pour l'ensemble des secteurs et prises en charge à risques (blocs opératoires, endoscopie, médecine nucléaire, radiothérapie, circuit du médicament...) de déclinaison en un programme d'actions spécifiques

E1-EA3(Non)

Dysfonctionnement n°1

Bien que des médecins soient engagés dans le dispositif d'accréditation des médecins, les actions menées à ce titre ne sont pas intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS).

E2-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Cependant, bien que le maillage stratégique soit en place et les actions engagées, les personnels rencontrés ignorent les objectifs de leur pôle et l'identification de leur référent qualité.

E3-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Le PAQSS 2013-2014, validé fin 2012, a fait l'objet d'un point d'étape en mai 2013, pour autant, il n'a pas encore pu bénéficier d'une évaluation annuelle prévue en décembre 2013.

E3-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Compte tenu de la date de validation du PAQSS, et de son absence de réévaluation annuelle, le réajustement du programme n'a pas encore été engagé.

Résultats obtenus:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Un plan de déploiement des cartographies et des plans d'amélioration y afférant est défini et suivi pour l'ensemble des secteurs à risque.

La démarche de cartographie des risques est aboutie jusqu'à la définition d'un plan de maîtrise de risque pour les secteurs suivants :

- le service de Radiothérapie et de curiethérapie;
- les deux blocs opératoires et deux secteurs d'endoscopie du site de Tenon ;
- les trois services de médecine nucléaire du GH.

Les plans d'action tiennent compte des dysfonctionnements identifiés lors de visite d'audits internes et externe ou à l'occasion de la survenue d'évènements indésirables.

Des revues de projet spécifiques sont mises en oeuvre, avec l'appui de la DQGRU, par le directeur du GH ou son représentant pour les secteurs et activités à risque : à un rythme mensuel pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, bimensuel pour les blocs opératoires et secteurs d'endoscopie et semestriel pour la radiothérapie, médecine nucléaire et radiologie interventionnelle.

Le plan d'actions concernant le circuit du médicament est intégré de façon systématique dans le PAQSS et ajusté régulièrement.

E1-EA3(Non)

Dysfonctionnement n°1

La liste des médecins accrédités du GH a été mise à jour : elle comprend 7 praticiens.

E2-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Sous l'impulsion de la gouvernance du GH, le maillage de l'organisation de la qualité et des risques se décline progressivement dans les pôles cliniques. Plusieurs pôles ont identifié des référents qualité jusque dans les services et ont mis en oeuvre un pilotage transversal des démarches. Les missions des référents qualité de pôle et de service sont définies sur la base de fiches missions type proposées par la DGQRU.

E3-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Le bilan définitif du PAQSS 2013-2014 a été finalisé en mai 2014. Ce bilan a été présenté aux instances

E3-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Le PAQSS 2013-2014 a été actualisé à l'issue de son évaluation en Mai 2014. La nouvelle version du PAQSS prend en compte les plans d'actions définis dans les secteurs d'activités à risques ou en lien avec les remarques de la HAS dans le rapport de certification V2010. Les actions de la précédente version ayant été réalisées ont été retirées. Par ailleurs, la version suivante du PAQSS anticipe de nouvelles orientations en cours de définition par le nouveau plan d'établissement 2015-2019 de l'APHP ou dans le contexte du prochain compte-qualité.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
La Présidente de la Commission Qualité sécurité des Soins, le Directeur de la qualité du GH	Les professionnels de la direction qualité gestion des risques	La coordination générale des soins, les directions fonctionnelles du GH, la coordination de la gestion de risques associés aux soins, les référents qualité des pôles

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Réalisation de la cartographie des risques dans les blocs opératoires et définition d'un plan d'actions</p> <p>Action n°2: Réalisation de la cartographie des risques dans les secteurs et d'endoscopie définition d'un plan d'actions</p> <p>Action n°3: Réalisation de la cartographie des risques en médecine nucléaire et définition d'un plan d'actions</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Réalisation de la cartographie des risques en radiothérapie et définition d'un plan d'actions</p> <p>Action n°5: Actualisation du programme d'action pour le circuit du médicament</p>	Réalisée	11/02/14 00:00
<p>E1-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°6: Renforcement du pilotage du programme d'action sur les secteurs d'activités à risque par des revues de projet spécifiques</p>	Réalisée	13/05/14 00:00
<p>E1-EA3 (Non) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Actualisation de la liste des médecins accrédités</p>	Réalisée	01/09/14 00:00
<p>E1-EA3 (Non) Dysfonctionnement n°1 Action n°2: Recensement des activités de sécurité de soins justifiant une accreditaiton et mise à disposition de la Coordination de la gestion des risques</p>	Prévue	01/12/14 00:00
<p>E2-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Structuration de la démarche qualité dans les pôles et identification de référent qualité</p> <p>Action n°2: Rédaction des fiches de mission référent qualité et mise en ligne sur l'intranet</p>	Réalisée	13/06/14 00:00
<p>E2-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Rédaction d'une plaquette d'information spécifique à chaque pôle déclinant l'organisation de la qualité et gestion des risques et les professionnels référents.</p> <p>Action n°4 : Accompagnement des professionnels et suivi d'audits et de groupe de travail par</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
les référents qualité des pôles		
E3-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Réalisation du bilan du PAQSS et présentation aux instances	Réalisée	16/06/14 00:00
E3-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Actualisation du PAQSS 2014-2015	Réalisée	01/07/14 00:00
E3-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Définition des nouvelles orientations qualité sécurité de soins pour les HUEP au regard du nouveau plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP	En cours	01/02/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1: Bilan annuel des programmes d'amélioration définis dans les secteurs d'activités à risque	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 Audit interne et externe annuel des secteurs d'activités à risque	Réalisée	30/09/14 00:00
E2-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1: Bilan des actions définies au sein des pôles lors des conférences stratégiques de pôle	Prévue	28/11/14 00:00
E3-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Bilan annuel du PAQSS 2014-2015	Prévue	30/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le programme qualité sécurité des soins est suivi par la Commission qualité sécurité des Soins du GH qui se réunit 3-4 fois par an. Le bilan du PAQSS est réalisé annuellement.

Validation institutionnelle:

La politique qualité est inscrite dans le projet stratégique des HUEP 2010-2014. Le PAQSS est validé par le directeur du GH et le président de la CMEL locale. Il est présenté aux instances : COMEX, CMEL, CQSS, CSIMRMT

Planification des revues de projet:

Le projet d'actualisation du PAQSS est piloté par la présidente de la Commission qualité Sécurité des Soins. Des revues de projet spécifiques sont mises en oeuvre, avec l'appui de la DQGRU, par le directeur du GH ou son représentant pour les secteurs et activités à risque : à un rythme mensuel pour la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, bimensuel pour les blocs opératoires et secteurs d'endoscopie et semestriel pour radiothérapie, médecine nucléaire et radiologie interventionnelle. Des points de coordination mensuels sont assurés en Comité opérationnel QSS



Titre du projet d'amélioration:

Coordination et amélioration de la gestion des évènements indésirables

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La notion de gravité est intégrée au support de signalement, mais il s'agit de la gravité ressentie par le déclarant, sans échelle de référence consultable lors de la déclaration

Dysfonctionnement n°2 : l'établissement ne dispose pas d'une charte de déclaration

Dysfonctionnement n°3 : l'organisation en place montre que tous les secteurs d'activité n'intègrent pas en routine le dispositif institutionnel mais préfèrent recueillir les EI sur des registres locaux (blocs opératoires par exemple). Ces registres locaux sont considérés comme un outil d'incitation à la déclaration

Dysfonctionnement n°4 : les registres locaux ne garantissent pas l'information du COVIRIS concernant les EI récurrents, le suivi des analyses et plans d'actions induits ni la coordination de l'ensemble des EI au sein du GH.

E2-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : lors des circuits effectués par les experts-visiteurs, les professionnels rencontrés, s'ils déclarent connaître l'existence de l'outil de signalement, restent en difficulté quant à la définition des EI à déclarer et montrent des difficultés pour trouver et accéder au lien du logiciel sur l'Intranet. Le type d'évènement à déclarer et les notions de gravité et de fréquence sont intégrés de manière hétérogène selon les secteurs

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : au regard des documents produits (RMM) et des professionnels rencontrés dans les secteurs à risques, l'appropriation des méthodes d'analyse est en cours de généralisation. L'institution a identifié comme objectif de promouvoir les formations concernant les méthodes d'analyse.

E2-EA3(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Pour autant, tous les secteurs à risques (blocs opératoires, endoscopie, médecine nucléaire) ne sont pas ou seulement partiellement entrés dans la démarche d'analyse

Dysfonctionnement n°2 : Les CREX médicaments existent depuis 2012 à Tenon et ont été initiés depuis 2013 sur les autres sites

Dysfonctionnement n°3 : Les RMM ne sont présentes que dans la moitié des services en ayant obligation

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, ces tableaux de bord n'intègrent pas les actions correctives engagées, les modalités de mise en œuvre, le responsable de l'action, l'échéance et l'indicateur de suivi

Dysfonctionnement n°2 : De même, l'existence de systèmes parallèles au système de déclaration ne permet pas d'obtenir une supervision globale du traitement et de la mise en œuvre des actions correctives à l'échelle du GH.

E3-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Toutefois, la collecte des EI récurrents ne bénéficiant pas d'une approche globale, les systèmes de recueil de secteur, hors déclaration électronique, génèrent des traitements locaux d'EI récurrents non coordonnés à l'échelle de l'établissement

E3-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Des initiatives de mesure de l'efficacité des mesures correctives sont engagées au travers d'indicateurs ou d'audit de suivi. La généralisation de l'évaluation des actions correctives n'est pas effective

Résultats obtenus:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 :

Une échelle de gravité est intégrée à la page d'accueil de l'outil institutionnel OSIRIS dans la catégorie A (complications médicales et de soins), afin de permettre au signalant d'évaluer la gravité pour le patient.

Dysfonctionnement n°2 :

Une charte d'engagement de l'AP-HP signée par le Directeur Général et le président de la CME de l'APHP a été diffusée. Elle est disponible sur l'intranet du GH. Par ailleurs, le GH a élaboré sa propre charte de la déclaration des EI, à partir du modèle institutionnel. Cette charte est intégrée dans le kit de formation.

Dysfonctionnement n°3 :

Les cahiers de signalement ont été supprimés dans les blocs opératoires. Les professionnels ont été sensibilisés à l'intérêt de l'utilisation d'OSIRIS comme support unique de déclaration.

Un responsable qualité a été recruté pour mettre en oeuvre le système de management de la qualité dans les blocs opératoires et dans les secteurs d'endoscopie.

Dysfonctionnement n° 4 :

Le COVIRIS du GH ou les COVIRIS de site s'appuient sur des groupes de travail spécifiques pour assurer le suivi et le traitement des EIAS récurrents (chute, erreurs médicamenteuses...). Les conclusions et recommandations issues de ces travaux sont partagées en COVIRIS GH.

L'organisation de la gestion des risques au sein du GH est en cours de restructuration afin d'assurer un maillage opérationnel permettant de garantir la fluidité de l'information et la cohérence de l'action.

Des référents qualité sécurité des soins médicaux et paramédicaux ont été nommés dans les secteurs d'activité.

E2-EA1(En grande partie)

Les supports de formation ont été améliorés afin de permettre aux soignants de mieux appréhender la typologie des EI à déclarer. Une plaquette EI associée aux soins a été réalisée, diffusée et mise à disposition sur l'intranet GH.

Le GH a défini un dispositif permettant la démultiplication de la formation et de la sensibilisation de l'ensemble professionnels à la déclaration Osiris.

E2-EA2(En grande partie)

Le GH a élaboré un plan de formation aux méthodes d'analyse pour les personnels concernés.

E2-EA3 (En grande partie)

Dysfonctionnement n° 1 :

Des responsables et référents ont été désignés dans la plupart des secteurs à risque

Les services ayant mis en place les RMM sont les suivants : Oncologie , Anesthésie Chirurgie , Réanimation médicale SAT, Hématologie SAT, Chirurgie Greffe

hépatique SAT, Chirurgie Digestive SAT, SAU SAT, Obstétrique Maternité TNN, Chirurgie ORL TNN, Chirurgie Urologique TNN, Réanimation TNN, Anesthésie TVAR, Obstétrique et périnatalité TNN, SAU TNN, Réanimation Néonatalogie TRS, Chirurgie Viscérale, Maternité réseau TRS, Urgences pédiatriques TRS,

Dysfonctionnement n ° 2 :

Un plan de déploiement des CREX dans les secteurs à risque est défini.

Dysfonctionnement n ° 3 :

Un plan d'accompagnement est mise en œuvre pour améliorer la formalisation ds RMM dans les secteurs où la démarche est obligatoire. Un expert médical a été nommé dans le GH pour assurer cette mission.

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n° 1 :

Un suivi des EIG est réalisé en COVIRIS GH au moyen du tableau ;

Un dispositif gradué de suivi des actions se déploie:

- le COVIRIS de chaque site assure un suivi des actions en cours des EI significatifs et des EI récurrents
- des tableaux de bord de suivi des actions accompagnent la généralisation des CREX
- un dispositif de suivi des EI est testé à l'échelle d'un pôle pilote (onco-hémato)

Dysfonctionnement n° 2 :

La déclaration des EI sur le GH est centralisée au niveau du logiciel institutionnel OSIRIS.

E3-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n° 1 :

Les cahiers de recueil de secteur (blocs opératoires) ont été supprimés. Les services utilisent exclusivement le logiciel institutionnel pour leurs déclarations.

Les EI récurrents sont revus au niveau des COVIRIS sites et GH. Le COVIRIS du GH ou les COVIRIS de site s'appuient sur des groupes de travail spécifiques pour assurer le suivi et le traitement des EIAS récurrents. Les conclusions et recommandations issues de ces travaux sont partagées en COVIRIS GH et site.

Un dispositif de suivi des EI est testé à l'échelle d'un pôle pilote (onco-hémato)

E3-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n° 1 :

Le pourcentage des signalements concernant les activités médicales et de soins GH dans OSIRIS est mesuré tous les 6 mois.

Les mesures de prévention généralisées à l'échelle du GH font l'objet de campagne d'évaluation (audit de port de bracelet, préparation des médicaments injectables étiquetage des tubes...)

La culture de la sécurité des soins ressentie par les professionnels est évaluée par le questionnaire Clarté

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
La coordinatrice des risques associés aux soins et son adjointe	Les gestionnaires de risques de Tenon, Trousseau, Rothschild, Saint-Antoine, le président du Coviris GH, le président de la Commission EPP GH, le directeur qualité, la responsable qualité bloc endoscopie du GH, la coordinatrice qualité du GH	Les membres de Coviris de site, la direction des soins, les référents gestion des risques pôle, les responsables qualités de Tenon et Saint-Antoine

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Intégration de l'échelle de gravité dans la base Osiris dans la catégorie « Complications médicales et de soins » avec exemples et dans la plaquette de formation « Rôle d'un professionnel lors d'un évènement indésirable associé aux soins »</p> <p>Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Diffusion de la charte concernant la déclaration des évènements indésirables l'AP-HP et de la lettre d'engagement du Directeur Général et du président de la CMEL</p> <p>Action n°2 : Rédaction d'une charte synthétique HUEP et intégration dans le kit de formation des professionnels</p>	Réalisée	20/10/14 00:00
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°3 Action n°1 : Suppression des cahiers de signalement dans les blocs opératoires et utilisation exclusive du système Osiris</p>	Réalisée	02/06/14 00:00
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°3 Action n°2 : Définition du dispositif de formation des professionnels du GH</p> <p>Action n°3 : Mise à disposition des professionnels d'un kit de formation</p> <p>Action n°4 : Définition de l'organisation du dispositif de formation OSIRIS ds professionnels du bloc opératoire</p>	Réalisée	20/10/14 00:00
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°4 Action n°1 : Suppression des registres locaux dans les blocs opératoires</p>	Réalisée	02/06/14 00:00
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°4</p>	Réalisée	10/03/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°2 : Mise en place de groupes de travail par le Coviris concernant les évènements récurrents (exemple chute, identitovigilance...)</p> <p>Action n°3 : Identification de référents qualité au sein des pôles.</p>		
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°4 Action n°4 : Généralisation des groupes de revue des EIAS des pôles ou services : le compte-rendu est renvoyé au copilote du COVIRIS de site</p>	En cours	20/10/14 00:00
<p>E2-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Actualisation des supports de formation et de la plaquette GH « Gestion d'un évènement indésirable »</p> <p>Action n°2 : Définition du dispositif de démultiplication de formation et de sensibilisation des professionnels à la déclaration Osiris</p>	Réalisée	01/10/14 00:00
<p>E2-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Sensibilisation des professionnels des services cliniques et des secteurs d'activités à risques à la déclaration des évènements indésirables</p>	En cours	24/10/14 00:00
<p>E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Diffusion de la nouvelle l'offre de formation AP-HP des professionnels aux méthodes d'analyse des évènements indésirables</p>	Réalisée	02/06/14 00:00
<p>E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Suivi du plan de formation des professionnels des référents gestion des risques aux méthodes d'analyse des risques</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E2-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 :</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Identification de référents médicaux et paramédicaux dans les secteurs d'activités à risques (blocs opératoires, secteurs d'endoscopie et médecine nucléaire)</p> <p>Action n°2 : Formalisation de l'organisation de la gestion des risques (des évènements indésirables) dans les blocs opératoires et les secteurs d'endoscopie</p>		
<p>E2-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Déploiement des CREX dans les secteurs à risque (blocs opératoires, secteurs d'endoscopie, PUI)</p> <p>Dysfonctionnement n°3 Action n°1 : Accompagnement des pilotes de RMM dans la formalisation de leur démarche</p> <p>Action n°2 : Mise à disposition des professionnels d'un modèle de charte et de bilan annuel de RMM</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°3 : Recrutement d'un médecin dédié au déploiement des analyses systémique et RMM dans tout le GH</p> <p>Action n°4 : Suivi lors des conférences de pôle des RMM dans les services à risque</p> <p>Action n°5 : Envoi d'un courrier à l'ensemble des médecins titulaires du GH pour leur rappeler leurs obligations en matière de RMM</p>	Réalisée	01/10/14 00:00
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en place d'un tableau de bord de suivi de la gestion des Evènements Indésirables Graves à l'échelle du GH</p>	Réalisée	15/01/13 00:00
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise en place d'un tableau de bord des décisions de suivi des CREX dans les secteurs d'activités à risque</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°4 : Test dans le pôle d'onco-hématologie d'un tableau de bord de suivi des évènements indésirables</p> <p>Action n°3 : Structuration du tableau de bord des actions de suivi des décisions prises en Coviris de site</p>		
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Suppression des registres locaux (cahiers) de signalement dans les blocs opératoires et les secteurs d'endoscopie</p>	Réalisée	02/06/14 00:00
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°2 : Structuration de l'organisation de la gestion des évènements indésirables dans les blocs opératoires</p> <p>Action n°3 : Structuration du reporting des actions correctives à l'échelle du GH concernant les évènements graves et récurrents</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E3-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Renforcement de la coordination stratégique et opérationnelle de la GRAS</p> <p>Action n°2 : Définition de plans d'action spécifiques pour les évènements récurrents au Coviris GH (campagne de sensibilisation « identitovigilance », formation des IDE à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, étiquetage des préparations injectables, chute...)</p>	Réalisée	01/10/14 00:00
<p>E3-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration du reporting des actions correctives à l'échelle du GH concernant les évènements graves et récurrents</p>	Prévue	19/12/14 00:00
<p>E3-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°1</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1 : Réalisation du bilan et actualisation du programme qualité 2013-2014		
Action n°2 : Réalisation d'un programme d'audits dans les secteurs cliniques (quick audit) et de "visite à blanc" dans les secteurs d'endoscopie et bloc opératoire		
Action n°3: Actualisation de plans d'actions		

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E1-EA1 :(En grande partie)  Dysfonctionnement n°1, Dysfonctionnement n°3 et Dysfonctionnement n°4  Evaluation n° 1  Audit de connaissance dans les services cliniques (quick audit)</p> <p>Dysfonctionnement n° 2 :  Evaluation n° 2 :  Audit de pratique de déclaration des évènements indésirables dans les blocs opératoires ("visite à blanc" réalisé en septembre 2014)</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA1 :(En grande partie)  Dysfonctionnement n°1  Evaluation n° 1 :  Audit de connaissance dans les services cliniques (quick audit)</p> <p>Evaluation n° 2 :  Audit de connaissance des professionnels dans les secteurs d'activité à risques réalisé en septembre 2014 ("visite à blanc")</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA2 : (En grande partie)  Dysfonctionnement n°1 :  Evaluation n°1 :  Bilan des évènements indésirables analysés dans les secteurs d'activités à risques</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA2 : (En grande partie)  Dysfonctionnement n°1 :  Evaluation n° 2 :  Suivi du plan de formation des référents gestion des risques aux méthodes d'analyse.</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E2-EA3(En grande partie)  Dysfonctionnement n°1 :  Evaluation n° 1 :  Bilan des évènements indésirables analysés dans les secteurs d'activités à risques</p> <p>Dysfonctionnement n° 2 :  Evaluation n° 2 :  Bilan annuel des CREX dans les secteurs à risques</p> <p>Dysfonctionnement n° 3 :  Evaluation n° 3 :  Bilan des RMM dans les secteurs de chirurgie, anesthésie réanimation et cancérologie</p> <p>Evaluation n° 4 :</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
Suivi de l'évolution de la base AP2		
<p>E3-EA1(Partiellement)  Dysfonctionnement n° 1 :  Evaluation n° 1 :  Suivi du tableau de bord de suivi de la gestion des évènements indésirables</p> <p>Evaluation n° 2 :  Suivi du tableau de bord de suivi des CREX dans les secteurs d'activités à risque  Evaluation n° 3 :  Bilan de suivi des décisions prises en Coviris de site.</p> <p>Dysfonctionnement n° 2 :  Evaluation n°4 :  Suivi du tableau de bord des reporting des actions correctives à l'échelle du GH concernant les évènements graves et récurrents</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E3-EA2(En grande partie)  Dysfonctionnement n° 1 :  Evaluation n° 1 :  Bilans des plans d'actions spécifiques pour les évènements récurrents au Coviris GH (campagne de sensibilisation « identitovigilance », formation des IDE à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, projet d'étiquetage des préparations injectables...)</p>	Réalisée	01/07/14 00:00
<p>E3-EA3(Partiellement):  Dysfonctionnement n°1:  Evaluation n° 1 :  Audit du port du bracelet d'identité</p> <p>Evaluation n° 2 :  Audit de préparation et d'administration des médicaments injectables</p> <p>Evaluation n° 3  Audit de l'étiquetage des préparations injectables (état des lieux)</p>	Réalisée	01/07/14 00:00
<p>E3-EA3(Partiellement):  Dysfonctionnement n°1:  Evaluation n°4:  Audit de l'étiquetage des préparations injectables</p>	Prévue	30/06/15 00:00

#### Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le suivi des déclarations d'évènements indésirables est réalisé à partir des données de la base Osiris. Un bilan annuel est restitué à chaque site: il comprend le nombre d'EI déclarés en particulier dans la catégorie EIAS, leur typologie et les catégories professionnelles concernées.

Des bilans annuels sont réalisés, ils concernent:

- Les CREX médicaments
- Les RMM et le nombre de RMM dans les secteurs d'activités à risque
- Les EPP à partir de la base AP2
- La gestion des EI au sein des Coviris

Des campagnes d'audits sont réalisées en lien avec la direction qualité, la coordination générale des soins et les pôles. Ces audits concernent les services cliniques et les secteurs d'activité à risque.

Les conférences stratégiques semestrielles permettent de suivre l'atteinte des objectifs fixés dans les contrats de pôle en matière de qualité et de sécurité des soins.

Une enquête en ligne annuelle est réalisée auprès de tous les professionnels du GH pour évaluer la culture de sécurité sur le modèle de l'enquête CLARTE (2ème itération en mai 2014)

#### Validation institutionnelle:

Le management de la gestion des risques associés aux soins est inscrit dans le projet stratégique du GH HUEP.

Les orientations de la coordination de la gestion des risques associés aux soins ont été présentées à la CMEL et validé par le Comité Exécutif.

#### Planification des revues de projet:

La coordination de la gestion des risques associés aux soins a été renforcée en 2014 par la nomination d'un coordonnateur stratégique en janvier, la nomination d'un deuxième expert médical en octobre 2014 et la constitution d'une cellule opérationnelle pluri-professionnelle. Les membres de cette cellule se réunissent de façon hebdomadaire.

Le projet de structuration de la gestion des risques est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins du groupe hospitalier.

Il est piloté par la Coordinatrice de la CGRAS en lien avec le COVIRIS GH et la direction qualité.

Titre du projet d'amélioration:

Accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La majorité des pôles du GH considèrent que cette information est faite lorsqu'un événement survient mais sans démarche structurée.

E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, les professionnels de santé du GH ne sont pas formés et la traçabilité des différentes étapes dans le dossier du patient n'est pas présente.

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, des difficultés sont évoquées pour la mise en œuvre de cette démarche par les professionnels de santé des différents pôles, par exemple : la manière d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins, son niveau de gravité, la traçabilité dans le dossier patient, le circuit d'annonce et le rôle de chacun, la temporalité d'une annonce.

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, la démarche d'amélioration est trop récente pour faire l'objet d'une évaluation.

Résultats obtenus:

Les documents d'information sont accessibles sur Intranet aux professionnels.

87 professionnels ont assistés à la conférence débat de février 2014. Le film « Que reste-t-il de nos erreurs » est projeté dans les services de soins et donne lieu à des débats.

Le dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels est structuré, 3 dates sont programmées.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le chef de service du service de réanimation de Tenon	Le groupe pluridisciplinaire composé d'un représentant des usagers, du coordonnateur général des soins GH, de la coordinatrice de la gestion des risques du GH, de la responsable formation GH, d'un praticien hospitalier du service d'onco hématologie pédiatrique de TRS, d'un praticien hospitalier gériatre de RTH, du médiateur médical GH, d'une psychologue, de la coordinatrice qualité GH, du chargé des relations avec les usagers et les associations.	Le responsable du centre de prise en charge de la douleur SAT, cadres experts en soins...

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en ligne sur Intranet GH de documents expliquant la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/09/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition dans les pôles et les services du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition des pôles cliniques du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Présentation en CSIMRT d'une version courte du film	Réalisée	09/09/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°5 : Présentation à la CME par les représentants des usagers du GH de la thématique	Réalisée	17/06/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Action n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunion dans les services cliniques, RMM et CREX réalisés	En cours	20/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunions dans les services cliniques	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de professionnels ayant assistés à la conférence débat	Réalisée	17/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de professionnels assistant aux journées de sensibilisation	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°3 : Bilan des CREX et RMM	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Bilan annuel du dispositif	Prévue	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le dispositif de sensibilisation/formation est suivi par le groupe de pilotage et le service de formation du GH : 3 sessions organisées le 25 novembre, 30 janvier et le 4 mars. Un bilan sera proposé 1 fois par an lors des conférences stratégiques de pôle concernant le nombre de réunions consacrées à ce thème (avec diffusion du film).

Validation institutionnelle:

L'annonce d'un dommage lié aux soins est une des étapes de la gestion des risques associés aux soins. Le management de la gestion des risques associés aux soins est inscrit dans le projet stratégique des HUEP ainsi que la politique des droits des patients. Ce projet est validé par le Coviris GH et sera présenté en inter-CRUQPC GH.

Planification des revues de projet:

Le projet d'accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins du groupe hospitalier. Ce projet est conduit par un groupe de travail pluri professionnel et pluridisciplinaire GH qui se réunit une fois par trimestre.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La majorité des pôles du GH considèrent que cette information est faite lorsqu'un événement survient mais sans démarche structurée.

E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, les professionnels de santé du GH ne sont pas formés et la traçabilité des différentes étapes dans le dossier du patient n'est pas présente.

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, des difficultés sont évoquées pour la mise en œuvre de cette démarche par les professionnels de santé des différents pôles, par exemple : la manière d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins, son niveau de gravité, la traçabilité dans le dossier patient, le circuit d'annonce et le rôle de chacun, la temporalité d'une annonce.

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, la démarche d'amélioration est trop récente pour faire l'objet d'une évaluation.

Résultats obtenus:

Les documents d'information sont accessibles sur Intranet aux professionnels.

87 professionnels ont assistés à la conférence débat de février 2014. Le film « Que reste-t-il de nos erreurs » est projeté dans les services de soins et donne lieu à des débats.

Le dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels est structuré, 3 dates sont programmées.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le chef de service du service de réanimation de Tenon	Le groupe pluridisciplinaire composé d'un représentant des usagers, du coordonnateur général des soins GH, de la coordinatrice de la gestion des risques du GH, de la responsable formation GH, d'un praticien hospitalier du service d'onco hématologie pédiatrique de TRS, d'un praticien hospitalier gériatre de RTH, du médiateur médical GH, d'une psychologue, de la coordinatrice qualité GH, du chargé des relations avec les usagers et les associations.	Le responsable du centre de prise en charge de la douleur SAT, cadres experts en soins...

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en ligne sur Intranet GH de documents expliquant la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/09/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition dans les pôles et les services du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition des pôles cliniques du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Présentation en CSIMRT d'une version courte du film	Réalisée	09/09/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°5 : Présentation à la CME par les représentants des usagers du GH de la thématique	Réalisée	17/06/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Action n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunion dans les services cliniques, RMM et CREX réalisés	En cours	20/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunions dans les services cliniques	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de professionnels ayant assistés à la conférence débat	Réalisée	17/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de professionnels assistant aux journées de sensibilisation	Prévue	31/10/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°3 : Bilan des CREX et RMM	Prévue	31/10/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Bilan annuel du dispositif	Prévue	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le dispositif de sensibilisation/formation est suivi par le groupe de pilotage et le service de formation du GH : 3 sessions organisées le 25 novembre, 30 janvier et le 4 mars. Un bilan sera proposé 1 fois par an lors des conférences stratégiques de pôle concernant le nombre de réunions consacrées à ce thème (avec diffusion du film).

Validation institutionnelle:

L'annonce d'un dommage lié aux soins est une des étapes de la gestion des risques associés aux soins. Le management de la gestion des risques associés aux soins est inscrit dans le projet stratégique des HUEP ainsi que la politique des droits des patients. Ce projet est validé par le Coviris GH et sera présenté en inter-CRUQPC GH.

Planification des revues de projet:

Le projet d'accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins du groupe hospitalier. Ce projet est conduit par un groupe de travail pluri professionnel et pluridisciplinaire GH qui se réunit une fois par trimestre.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La majorité des pôles du GH considèrent que cette information est faite lorsqu'un événement survient mais sans démarche structurée.

E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, les professionnels de santé du GH ne sont pas formés et la traçabilité des différentes étapes dans le dossier du patient n'est pas présente.

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, des difficultés sont évoquées pour la mise en œuvre de cette démarche par les professionnels de santé des différents pôles, par exemple : la manière d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins, son niveau de gravité, la traçabilité dans le dossier patient, le circuit d'annonce et le rôle de chacun, la temporalité d'une annonce.

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, la démarche d'amélioration est trop récente pour faire l'objet d'une évaluation.

Résultats obtenus:

Les documents d'information sont accessibles sur Intranet aux professionnels.

87 professionnels ont assistés à la conférence débat de février 2014. Le film « Que reste-t-il de nos erreurs » est projeté dans les services de soins et donne lieu à des débats.

Le dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels est structuré, 3 dates sont programmées.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le chef de service du service de réanimation de Tenon	Le groupe pluridisciplinaire composé d'un représentant des usagers, du coordonnateur général des soins GH, de la coordinatrice de la gestion des risques du GH, de la responsable formation GH, d'un praticien hospitalier du service d'onco hématologie pédiatrique de TRS, d'un praticien hospitalier gériatre de RTH, du médiateur médical GH, d'une psychologue, de la coordinatrice qualité GH, du chargé des relations avec les usagers et les associations.	Le responsable du centre de prise en charge de la douleur SAT, cadres experts en soins....

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en ligne sur Intranet GH de documents expliquant la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/09/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition dans les pôles et les services du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition des pôles cliniques du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Présentation en CSIMRT d'une version courte du film	Réalisée	09/09/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°5 : Présentation à la CME par les représentants des usagers du GH de la thématique	Réalisée	17/06/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Action n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunion dans les services cliniques, RMM et CREX réalisés	En cours	20/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunions dans les services cliniques	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de professionnels ayant assistés à la conférence débat	Réalisée	17/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de professionnels assistant aux journées de sensibilisation	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°3 : Bilan des CREX et RMM	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Bilan annuel du dispositif	Prévue	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le dispositif de sensibilisation/formation est suivi par le groupe de pilotage et le service de formation du GH : 3 sessions organisées le 25 novembre, 30 janvier et le 4 mars. Un bilan sera proposé 1 fois par an lors des conférences stratégiques de pôle concernant le nombre de réunions consacrées à ce thème (avec diffusion du film).

Validation institutionnelle:

L'annonce d'un dommage lié aux soins est une des étapes de la gestion des risques associés aux soins. Le management de la gestion des risques associés aux soins est inscrit dans le projet stratégique des HUEP ainsi que la politique des droits des patients. Ce projet est validé par le Coviris GH et sera présenté en inter-CRUQPC GH.

Planification des revues de projet:

Le projet d'accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins du groupe hospitalier. Ce projet est conduit par un groupe de travail pluri professionnel et pluridisciplinaire GH qui se réunit une fois par trimestre.

# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La majorité des pôles du GH considèrent que cette information est faite lorsqu'un événement survient mais sans démarche structurée.

E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, les professionnels de santé du GH ne sont pas formés et la traçabilité des différentes étapes dans le dossier du patient n'est pas présente.

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, des difficultés sont évoquées pour la mise en œuvre de cette démarche par les professionnels de santé des différents pôles, par exemple : la manière d'évaluer ce qu'est un dommage lié aux soins, son niveau de gravité, la traçabilité dans le dossier patient, le circuit d'annonce et le rôle de chacun, la temporalité d'une annonce.

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, au jour de la visite, la démarche d'amélioration est trop récente pour faire l'objet d'une évaluation.

Résultats obtenus:

Les documents d'information sont accessibles sur Intranet aux professionnels.

87 professionnels ont assistés à la conférence débat de février 2014. Le film « Que reste-t-il de nos erreurs » est projeté dans les services de soins et donne lieu à des débats.

Le dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels est structuré, 3 dates sont programmées.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le chef de service du service de réanimation de Tenon	Le groupe pluridisciplinaire composé d'un représentant des usagers, du coordonnateur général des soins GH, de la coordinatrice de la gestion des risques du GH, de la responsable formation GH, d'un praticien hospitalier du service d'onco hématologie pédiatrique de TRS, d'un praticien hospitalier gériatre de RTH, du médiateur médical GH, d'une psychologue, de la coordinatrice qualité GH, du chargé des relations avec les usagers et les associations.	Le responsable du centre de prise en charge de la douleur SAT, cadres experts en soins...

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en ligne sur Intranet GH de documents expliquant la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/09/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition dans les pôles et les services du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation d'une conférence/débat pour les professionnels du GH : « Comment informer en cas de dommage lié aux soins »	Réalisée	12/02/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise à disposition des pôles cliniques du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? »	Réalisée	19/05/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Structuration d'un dispositif de sensibilisation et de formation des professionnels à la démarche d'annonce d'un dommage lié aux soins	Réalisée	09/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°4 : Présentation en CSIMRT d'une version courte du film	Réalisée	09/09/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°5 : Présentation à la CME par les représentants des usagers du GH de la thématique	Réalisée	17/06/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Action n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunion dans les services cliniques, RMM et CREX réalisés	En cours	20/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Suivi d'indicateurs : nombre de personnels formés, nombre de réunions dans les services cliniques	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de professionnels ayant assistés à la conférence débat	Réalisée	17/02/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Nombre de présentation du film « Que reste-t-il de nos erreurs ? » dans les services de soins	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°2 : Nombre de professionnels assistant aux journées de sensibilisation	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°3 : Bilan des CREX et RMM	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Bilan annuel du dispositif	Prévue	30/04/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le dispositif de sensibilisation/formation est suivi par le groupe de pilotage et le service de formation du GH : 3 sessions organisées le 25 novembre, 30 janvier et le 4 mars. Un bilan sera proposé 1 fois par an lors des conférences stratégiques de pôle concernant le nombre de réunions consacrées à ce thème (avec diffusion du film).

Validation institutionnelle:

L'annonce d'un dommage lié aux soins est une des étapes de la gestion des risques associés aux soins. Le management de la gestion des risques associés aux soins est inscrit dans le projet stratégique des HUEP ainsi que la politique des droits des patients. Ce projet est validé par le Coviris GH et sera présenté en inter-CRUQPC GH.

Planification des revues de projet:

Le projet d'accompagnement des professionnels du GH dans la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est décliné dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins du groupe hospitalier. Ce projet est conduit par un groupe de travail pluri professionnel et pluridisciplinaire GH qui se réunit une fois par trimestre.



Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de la gestion du dossier patient en SSR

Problématique:

E1 - EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 – Il a été constaté que le protocole GH « Tenue du dossier patient » était trop récent pour que les professionnels en aient connaissance

E1-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 – Suite à une intervention de la CNIL, le GH a réalisé un inventaire des fichiers nominatifs non déclarés. Toutefois, cet inventaire n'est pas encore terminé.  
Dysfonctionnement n°2 - La sécurisation des archives sur le site de Laroche Guyon n'est pas assurée (bâtiment isolé, fermeture simple sans alarme ni détecteur incendie)

E2-EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 – Cotation en grande partie, compte tenu de la classe pour l'indicateur « Tenue du dossier patient » de l'hôpital Rothschild, et sa valeur de 80%, avec un intervalle de confiance à 95% de (77-82) pour la campagne de recueil 2011.

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 - Le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai de 8 jours dans 51% des cas

Résultats obtenus:

E1 - EA1 (En grande partie)

Une campagne de communication GH sur les règles de tenue du dossier patient a été définie, elle est en cours de déploiement  
Par ailleurs, afin de démultiplier les actions arrêtées en comité de pilotage GH, un comité opérationnel Gestion du dossier patient a été mis en place sur chaque site.

E1-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Sous l'impulsion de la Direction Générale de l'AP-HP, une campagne d'information a été menée et l'inventaire des fichiers nominatifs à déclarer à la CNIL a été actualisé.

Dysfonctionnement n°2

La sécurisation du lieu de stockage des dossiers médicaux sur La Roche Guyon est en cours.

E2-EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Le niveau de l'indicateur « Tenue du dossier patient » pour l'hôpital Rothschild est de 91% - Intervalle de confiance 95% (2014) : [89 - 93] lors de la campagne

IPAQSS SSR 2014.

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Le Niveau de l'indicateur « Délai d'envoi des CRH » pour l'hôpital Rothschild est de 62% Intervalle de confiance à 95% (2014) : [51% - 73%]

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le Président du Copil dossier patient GH	Les membres du Copil dossier patient GH Les Membres du comité opérationnel «Gestion du dossier patient » de l'hôpital Rothschild, la direction informatique, la direction des soins, la direction qualité	Les ingénieurs en organisation, responsables des archives GH et Rothschild, les responsables qualité sites, la chargée mission CRH GH, les cadres experts en soins, les informaticiens, les DIM, les services techniques, l'encadrement des services de soins, les équipes médicales

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1 - EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Mise en place d'un comité opérationnel Gestion du dossier patient en lien avec le COPIL GH	Réalisée	03/03/14 00:00
E1 - EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Mise en œuvre d'une campagne de Communication sur la procédure « Tenue du dossier patient » (quizz, affiche "Guide des bonnes pratiques de la tenue du dossier patient", feuillet info qualité du journal GH sur le "Dossier patient")	Réalisée	17/10/14 00:00
E1 - EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3 : Actualisation de la procédure Tenue du Dossier patient	En cours	20/10/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Rappel des obligations de déclaration des fichiers nominatifs à la CNIL par messages intranet et envoi de courrier électronique à l'ensemble des professionnels du GH.	Réalisée	12/05/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Poursuite de l'inventaire des fichiers nominatifs non déclarés	En cours	23/10/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Mise en conformité du lieu de stockage des dossiers patient sur l'hôpital La Roche Guyon	En cours	23/10/14 00:00
E2-EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Recueil de l'indicateur "Tenue du dossier patient", campagne IPAQSS 2014	Réalisée	30/06/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n° 1 : Mise en place de la diffusion trimestrielle d'un tableau de bord de suivi de production du CRH dans médiweb	Réalisée	03/03/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1 - EA1 (En grande partie) Evaluation n°1 : Audit « Classement et identification des pièces du dossier patient »	Prévue	22/06/15 00:00
E1 - EA1 (En grande partie) Evaluation n°2 : Audit du circuit du dossier patient	Prévue	05/11/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Evaluation n°1 : Suivi du nombre de fichier nominatif réalisé auprès de la CNIL	En cours	20/10/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Evaluation n°2 : Tableau de suivi des travaux de mise en sécurité des archives sur La Roche Guyon	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation n°1 : Audit du dossier patient ciblé sur le délai d'envoi du CRH	Prévue	22/06/15 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation n°2 : Suivi d'un tableau de bord de suivi de production du CRH dans médiweb	En cours	23/10/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La campagne de recueil des indicateurs IPAQSS (Tenue du dossier patient et délai d'envoi des CRH) est réalisée les années paires.

Des audits des services cliniques coordonnés par la direction des soins et la direction qualité en lien avec les pôles cliniques sont planifiés et concernent le circuit et le stockage des dossiers patients et l'évaluation des connaissances des professionnels.

Les dispositifs de suivi mis en œuvre par la gouvernance générale et les gouvernances projet du GH sont en place.

Validation institutionnelle:

Le projet d'amélioration de la gestion du dossier patient est intégré dans le PAQSS. Dans la version actualisée en 2014 il devient un domaine à part entière. Le PAQSS est présenté aux instances : COMEX, CMEL, CSIRMT et CQSS.

A la commission de surveillance, les Représentants des Usagers ont fait du délai d'envoi du CRH sous huit jours une action prioritaire, qu'ils portent à la CMEL et à la CQSS.

La volonté du Directeur Général de l'AP-HP, relayée par le Directeur du GH, est de faire de l'amélioration de cet indicateur une haute priorité du projet d'établissement, en anticipant les exigences ministérielles.

Le GH travaille sur l'ajustement de son dispositif de projet en lien avec les programmes d'amélioration de la sortie du patient, de professionnalisation et déconcentration du codage des séjours et de déploiement du dossier médical informatisé.

Planification des revues de projet:

Le projet d'amélioration de la gestion du dossier patient est suivi par le Copil dossier patient GH. Ce Copil est pluriprofessionnel et multidisciplinaire et se réunit tous les deux mois.



Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de la gestion du dossier patient en MCO

Problematique:

E1 - EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 – Pour le site de Tenon, chaque service constitue un dossier qui lui est propre. Une patiente peut même avoir jusqu'à trois dossiers différents avec des modalités de constitution, de classement et d'archivage distincts (maternité).

Dysfonctionnement n° 2 – Le protocole GH "Tenue du dossier patient" était trop récent pour que les professionnels rencontrés lors des parcours en aient eu connaissance

Dysfonctionnement n° 3 - Pour l'hôpital de Tenon, il n'a été retrouvé qu'une procédure de dossier de soins

Dysfonctionnement n° 4 – La partie médicale du dossier comportait des éléments non identifiés au nom du patient

E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n° 1 – Suite à une intervention de la CNIL, le GH a réalisé un inventaire des fichiers nominatifs non déclarés. Cet inventaire n'est pas encore terminé

Dysfonctionnement n° 2 – Bien que les documents de référence concernant les règles d'accès au dossier pour les professionnels soient accessibles sous Intranet et normalement disponibles dans la gestion documentaire de chaque service, les professionnels rencontrés lors des parcours n'en avaient pas connaissance.

Dysfonctionnement n° 3 – Dans de rares situations (quelques services sur le site de Tenon), la confidentialité des données peut ne pas être garantie. Un projet de sécurisation des accès sur ce site est en cours

Dysfonctionnement n° 4 - Il en est de même pour la confidentialité des données pour l'hôpital de jour et le service oncologie de Saint-Antoine

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n° 1 - Sur le site de Tenon, la complexité d'accès aux archives organisé par bâtiment, donc par fragment de dossier, compromet l'accessibilité à l'intégralité des données

Dysfonctionnement n° 2 - Le respect de la confidentialité figure dans la charte de l'information médicale en cours de finalisation

Dysfonctionnement n° 3 : La règle retenue est que l'information doit suivre le patient, sans pour autant qu'une notion de "temps utile" ait été définie

Dysfonctionnement n° 4 - Le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé aux correspondants dans un délai de huit jours dans 49 % des cas.

Résultats obtenus:

#### E1 - EA1(Partiellement)

##### Dysfonctionnement n° 1 -

Le déploiement du dossier patient informatisé (ORBIS) mis en œuvre dans les deux tiers des services du site de Tenon permet le partage en temps réel des données patient autour d'un identifiant unique.

Le travail effectué en parallèle par les archives pour augmenter la capacité de stockage des dossiers dans les nouveaux locaux du sous-sol du bâtiment Meyniel a permis :

- d'accélérer le programme d'indexation des fonds de dossiers de spécialité autour de l'identifiant unique dans le logiciel institutionnel GDM, afin de garantir l'accès aux dossiers de spécialité.
- de regrouper les dossiers créés depuis janvier 2013 sur un système de classement et de rangement unique.

De nouvelles règles de gestion des dossiers ont été arrêtées au sein du pôle Gynécologie Obstétrique et médecine de la reproduction (GOMR) autour de la fusion du dossier obstétrique et gynécologique. La ré-indexation des fonds du pôle GOMR sur le logiciel GDM a commencé, en parallèle de leur reclassement physique, et en cohérence avec le phasage des travaux de rénovation du bâtiment Le Lorier.

##### Dysfonctionnement n° 2

Une campagne de communication GH sur les règles de tenue du dossier patient a été définie, elle est en cours de déploiement

##### Dysfonctionnement n°3

En ce qui concerne les règles de tenue du dossier, le GH a fait le choix d'élaborer une procédure commune à tous les sites.

Par ailleurs, afin de démultiplier les actions arrêtées en comité de pilotage GH, un comité opérationnel Gestion du dossier patient a été mis en place sur chaque site.

##### Dysfonctionnement n°4

Le programme de formation identitovigilance GH a été actualisé. Il comprend un focus sur l'exigence d'identification de toutes les pièces médicales à l'identité du patient.

#### E1-EA2(Partiellement)

##### Dysfonctionnement n° 1 –

Sous l'impulsion de la Direction Générale de l'AP-HP, une campagne d'information a été menée et l'inventaire des fichiers nominatifs à déclarer à la CNIL a été actualisé.

##### Dysfonctionnement n° 3 -

Sur le site de Tenon, des digicodes ont été posés dans les locaux de stockage des dossiers médicaux.

#### E2-EA1(oui)

La valeur moyenne de l'indicateur "Tenue du dossier patient" est de 77% pour la campagne de recueil 2014:

- Hôpital Trousseau: 72% avec un intervalle de confiance à 95% (67 - 76)
- Hôpital Saint-Antoine: 87% avec un intervalle de confiance à 95% (83 - 90)
- Hôpital Tenon: 72% avec un intervalle de confiance à 95% (67 - 77)

#### E2-EA2 (En grande partie)

##### Dysfonctionnement n° 1

Sur le site de Tenon, un travail de restructuration des archives est en cours afin de concentrer et optimiser le stockage des dossiers.

Dysfonctionnement n° 2 –

La charte de l'information médicale est mise à disposition sur l'intranet du GH

Un comité opérationnel Gestion du dossier patient a été mis en place sur chaque site. Il est chargé de démultiplier les actions arrêtées en Comité de pilotage GH.

Dysfonctionnement n° 3 –

L'informatisation du dossier patient (ORBIS) a pour objectif de permettre aux soignants de disposer de l'information en temps réel. Ce logiciel a été déployé sur Tenon à partir de 2013 puis sur St Antoine en 2014. Le calendrier de déploiement prévisionnel est suivi régulièrement par le Comité de Pilotage ORBIS. Il est décidé de poursuivre le déploiement sur les autres sites du GH (Trousseau, Rothschild et la Roche-Guyon) en 2015.

Dysfonctionnement n° 4 -

Le niveau de l'indicateur délai d'envoi des CRH du GH est de 30%.

- Hôpital Tenon: 25% - Intervalle de confiance 95% (16%-36%),

- Hôpital Saint-Antoine: 50% - Intervalle de confiance 95% (39%-61%),

- Hôpital TRS 16% - Intervalle de confiance 95% (9%-26%).

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le Président du Copil dossier patient GH	Les membres du Copil dossier patient GH Le Pôle gynéco obstétrique médecine de la reproduction, la direction informatiques, la direction des soins, la direction qualité	Les ingénieurs en organisation, les responsables des archives sites, les responsables qualité sites, la chargée mission CRH GH, les cadres experts en soins, les informaticiens, les DIM, les services techniques, l'encadrement des services de soins, les équipes médicales

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 1  Action n° 1 : Déploiement du dossier patient informatisé (ORBIS)	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 1  Action n° 2 : Indexation des dossiers patients du site de Tenon sur le système d'information institutionnel (logiciel GDM) ainsi qu'un regroupement et reclassement des dossiers dans les locaux d'archives du bâtiment Meyniel.	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 1  Action n°3 : Fusion des dossiers de gynécologie et d'obstétrique au sein du pôle GOMR	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 1  Action n° 4 : Ré-indexation des dossiers patient du pôle Gynécologie Obstétrique et médecine de la reproduction (GOMR) sur le système d'information institutionnel (logiciel GDM)	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 2-3  Action n°1 : Mise en place sur chaque site d'un comité opérationnel Gestion du dossier patient en lien avec le COPIL GH	Réalisée	03/03/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 2-3  Actions n°2 : Déploiement d'une campagne de communication sur la procédure « Tenue du dossier patient » (quiz intranet, affiche des bonnes pratiques, feuillet info qualité GH)	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n° 4 Action°1 : Sensibilisation du personnel à l'identitovigilance	En cours	20/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n° 1 - Actions n°1 : Rappel des obligations de déclaration des fichiers nominatifs à la CNIL, inventaire des fichiers nominatifs non déclarés et déclaration de ces fichiers	Réalisée	23/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n° 2 - Action n°1 : Mise à jour des procédures des règles d'accès au dossier patient en dehors des heures d'ouverture des différentes archives du GH	Réalisée	20/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n° 2  Action n°2 : Organisation d'une Campagne GH de « quick audit » sur le respect des règles de gestion du dossier patient par les professionnels ainsi qu'un audit ciblé sur le circuit du dossier patient	En cours	20/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n° 3 et 4 -  Action n°1 : Installation des digicodes pour sécuriser les locaux de stockage des dossiers patients	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 1 -  Action n° 1 : Déploiement du dossier patient informatisé (ORBIS)	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 2  Action n° 1 : programme de sensibilisation des professionnels portant sur la connaissance de la charte de l'information médicale validée par la CMEL	Prévue	15/12/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 2  Action n°2 : Actualisation de la procédure GH « Tenue du dossier patient »	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 3  Action n° 1 : Déploiement du dossier patient informatisé (ORBIS)	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 4  Action n° 1 : Déconcentration du codage des dossiers médicaux au fil de l'eau intégrant un	En cours	20/10/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
pilottage de la production des CRH et élaboration d'une maquette de lettre de sortie		
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 4  Action n° 2 : diffusion trimestrielle d'un tableau de bord de suivi de production du CRH dans médiweb et ORBIS	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n° 4  Action n° 3 : mise en place d'un suivi par la gouvernance au moyen de l'Inscription régulière d'un bilan à l'ordre du jour des instances (COMEX, CMEL, CQSS), avec intervention des Représentants des Usagers	Réalisée	23/09/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 1 : Suivi du Taux de formation à l'utilisation du logiciel GDM par le personnel de la maternité Tenon. Objectif 100% fin 2014	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 2 : Taux d'utilisation de GDM sur l'hôpital Tenon	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 3 : Suivi du tableau d'avancement des travaux de la maternité de Tenon	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 4 : Audit du circuit du dossier patient	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 5 : Suivi des taux de formation identitovigilance	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Evaluation 6 : Réalisation d'un audit « Classement et identification des pièces du dossier patient »	Prévue	04/05/15 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation 1 :Suivi du nombre de fichier nominatif réalisé auprès de la CNIL	En cours	20/10/14 00:00
E1 - EA2(Partiellement) Evaluation 2 : Audit du circuit du dossier patient	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation 1 : Audit du circuit du dossier patient	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation 2 : Suivi semestriel du taux de formation ORBIS spécifique pour les secrétaires médicales et/ou hospitalières	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation 3 : Audit du dossier patient ciblé sur le CRH	Prévue	01/06/15 00:00
E2-EA2 (En grande partie) Evaluation 4 : Production et envoi du CRH suivi régulièrement au Copil ORBIS	En cours	20/10/14 00:00

#### Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

La campagne de recueil des indicateurs IPAQSS (Tenue du dossier patient et délai d'envoi des CRH) est réalisée les années paires.

Des audits des services cliniques coordonnés par la direction des soins et la direction qualité en lien avec les pôles cliniques sont planifiés et concernent le circuit, la tenue et le stockage des dossiers patients ainsi que l'évaluation des connaissances des professionnels.

Le suivi du taux de formations GDM, ORBIS (secrétaires), identitovigilance GH est réalisé semestriellement.

Les délais d'alimentation des CRH dans Mediweb et Orbis sont suivis de manière trimestrielle

Les dispositifs de suivi mis en œuvre par la gouvernance générale et les gouvernances projet du GH sont en place.

La volonté du Directeur Général de l'AP-HP, relayée par le Directeur du GH, est de faire de l'amélioration de cet indicateur une haute priorité du projet d'établissement, en anticipant les exigences ministérielles.

Le GH travaille sur l'ajustement de son dispositif de projet en lien avec les programmes d'amélioration de la sortie du patient, de professionnalisation et déconcentration du codage des séjours et de déploiement du dossier médical informatisé.

#### Validation institutionnelle:

Le projet d'amélioration de la gestion du dossier patient est intégré dans le PAQSS. Dans la version actualisée en 2014 il devient un domaine à part entière. La PAQSS est présenté aux instances : COMEX, CMEL, CSIRMT et CQSS.

Le projet sortie est un projet institutionnel inscrit dans le plan stratégique de l'AP-HP 2010-2014 et poursuivi dans le plan stratégique 2015-2019.

A la commission de surveillance, les Représentants des Usagers ont fait du délai d'envoi du CRH sous huit jours une action prioritaire, qu'ils portent à la CMEL et à la CQSS.

#### Planification des revues de projet:

Le projet d'amélioration de la gestion du dossier patient est suivi par le Copil Gestion du dossier patient GH. Ce Copil est pluri professionnel et multidisciplinaire et se réunit une fois par trimestre.

La montée en charge du dossier médical informatisé est suivi par le COPIL ORBIS.



# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Amélioration de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge en MCO

Problematique:

E2 - EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Il a été constaté que la majorité des professionnels rencontrés avaient été formés à la gestion des identités uniquement par compagnonnage.

Dysfonctionnement n°2

Il est difficile de faire un état des lieux du nombre de personnes du GH formées à l'identitovigilance et de celles restant à former.

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Dans la plus part des secteurs de soins pouvant gérer l'identité, les professionnels concernés n'ont pas connaissance d'une procédure à disposition

E2-EA3 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Quelques écarts ont été constatés lors de la visite concernant l'étiquetage des tubes.

Dysfonctionnement n°2

Quelques écarts ont été constatés lors de la visite concernant la mise en œuvre de la check list au bloc opératoire.

Dysfonctionnement n°3

La partie médicale de quelques dossiers patients comportaient des éléments non identifiés au nom du patient.

E3-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

La dynamique du GH HUEP est récente pour que les résultats des indicateurs de suivi fassent l'objet d'actions d'améliorations.

Résultats obtenus:

E2 - EA1 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Une refonte du dispositif de formation identitovigilance sur la base de suivi des indicateurs des taux de formations a été réalisé. Des modules spécifiques y ont été intégrés :

- des modules spécifiques concernant la gestion de l'identité lors du déploiement des formations ORBIS sur les sites Tenon et St Antoine,
- des modules spécifiques identitovigilance lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants sur le GH,
- des modules spécifiques pour les référents identitovigilance au sein des pôles (renforcement du maillage et du partage de l'information sur le rappel des bonnes

pratiques).

Dysfonctionnement n°2

Une centralisation du suivi des différentes formations est réalisée par le bureau de la formation du GH puis les données sont transmises semestriellement à la Direction qualité pour assurer le suivi des professionnels formés.

En octobre 2014, 743 professionnels avaient assisté à un module de formation sur l'identitovigilance.

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Une plaquette sur les Bonnes pratiques de saisie d'identité patient dans le système informatique a été réalisé et diffusé à l'ensemble des professionnels. Elle est distribuée systématiquement lors des formations identitovigilance.

E2-EA3 (Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Une homogénéisation des plaquettes d'informations sur les bonnes pratiques de réalisation des prélèvements biologiques a été réalisée pour les sites adulte ainsi qu'une actualisation de la plaquette du site pédiatrique.

Dysfonctionnement n°3

Un quizz sur la Tenue du Dossier Patient a été diffusé à l'ensemble des professionnels sur l'intranet du GH. Une affiche sur le rappel des bonnes pratiques de la Tenue du dossier patient a été réalisée.

E3-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Une reconfiguration du dispositif de formation identitovigilance a été élaborée au sein du GH HUEP.

## Responsabilités

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le Président de la Cellule d'Identitovigilance du GH	Les membres de la CIV GH	Les membres des CIV locales, les Responsables informatiques, les DIM, les Responsables des admissions, les Responsables de la direction des finances, les Cadres experts en soins, les Directeurs des soins, les Responsables qualité sites, les Responsables qualité des pôles, les Responsables des archives, les Membres COPIL dossier patient, les Responsables du service de la formation GH.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n° 1 Mise en place d'un dispositif de formation 2013 sur la sensibilisation à l'identitovigilance.</p>	Réalisée	31/12/13 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n° 2 Mise en place d'un dispositif de formation pour le 1er semestre 2014 sur la sensibilisation à l'identitovigilance.</p>	Réalisée	30/06/14 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n° 3 Déploiement de formations ORBIS niveau perfectionnement incluant les informations sur l'identitovigilance pour le personnel responsable de la gestion de la saisie de l'identité (admissions – consultations – plateaux techniques).</p>	En cours	20/10/14 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n° 4 Refonte du dispositif de formation identitovigilance au 2ème semestre 2014 pour améliorer sa démultiplication.</p>	En cours	20/10/14 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n° 5 Mise en place d'une formation spécifique référent identitovigilance pour les pôles d'activités cliniques.</p>	Réalisée	14/10/14 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n°6 Déploiement d'une campagne de sensibilisation à l'identitovigilance pour le personnel des pôles d'activités cliniques lors de la semaine sécurité patient en novembre 2014.</p>	Prévue	25/11/14 00:00
<p>E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1</p>	Réalisée	14/01/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n° 7 Sensibilisation des nouveaux arrivants à l'identitovigilance lors des journées d'intégration du personnel de l'hôpital Tenon.		
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1  Action n° 8 Sensibilisation des nouveaux arrivants à l'identitovigilance lors des journées d'intégration du personnel GH.	Réalisée	23/09/14 00:00
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1  Action n°9 Mise en place d'un passeport formation vigilances obligatoires au sein du GH.	Prévue	02/03/15 00:00
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2  Action n°1 Centralisation des présences des personnels aux formations spécifiques identitovigilance par le service de la formation du GH.	Réalisée	01/09/14 00:00
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2  Action n°2 Suivi des données des taux de formations identitovigilance par la Direction qualité.	Réalisée	01/09/14 00:00
E2- EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1  Action n°1 Réalisation et diffusion d'une plaquette de rappel des Bonnes pratiques de saisie d'identité patient dans le système informatique.	Réalisée	14/04/14 00:00
E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1  Action n ° 1 Déploiement d'une campagne de sensibilisation de rappel des bonnes pratiques des prélèvements biologiques au sein des services de soins.	Prévue	13/11/14 00:00
E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1  Action n° 2 Réalisation d'un audit sur les bonnes pratiques des prélèvements biologiques.	Prévue	04/05/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°2</p> <p>Action n° 1 Réalisation d'une visite à blanc aux blocs opératoires et en endoscopies, incluant la mise en oeuvre de la réalisation de la check list.</p>	Réalisée	29/09/14 00:00
<p>E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°3</p> <p>Action n°1 Réalisation et diffusion générale d'une affiche sur les bonnes pratiques de tenue du dossier patient.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°3</p> <p>Action n°2 Actualisation de la procédure GH Tenue du dossier patient.</p>	En cours	20/10/14 00:00
<p>E3-EA2 (En grande partie)</p> <p>Action n°1 Enrichissement d'un tableau de bord d'indicateurs de suivi des modules des formations identitovigilance.</p>	Prévue	30/01/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2  Action n° 1 Suivi semestriel du Taux de participation aux formations, ORBIS perfectionnement, identitovigilance, vigilances.	En cours	20/10/14 00:00
E2 - EA1 (En grande partie) Dysfonctionnement n°2  Action n° 2 Mise en place d'une Revue de Direction CIV GH.	Prévue	30/01/15 00:00
E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n° 1 Audit sur les bonnes pratiques des prélèvements biologiques.	Prévue	04/05/15 00:00
E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°2  Action n°1 Audit des bonnes pratiques aux blocs opératoires et en endoscopies.	Prévue	15/09/15 00:00
E2-EA3 (Partiellement) Dysfonctionnement n°2  Action n°1 Audit sur les bonnes pratiques au classement et à l'identification des pièces du dossier médical	Prévue	01/06/15 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Les indicateurs de performance sont suivis lors des Revues de Direction semestrielles de la CIV GH: taux de formation, audit du port du bracelet d'identité patient, suivi des doublons et fusion, suivi des événements indésirables.

Validation institutionnelle:

L'amélioration de l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est inscrite dans le PAQSS actualisé en 2014. Il intègre les réserves et recommandations de l'HAS.

Planification des revues de projet:

Le projet d'amélioration de la sécurisation de l'identité du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est suivi par la Commission IdentitoVigilance du GH (CIV). La CIV GH est pluri professionnelle et se réunit une fois tous les deux mois.



Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Certains protocoles de prescription de médicaments à risques sont en cours de validation : livret de nutrition parentérale sur Saint-Antoine et prescription des nouveaux anticoagulants (groupe de travail spécifique).

Dysfonctionnement n°2 : D'autres protocoles spécifiques sont en cours de rédaction comme les bonnes pratiques de nébulisation, les protocoles de prescription des injectables, prescription des insulines, prescription d'oxygène et d'autres médicaments à utilisation plus spécifique.

E1-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La procédure d'information à destination des patients n'est pas encore diffusée.

Dysfonctionnement n°2 : Les pratiques restent hétérogènes selon les unités de soins, le personnel ne s'étant pas encore approprié la procédure de gestion des traitements personnels du GH.

Dysfonctionnement n°3 : Les ordonnances de sortie, lorsque la prescription est informatisée, intègrent le traitement personnel. Ce n'est pas toujours le cas lorsque cette ordonnance doit être rédigée manuellement.

E1-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Des médicaments déconditionnés en amont de l'administration ont pu être observés dans plusieurs unités.

Dysfonctionnement n°2 : Un algorithme de "Validation de l'ordonnance à l'hôpital" est également formalisé, en cours de validation.

Dysfonctionnement n°3 : Une procédure d'évaluation des pharmaciens, validant la prescription médicale, est en cours sur Saint-Antoine afin d'évaluer le niveau de compétence des pharmaciens juniors.

Dysfonctionnement n°4 : Les pratiques sont néanmoins hétérogènes sur les différents sites et dans les unités de soins selon l'état d'avancement de l'informatisation et la présence d'un pharmacien référent et/ou préparateur dans le service, permettant une complémentarité des compétences, et un conseil pharmaceutique.

Dysfonctionnement n°5 : De plus, les postes de soins dans les services ne sont pas toujours sécurisés par digicode, et les armoires à pharmacie ne sont pas toujours fermées comme le montrent les résultats de l'audit sur l'évaluation des stockages dans les unités de soins. Les locaux de certains services ne permettent pas cette sécurisation (maternité-gynécologie de Tenon).

Dysfonctionnement n°6 : Les règles d'étiquetage des seringues avant l'administration ne répondent pas aux bonnes pratiques d'identification (contenu, identification du patient).

#### E1-EA4(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, des actions, pilotées par le groupe de travail "Administration du médicament", ne sont pas encore menées : des actions sont en cours concernant la sécurisation de l'administration, le calcul de doses, le recensement et l'utilisation des dispositifs d'administration, sous forme d'ateliers pratiques rendus exigibles pour tout le personnel habilité à l'administration.

Dysfonctionnement n°2 : La règle d'un support unique de prescription et d'administration pour les services ne disposant pas de prescription médicale et de plans de soins informatisés est définie. Cependant, cette règle n'est pas appliquée dans tous les services : lors de leur visite, ont été observées des retranscriptions dans trois services de soins (un service de Saint-Antoine et deux services de Trousseau).

#### E2-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Compte tenu de la valeur moyenne de 58 % du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" pour la campagne de recueil 2011 :

- hôpital Saint-Antoine : 72 % ;
- hôpital Tenon : 47 % ;
- hôpital Armand Trousseau : 55 %.

#### E2-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Le développement de l'analyse des prescriptions et de la délivrance est en partie engagé. La validation reste partielle (992 lits sont en validation complète de la prescription, soit 25 % des lits sur Saint-Antoine).

Dysfonctionnement n°2 : La délivrance nominative de l'intégralité des traitements concerne 12 % des lits sur Saint-Antoine, 20 % à Tenon et 10 % à Trousseau. Le déploiement à venir se fera dans les services de chirurgie à Saint-Antoine et Tenon avec le développement de l'informatisation.

#### E2-EA3(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Toutefois, il n'y a pas de radiopharmacien sur le site de Trousseau. De mai à novembre 2013, un interne en radiopharmacie partage son temps entre Trousseau et Saint-Antoine. Il est placé sous la responsabilité du radiopharmacien de Saint-Antoine. Il est prévu qu'un radiopharmacien soit recruté pour novembre 2013, à mi-temps, pour le site de Trousseau.

#### E2-EA5(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Lorsque la prescription est informatisée, l'administration est tracée sur le plan de soins papier issu de la prescription. Mais elle ne l'est pas toujours en temps réel.

Dysfonctionnement n°2 : Elle est tracée sur des supports d'administration différents du support de prescription dans un service de Saint-Antoine, et deux services de Trousseau. La traçabilité de l'administration est réalisée pour ces trois services en regard d'une prescription recopiée.

### Résultats obtenus:

#### E1-EA1(En grande partie)

Un livret d'aide à la prescription de nutrition parentérale sur Saint-Antoine a été validé ainsi que des protocoles de prescription, des livrets thérapeutiques, des affiches et des plaquettes. Ils sont à disposition des professionnels sur l'Intranet.

#### E1-EA2(En grande partie)

Les modalités de gestion des traitements personnels sont affichées dans les chambres des patients et dans les consultations.

#### E1-EA3(Partiellement)

1296 IDE et 11 manipulateurs en radiologie ont suivi la formation « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et calcul de dose ».

La procédure d'évaluation des pharmaciens validant des prescriptions est en place sur Saint-Antoine et en cours de déploiement sur Tenon et Trousseau. De même des réunions de « concertation pharmaceutique » dans le cadre de la formation continue des pharmaciens se tiennent à Saint-Antoine et Tenon. Les préparateurs en pharmacie présents dans les services ont une fiche de missions (missions décrites dans le contrat de pôle). L'informatisation de la prescription est déployée dans le service d'orthopédie de Saint-Antoine et de chirurgie des brûlés de Trousseau. L'équipement en armoires à pharmacie sécurisée se poursuit : 1ère série pour un montant de 50 000 euros en 2013, 2ème série pour un montant de 100 000 euros en 2014. En 2015 : armoires sécurisées informatisées pour les services de réanimation, de soins intensifs et les urgences.

E1-EA4(Partiellement)

1296 IDE et 11 manipulateurs en radiologie ont suivi la formation « sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et calcul de dose » sous forme d'ateliers pratiques. Cette formation est obligatoire pour tous les nouveaux arrivants. 80% des dispositifs d'administration sont recensés, les modes d'emploi sont diffusés.

E2-EA1(Partiellement)

La valeur moyenne du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier" pour la campagne de recueil 2013 est de 77%

- hôpital Saint-Antoine : 89%
- hôpital Tenon : 73%
- hôpital Armand Trousseau : 70%

E2-EA2(Partiellement)

Le projet de déploiement de la pharmacie clinique et de l'automatisation/extension de la DJIN a été présenté au siège de l'AP-HP.

E2-EA3(En grande partie)

Un radiopharmacien est présent sur le site de Trousseau.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse	Comité de pilotage de la Sécurisation de la Prise en charge Médicamenteuse	Directeurs de soins, Responsables de l'encadrement médical et paramédical, Pharmaciens, Cadres experts en soins, Responsables qualité

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Validation du livret de nutrition parentérale sur Saint-Antoine et diffusion aux prescripteurs ainsi qu'aux nouveaux internes à leur arrivée à St Antoine</p> <p>Action n°2 : Rédaction des modalités de prescription des anticoagulants directs et mise en ligne sur Intranet</p> <p>Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Rédaction et diffusion de bonnes pratiques d'aérosolthérapie</p> <p>Action n°2 : Rédaction des modalités de prescription des insulines et mise en place de formation de médecins prescripteurs Action n°3: Rédaction de bonnes pratiques de broyage de comprimés</p>	Réalisée	02/07/14 00:00
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°3 : Rédaction de bonnes pratiques (oxygène, opiacés, protoxyde d'azote, médicaments administrés en sous-cutanés) en cours de validation, diffusion prévue pour décembre 2014</p>	En cours	22/10/14 00:00
<p>E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 et 2 Action n°1 : Mise à disposition des patients de la plaquette « Gestion des traitements personnels » dans les consultations, les services d'admissions et affichage dans les chambres et les consultations</p> <p>Action n°2 : Diffusion d'une note d'information de la Coordination Générale des Soins du GH relative à la gestion des traitements personnels des patients aux cadres paramédicaux des pôles d'activité et responsables des services d'admissions des malades du GH</p> <p>Action n°3 Sensibilisation des médecins (internes) lors des changements d'internes et d'externes dans les services à la gestion des traitements personnels des patients : remise de la plaquette aux nouveaux arrivants</p>	Réalisée	09/09/14 00:00
<p>E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Formation des IDE à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (plaquette de gestion des traitements personnels dans le kit de formation)</p>	En cours	30/06/15 00:00
<p>E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°3 Action n°1 : Audit de conformité des ordonnances de sortie des patients : contrôle de l'intégration du traitement personnel</p>	Prévue	15/12/14 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement)</p>	En cours	30/06/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Formation des IDE à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse</p> <p>Action n°2 Diffusion de la fiche d'instruction à l'usage des IDE relative aux bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments (janvier 2014)</p>		
<p>E1-EA3(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°2</p> <p>Action n°1 : Validation et diffusion de l'algorithme de validation de l'ordonnance sur l'hôpital sur Saint-Antoine</p>	Réalisée	18/11/13 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°3</p> <p>Action n°1 : Rédaction d'une procédure permettant d'évaluer les pharmaciens validant des prescriptions</p> <p>Action n°2 : Application de la procédure d'évaluation des pharmaciens validant les prescriptions médicales sur Saint-Antoine</p> <p>Action n°3 : Déploiement de la procédure d'évaluation des pharmaciens validant la prescription médicale sur Tenon et Trousseau en novembre 2014</p>	Réalisée	05/11/13 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°4</p> <p>Action n°1 : Mise en place à Saint-Antoine et à Tenon de réunions de « concertation pharmaceutique » pour la formation continue des pharmaciens qui valident les prescriptions</p>	Réalisée	10/06/15 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°4</p> <p>Action n°1 : Rédaction de la fiche de missions d'un préparateur en pharmacie présent dans un service de soins</p> <p>Action n°2 : Rédaction de la fiche de missions des préparateurs en pharmacie référents des services : ces missions sont décrites dans les chartes de pôle</p> <p>Action n°3 : Désignation d'un préparateur en pharmacie référent pour chaque service, sur chaque site du GH</p>	Réalisée	30/05/14 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°5</p> <p>Action n°1 : Acquisition d'armoires à pharmacie, chariots de distribution: les besoins ont été définis sur l'ensemble du GH (2013). Une première série d'équipements a été commandée en 2013 (50 000 €), une seconde en 2014 (100 000 €)</p> <p>Action n°2 : 3ème série en 2015 d'acquisition d'armoires sécurisées informatisées pour les réanimations, soins intensifs et urgences</p>	Réalisée	15/09/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°5 Action n°1 : Plan de rénovation de la maternité de Tenon	Prévue	03/11/14 00:00
E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°6 : Action n°1 : Audit de pratique de préparations/ administration des médicaments injectables réalisée en mars 2014 (item étiquetage)  Action n°2 : Test de l'étiquetage réglementaire sur le service de chirurgie digestive de Saint-Antoine et l'hôpital Rothschild en juillet 2014  Action n°3 : Déploiement de l'étiquetage réglementaire des préparations injectables sur le GH en janvier 2015	Prévue	30/01/15 00:00
E1-EA4(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Poursuite de la formation des IDE et des manipulateurs radio à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse	En cours	20/10/14 00:00
E1-EA4(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Recensement des appareils biomédicaux pour l'administration des médicaments et diffusion dans les services cliniques des notices d'utilisation	En cours	22/10/13 00:00
E1-EA4(Partiellement) Action n°1 : Mise en place de support unique de prescription et d'administration des médicaments pour le service de réanimation médicale de Saint-Antoine et de gynéco-obstétrique de Trousseau  Action n°2 : Diffusion par la Coordination générale des Soins d'une note relative aux règles de bonnes pratiques d'enregistrement de l'administration des médicaments à destination des IDE  Action n°3 : Déploiement de l'informatisation de la prescription médicamenteuse sur le GH dans le service de chirurgie des brûlés de Trousseau en juillet 2014  Action n°4 : Déploiement de la traçabilité informatisée de l'administration médicamenteuse sur les services de néphrologie et de dialyse de Tenon en décembre 2014	Réalisée	28/07/14 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Recueil du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier"	Réalisée	15/05/14 00:00
E2-EA2(Partiellement) Dysfonctionnements n°1 et n°2	Réalisée	10/09/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°1 : Formalisation d'un projet de déploiement de la pharmacie clinique et automatisation-extension de la DJIN sur le GH. Le projet d'automatisation de la DJIN a pour objectif la mise en place de la DJIN sur 1500 lits du GH (sur 2000 au total), éligibles à ce mode de dispensation.</p> <p>Action n°2 : Présentation du projet à la Direction Générale de l'AP-HP le 1/10/2014</p>		
<p>E2-EA3(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 :</p> <p>Action n°1 : Recrutement d'un radiopharmacien pour Trousseau</p> <p>Action n°2 : Remplacement du radiopharmacien par un pharmacien assistant spécialiste en novembre 2014</p>	Réalisée	12/11/13 00:00
<p>E2-EA5(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 et 2 :</p> <p>Action n°1 : Diffusion par la Coordination générale des Soins des règles d'une note relative aux de bonnes pratiques d'enregistrement de l'administration des médicaments à destination des IDE</p> <p>Action n°2 : Mise en place de support unique de prescription et d'administration des médicaments pour les services de réanimation médicale de Saint-Antoine et de gynéco-obstétrique de Trousseau</p> <p>Action n°3 : Déploiement de la traçabilité informatisée de l'administration médicamenteuse dans les services de néphrologie et de dialyse de Tenon en décembre 2014</p>	Réalisée	28/07/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
<p>E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Conformité de la prescription lors de la validation par les pharmaciens sur Saint-Antoine</p> <p>Evaluation n°2 : Audit de pratique d'aérosolthérapie, de perfusion sous cutanée, de broyage des comprimés réalisés avant les recommandations et reprogrammés</p>	Prévue	30/06/15 00:00
<p>E1-EA2(En grande partie) Dysfonctionnements n°1 et n°2 Evaluation n°1 : Audits transversaux de pratiques dans les services de soins : connaissance par les professionnels des modalités de gestion des traitements personnels des patients, vérification de l'affichage dans les chambres, les consultations et les admissions</p>	En cours	10/11/14 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Evaluation n°1 : Suivi continu du nombre d'IDE et de manipulateurs en radiologie formés</p> <p>Evaluation n°2 : 2ème audit de pratique de préparation/administration des médicaments injectables (juin 2015)</p>	Prévue	15/06/15 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°3 et 4 Evaluation n°1 : Bilan annuel du nombre de pharmaciens validant des prescriptions évaluées</p> <p>Evaluation n°2 : Bilan annuel du nombre de réunions de « concertation pharmaceutique » organisées</p> <p>Evaluation n°3 : Evaluation des préparateurs en pharmacie référents des services</p>	Prévue	31/12/14 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°5 Evaluation n°1 : Audit annuel des armoires à pharmacie et des lieux de stockage par les PUI</p> <p>Evaluation n°2 : Audits transversaux de pratiques dans les services de soins de la thématique stockage des médicaments</p> <p>Evaluation n°3 : Audit annuel des chariots de préparation des doses à administrer</p>	En cours	10/11/14 00:00
<p>E1-EA3(Partiellement) Dysfonctionnement n°6 : Evaluation n°1 : Audit de pratique de l'étiquetage des médicaments après déploiement de l'étiquetage sur le GH</p>	Prévue	30/06/15 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA4(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 et 2 Evaluation n°1 : Suivi continu du nombre d'IDE et de manipulateurs en radiologie formés  Evaluation n°2 : 2ème audit de pratique de préparation/administration des médicaments injectables (juin 2015)	Prévue	15/06/15 00:00
E2-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Recueil du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation" de l'indicateur "Tenue du dossier"	Prévue	27/05/16 00:00
E2-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation n°1 : Bilan annuel du nombre de lits sous prescription informatisée  Evaluation n°2 : Bilan annuel du nombre de lits en DJIN en 2015	Prévue	31/12/15 00:00
E2-EA5(Partiellement) Evaluation n°1 : 2ème audit de pratique de préparation/administration des médicaments injectables (juin 2015)	Prévue	15/06/15 00:00

#### Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Des audits réalisés par les PUI sont planifiés dans les services de soins (stockage et chariots de préparation des médicaments). Des audits de pratiques coordonnés par les directions des soins en lien avec les pôles cliniques sont planifiés (préparation des injectables, étiquetage des préparations, audit de service). Les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse sont analysés en réunions de REX (retour d'expérience), dans les PUI et dans les services. Un suivi des indicateurs du contrat de bon usage des médicaments est réalisé annuellement. Le critère « Rédaction de la prescription médicamenteuse établie pendant le séjour » de l'indicateur « Tenue du dossier patient » a été recueilli en 2014.

#### Validation institutionnelle:

Le projet de sécurisation du circuit du médicament est inscrit dans le Projet Stratégique des HUEP. Il fait l'objet de réunions mensuelles en présence du directeur du GH et de directeurs fonctionnels, du président de la CMEL. Un projet de déploiement de la pharmacie clinique et de la préparation des doses à administrer a été présenté à la direction de l'AP-HP (octobre 2014).

#### Planification des revues de projet:

Le projet de sécurisation du circuit du médicament est décliné dans le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins. Il est piloté par un Comité de management (Sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse - SPECM) présidé par le directeur du GH, le président de la CMEL et la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ce Comité se réunit tous les mois. Le suivi des plans d'actions est assuré par un trio composé de la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, du Coordinateur Général des Soins et d'un Praticien Hospitalier.



Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : La cartographie des risques n'est pas aboutie dans le plus grand nombre des secteurs du GH.

Dysfonctionnement n°2 : Pour la majorité des blocs (sauf le bloc central du site de Tenon), les processus à risques, identifiés partiellement, n'ont pas fait l'objet d'une hiérarchisation générant un programme d'actions structurés.

E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Trois blocs de l'ensemble des sites ont élaboré des classeurs spécifiques pour accueillir et intégrer les nouveaux arrivants. Une action de formalisation du parcours d'intégration du nouvel arrivant figure dans le PAQSS 2013.

Dysfonctionnement n°2 : La plupart des blocs ont élaboré leurs propres documents selon leurs besoins, avec des présentations hétérogènes ne respectant pas les normes institutionnelles qualité (date, noms des auteurs, numéro de la version), ces documents n'ont pas été validés.

Dysfonctionnement n°3 : Sur les sites Saint-Antoine, Tenon et Trousseau, il existe une disparité architecturale pour trois d'entre eux, en raison de la conception architecturale et de l'ancienneté (bloc pédiatrique Trousseau, bloc gynéco de Tenon et un bloc de Saint-Antoine), un état de vétusté incompatible avec les exigences d'hygiène, de qualité de l'air et des surfaces dans un secteur à risques.

Dysfonctionnement n°4 : Dans ces mêmes blocs, la « marche en avant » n'est pas respectée, avec des croisements propre/sale.

Dysfonctionnement n°5 : Certains arsenaux n'ont pas de porte, ou les portes ne sont pas étanches.

Dysfonctionnement n°6 : La mesure de la surpression des salles se fait manuellement, et n'est pas tracée.

Dysfonctionnement n°7 : Dans l'un d'entre eux (bloc pédiatrique Trousseau), les salles d'intervention sont mitoyennes à des salles d'induction et/ou des salles d'utilité, dont l'une comporte un vidoir.

Dysfonctionnement n°8 : Dans deux d'entre eux, en raison de la présence de plateaux fixes, il n'y a pas de transfert du patient au niveau du bloc opératoire, le même brancard étant utilisé depuis la chambre. Les roues de ce brancard sont vaporisées avec un désinfectant.

Dysfonctionnement n°9 : Par ailleurs, tous les soirs, l'ensemble des matelas des brancards sont empilés dans un local de stockage du bloc, pour éviter l'usage de ces matelas par des usagers externes.

Dysfonctionnement n°10 : Le signalement des événements indésirables s'articule autour de deux supports sur tous les blocs opératoires : l'application informatique institutionnelle et un registre papier sur chaque secteur opératoire.

E2-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Dans un des blocs du site Tenon, à l'arrivée du patient, l'ASH contrôle une première fois l'identité du patient mais sans traçabilité.

Dysfonctionnement n°2 : Cependant, les experts-visiteurs ont constaté, à deux reprises, l'absence de remplissage de la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » dans le cadre d'une intervention d'urgence, sur un bloc du site Tenon et programmée sur le site Trousseau.

Dysfonctionnement n°3 : Cette EPP (relative à l'utilisation de la check-list) a donné lieu à des actions de sensibilisation auprès des professionnels (affiches, diffusion des résultats de l'EPP). Le niveau de maturité de la démarche est différent selon les sites.

#### E2-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, il n'existe pas de traçabilité exhaustive des DMI transmise à la pharmacie (trace du numéro de lot + intitulé du DMI + date de la pose) :

- les blocs opératoires commandent les DMI via un logiciel ;
- la pharmacie est alors informée a posteriori de la pose du DMI, par la commande.

Dysfonctionnement n°2 : De plus, il existe encore des commandes de DMI qui ne sont pas réceptionnées par la pharmacie.

Dysfonctionnement n°3 : La traçabilité du DMI n'est pas assurée non plus pour le patient, excepté pour les pacemakers et les sites implantables.

Dysfonctionnement n°4 : La traçabilité des vérifications portées par la check-list est organisée, mais non exhaustive.

Dysfonctionnement n°5 : La traçabilité du risque ATNC est hétérogène selon les sites, la nécessité d'une traçabilité systématique (en dehors des patients avérés suspects) n'est pas connue des professionnels.

#### E2-EA4 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, un certain nombre de ces documents ne sont pas conformes aux normes qualité institutionnelles (non datés, non référencés...).

### Résultats obtenus:

#### E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnements n°1/2

Un plan de déploiement des cartographies et des plans d'amélioration y afférant est défini et suivi.

Les cartographies sont faites dans 5 des 7 blocs opératoires du GH.

Les plans de maîtrise des risques sont élaborés dans les deux blocs du site Tenon.

#### E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Les livrets d'accueil des nouveaux arrivants sont réalisés dans 4 blocs sur 7 et en cours d'actualisation pour les autres.

Dysfonctionnement n°2

Les documents sont au format qualité sur les sites de Tenon et Trousseau. Une organisation pour la mise au format qualité est définie pour le site de Saint Antoine.

Dysfonctionnement n°3

1- Le démarrage des travaux de rénovation/mise en conformité du bloc d'obstétrique (bâtiment le Lorier) de Tenon est planifié en septembre 2015.

2- Le démarrage des travaux de rénovation/mise en conformité du bloc commun Paul Louis Chigot (PLC) de Trousseau est planifié en mars 2015.

3- Les travaux de rénovation/mise en conformité du bloc de Chirurgie Orthopédique du site Saint Antoine ont été réceptionnés en novembre 2013.

Dysfonctionnements n°4/5/6

Les actions de mise en conformité (hygiène, qualité de l'air et des surfaces, dépose de vidoir) sont en partie réalisées ou sont programmées.

La mesure avec manomètre de la surpression des salles d'opération est effective dans 5 blocs opératoires sur 7. Elle est prévue dans les travaux de rénovation / mise en conformité des blocs opératoires d'obstétrique Le lorier de Tenon et de pédiatrie Paul louis chigot de Trousseau

Dysfonctionnements n°8/9

Les modalités de transfert des patients au sein du bloc opératoire sont redéfinies. Elles sont formalisées dans trois des quatre blocs concernés.

Dysfonctionnement n°10

La déclaration des événements indésirables s'effectue uniquement sur Osiris (application informatique institutionnelle) et un dispositif de formation à Osiris est organisé.

E1/EA4 (oui)

La valeur moyenne de l'indicateur tenue du dossier d'anesthésie pour la campagne de recueil 2014 est de 88%

- Hôpital Saint Antoine 97% Intervalle de confiance à 95% (2014) : [95 - 98]

- Hôpital Trousseau 93% Intervalle de confiance à 95% : [91 - 95]

- Hôpital Tenon 76% Intervalle de confiance à 95% : [72 - 80]

E2-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnements n°1 à 3

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est utilisée pour chaque opéré (support papier ou IPOP) et un dispositif d'évaluation de la check list est mis en œuvre.

E2-EA3(Partiellement)

Dysfonctionnements n°1 à 4

1- Le logiciel de commande et de traçabilité des DMI est acheté et un calendrier de déploiement dans les blocs est défini en connexion avec la PUI.

2- Les circuits pour les DMI sont partiellement formalisés (procédure).

Dysfonctionnement n°5

Les circuits d'information sur le risque ATNC sont révisés.

E2-EA4 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Les documents sont au format qualité sur le site Tenon et Trousseau. Une organisation de la mise au format qualité est définie pour le site Saint Antoine.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
La directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies, le coordonateur médical des blocs opératoires GH, la responsable qualité blocs opératoires/endoscopies GH	Le COPIL des blocs opératoires/endoscopies GH	Les responsables qualité des sites, les cadres des blocs opératoires, les équipes opérationnelles d'hygiène, les cadres experts en soins, la direction des travaux, la direction des achats et des prestations logistiques, la coordination de la gestion des risques GH, les service informatique

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1(En grande partie)  Dysfonctionnement n°1  Action n°1 : Réalisation de la cartographie des risques des blocs.  (Réalisée pour le bloc digestif de Saint-Antoine, le bloc orthopédie de Saint-Antoine, le bloc Meyniel de Tenon, le bloc d'obstétrique de Tenon et le bloc PLC de Trousseau, et en cours pour le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine, le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine et le bloc d'obstétrique de Trousseau)</p> <p>Dysfonctionnement n°2  Action n°1 : Définition d'un programme d'actions (plan de maîtrise de risque).  (Réalisée pour le bloc Meyniel de Tenon et le bloc d'obstétrique de Tenon, et en cours pour le bloc digestif de Saint-Antoine, le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine, le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine, le bloc PLC de Trousseau et le bloc d'obstétrique de Trousseau)</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°1  Action n°1 : Rédaction du livret d'accueil des nouveaux arrivants.  (Réalisée pour le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine, le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine, le bloc d'obstétrique de Tenon et le bloc PLC de Trousseau; et en cours pour le bloc digestif Saint-Antoine, le bloc Meyniel de Tenon et le bloc d'obstétrique de Trousseau.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°2  Action n°1 : Mise en conformité de la gestion documentaire.  (Réalisée pour le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine, le bloc Meyniel de Tenon, le bloc d'obstétrique de Tenon, le bloc PLC de Trousseau et le bloc d'obstétrique de Trousseau, et en cours pour le bloc digestif Saint-Antoine et le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine)</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°3  Action n°1 : Ouverture du bloc d'orthopédie de Saint-Antoine.  (Réalisée en novembre 2013)</p> <p>Dysfonctionnement n°7  Action n°1 : Dépose du vidoir dans le bloc PLC de Trousseau.  (Réalisée en avril 2014)</p>	Réalisée	11/04/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°3  Action n°2 : Début des travaux de rénovation/mise en conformité pour le bloc obstétrique de Tenon et mise en place de rocadés.  (Prévue en septembre 2015)</p>	Prévue	07/09/15 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°3 : Début des travaux de renovation/mise en conformité pour le bloc PLC de Trousseau et mise en place de rocares.</p> <p>(Prévue en mars 2015)</p> <p>Dysfonctionnement n°5</p> <p>Action n°1 : Site de Saint Antoine, mise en place d'une porte coulissante dans l'arsenal des DM stériles.</p> <p>(Prévue en décembre 2014)</p>		
<p>E1-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°4</p> <p>Action n°1 : Définitions des circuits propre/sale.</p>	Réalisée	20/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°6</p> <p>Action n°1 : Mise en place de la traçabilité de la mesure de la surpression des salles d'opération dans 5 blocs opératoires sur 7 . Les blocs opératoires d'obstétrique Le lorier de Tenon et de pédiatrie Paul louis chigot de Trousseau ne sont pas concernés.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°8</p> <p>Action n°1 : Formalisation des modalités de transfert des patients.</p> <p>(Réalisée pour le bloc de digestif de Saint-Antoine, le bloc d'obstétrique de Tenon et le bloc PLC de Trousseau; et en cours pour le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine.</p>	En cours	20/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°9</p> <p>Action n°1 : Mise en place d'un lieu de stockage des matelas dans brancards dans les blocs de Saint-Antoine.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°10</p> <p>Action n°1 : Abandon des registres locaux au profit de l'utilisation exclusive du système institutionnel Osiris pour la déclaration des événements indésirables.</p> <p>Action n°2 : Définition de l'organisation du dispositif de formation OSIRIS pour les blocs opératoires.</p>	Réalisée	20/10/14 00:00
<p>E2-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnement n°1</p> <p>Action n°1 : Site de Tenon, mise en place d'une fiche de transport patient, pour identitovigilance, pour le bloc d'obstétrique.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E2-EA2(Partiellement)</p> <p>Dysfonctionnements n°2 et n°3</p> <p>Action n°1 : Information des nouveaux internes sur la check list à chaque semestre.</p>	Prévue	08/11/14 00:00
<p>E2-EA2(Partiellement)</p>	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Dysfonctionnements n°2 et n°3 Action n°2 : Réalisation d'un audit check list. (Réalisée pour le bloc Meyniel de Tenon, le bloc d'obstétrique de Tenon, le bloc PLC de Trousseau et le bloc d'obstétrique de Trousseau, et en cours pour le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine, le bloc digestif Saint-Antoine et le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine)		
E2-EA3(Partiellement) Dysfonctionnements n°1 à 4 Action n°1 : Recensement de tous les DMI (hors GHS, GHS, en dépôt/prêt, hors marché, en marché ....) par bloc opératoire.  Action n°2 : Recensement de tous les supports papier ou informatique existant dans chaque bloc opératoire.  Action n°3 : Recensement de tous les hors marché et des montants (CAP).  Action n°4 : Achat du logiciel COPILOTE TRAÇABILITÉ DMI. (Réalisée en juin 2014)	Réalisée	20/10/14 00:00
E2-EA3(Partiellement) Dysfonctionnements n°1 à 4 Action n°5 : Expérimentation pour les sites de Saint-Antoine, Tenon et Trousseau. ( Prévues pour le site de Saint-Antoine et le site de Tenon en décembre 2014 et pour le site de Trousseau en septembre 2015)  Action n°6 : Déploiement du logiciel COPILOTE TRAÇABILITÉ DMI.	Prévue	14/09/15 00:00
E2-EA3(Partiellement) Dysfonctionnements n°1 à 4 Action n°7 : Rédaction d'une procédure d'achat « demande de dérogation » GH. (réalisée le 23 octobre 2014)  Action n°8 : Rédaction d'une procédure GH de mise en dépôt et de retrait du dépôt.(en cours)	En cours	23/10/14 00:00
E2-EA3(Partiellement) Dysfonctionnements n°5 Action n°1 : Mise en place de la fiche de recueil du risque ATNC en consultation.	En cours	23/10/14 00:00
E2-EA3(Partiellement) Dysfonctionnements n°5 Action n°2 : Intégration d'un item sur le risque ATNC sur la fiche de liaison entre le bloc et la stérilisation.	Réalisée	20/10/14 00:00
E2-EA4(En grande partie) Dysfonctionnement n°1	En cours	23/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1 : Mise en conformité de la gestion documentaire. (Réalisée pour le bloc de chirurgie ambulatoire de Saint-Antoine, le bloc Meyniel de Tenon, le bloc d'obstétrique de Tenon, le bloc PLC de Trousseau et le bloc d'obstétrique de Trousseau, et en cours pour le bloc digestif de Saint-Antoine et le bloc d'orthopédie de Saint-Antoine)		

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Evaluation n° 1 : Bilan du programme d'actions défini (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Evaluation n° 2 : Réalisation d'une "visite à blanc" (référentiel HAS), une fois par an.	Réalisée	29/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 1 : Bilan des formations réalisées pour les nouveaux arrivants (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 2 : Réalisation d'audits de pratiques ciblées (transfert du patient au bloc opératoire, lieux de stockage, enregistrement des pressions...), une fois par an.	Prévue	16/03/15 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 3 : Evaluation annuelle de la conformité de la gestion documentaire (item de la « visite à blanc »).	Réalisée	29/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 4 : Audit annuel des pratiques du bloc (« visite à blanc »).	Réalisée	29/09/14 00:00
E2-EA2(Partiellement) Evaluation n° 1 : Audit de la mise en oeuvre de la check-list (annuel).	Prévue	16/03/15 00:00
E2-EA2(Partiellement) Evaluation n° 2 : Suivi de(s) EPP (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E2-EA3(Partiellement) Evaluation n° 1 : Etat de suivi fourni par le logiciel COPILOTE sur toutes les étapes du circuit des DMI.	Prévue	31/12/15 00:00
E2-EA3(Partiellement) Evaluation n° 2 : Evaluation de l'identification du risque ATNC (audit ciblé).	Prévue	19/05/15 00:00
E2-EA4(En grande partie) Evaluation n° 1 : Evaluation annuelle de la conformité de la gestion documentaire (item de la « visite à blanc »).	Réalisée	29/09/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le plan d'actions relatif aux blocs opératoires est suivi par le COPIL blocs opératoires du GH. Il est intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins.

Le projet de rénovation/ mise en conformité et de reconfiguration (regroupement de tous les blocs) des blocs à Trousseau dans le bâtiment Paul Louis-Chigot (PLC) ainsi que le projet de rénovation/ mise en conformité du bâtiment Le Lorier de Tenon (bloc gynéco-obstétrique) sont inscrits dans le Projet Stratégique des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien 2010-2014.

Validation institutionnelle:

Les plans d'actions définis pour les blocs opératoires ont été présentés COPIL des blocs opératoires/endoscopies GH le 30 septembre 2014.

Planification des revues de projet:

Le projet de sécurisation de la prise en charge du patient au bloc opératoire est piloté par le COPIL blocs opératoires du GH présidé par la Directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies, et le Responsable médical des blocs opératoires GH. La responsable qualité bloc opératoire GH assure le suivi opérationnel du projet. Ce COPIL se réunit tous les 2 mois.



Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation du processus de prise en charge en médecine nucléaire

Problématique:

E1 - EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Cependant les recommandations en matière de personnel dédié à la radioprotection ne sont pas totalement mises en œuvre.

Dysfonctionnement n°2

Les actions correctrices relatives au report d'alarme des cuves de rétention, sur un secteur assurant une permanence (recommandation ASN), ne sont pas en place sur le site de Trousseau.

E1-EA2(en grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Le nombre de professionnels radiocompétents recrutés (2,4) reste inférieur aux besoins estimés(2,75)

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Sur le site de Trousseau, le recrutement d'un radiopharmacien est en cours

E3-EA1 (partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Il y a peu de déclaration à partir de ce secteur

Dysfonctionnement n°2

Certains EI sont analysés par le PCR, mais il n'y a pas de séance d'analyse systémique organisée.

E3-EA2 (partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Il n'y a pas de tableau de bord formalisé pour assurer le suivi des indicateurs de manière planifiée

Résultats obtenus:

E1 - EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1

L'effectif de personnel dédié à la radioprotection a été renforcé. Un ETP PCR a été nommé et recruté depuis le 02 novembre 2013. Il assure un mi-temps sur le site de Tenon et l'autre mi-temps sur le site de Saint-Antoine depuis le 21/01/2014.

Un ETP physicien a été recruté. Il assurera ses missions dans le GH à compter du 3/11/2014

Dysfonctionnement n°2

Les travaux d'installation du report d'alarme au PC de sécurité incendie ont été effectués.

Un test a été réalisé en avril 2014 pour vérifier que ce report était opérationnel. Les résultats ont été concluants.

Par ailleurs, une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de débordement des cuves de rétention a été rédigée et validée. Les personnels techniques devant intervenir en cas de débordement des cuves ont reçu une formation en radioprotection.

E1-EA2(en grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Un Service Compétent en Radioprotection (SCR) à l'échelle du GH a été créé en novembre 2013. Ce service a pour d'objectif, de définir les modalités d'organisation de l'ensemble de la radioprotection, d'assurer la coordination des activités PCR et de permettre la mutualisation des ressources et moyens afin d'apporter une réponse adaptée aux besoins du GH

E2-EA2 (En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Un radiopharmacien a été recruté sur le site de Trousseau depuis novembre 2013.

Dans le cadre de la constitution d'une PUI unique sur le GH, il est prévu de nommer un responsable de radiopharmacie sur le GH. L'arrêté de nomination est en cours de rédaction à la CME centrale.

E3-EA1 (partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Chaque service dispose d'un registre de suivi des événements indésirables dans lequel figurent tous événements indésirables survenus. Sur l'année 2013, le GH comptabilise 26 EI dans le secteur.

Dysfonctionnement n°2

Un cadre supérieur médico-technique a été nommé référent de la qualité et sécurité des soins depuis octobre 2013. Il a défini une organisation pour améliorer la gestion et le suivi des événements indésirables, la procédure décrivant cette organisation est en cours de validation.

Une revue trimestrielle des EI est réalisée en bureau de pôle.

Les EI significatifs font l'objet d'une analyse systémique. Le plan d'action qui en découle est suivi par un PCR et ou un radiophysicien.

Un premier CREX a eu lieu sur le site de Tenon le 28/04/2014 et une RMM le 09/07/2014 à Trousseau. La cartographie des risques a priori a été formalisée dans les 3 secteurs. La hiérarchisation des risques est en cours

E3-EA2 (partiellement)

Dysfonctionnement n° 1

Un tableau de bord a été formalisé à partir des indicateurs définis dans le contrat de pôle(conformité des demandes d'examens, délai de restitution des CRR, taux de satisfaction des patients). Ils feront l'objet d'un suivi annuel au cours des conférences de pôle.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Le Directeur de la Qualité, gestion des Risques et relations avec les Usagers	Les membres du comité de pilotage du pôle imagerie, le coordonnateur du service compétent en radioprotection, les PCR et radiophysicien, le référent qualité et sécurité des soins du pôle, les cadres des secteurs.	Le gestionnaire des risques généraux ; les gestionnaires des risques associés aux soins, la responsable qualité référent du pôle, la chargée de mission radiothérapie, la médecine nucléaire de l'AP-HP, les chefs de service.

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Renforcement de l'effectif dédié à la radioprotection	Réalisée	21/01/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°1: Rédaction d'un mode opératoire en cas de débordement des cuves de rétention	Réalisée	15/10/13 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°2: Formation du personnel technique à la radioprotection	Réalisée	28/11/13 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°3: Installation du report d'alarme des cuves de rétention au PC de sécurité incendie	Réalisée	24/02/14 00:00
E1-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°4: Evaluation de l'appropriation de la procédure par les personnels du service de médecine nucléaire et technique	Réalisée	10/04/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1: Création d'un service radiocompétent (SCR)	Réalisée	05/12/13 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2: Elaboration d'un tableau de permanence PCR dans le GH	Réalisée	05/05/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°3: Validation de la procédure d'organisation de la radioprotection des travailleurs du GH HUEP	En cours	20/10/14 00:00
E2-EA2 ( En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1: Recrutement d'un radiopharmacien à Trousseau	Réalisée	04/11/13 00:00
E2-EA2 ( En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°2: Nomination d'un chef de département de radiopharmacie GH dans le cadre de la constitution d'une PUI unique	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action 1: Sensibilisation des professionnels à la culture de déclaration des EI	En cours	21/10/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2	Réalisée	09/06/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
Action n°1: Harmonisation des registres de suivi d'évènements indésirables des 3 secteurs		
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°2: Identification des risques a priori	Réalisée	28/04/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°3: Hiérachisation des risques	Prévue	03/11/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°4: Définition des mesures	Prévue	15/12/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°5: Planification des mesures	Prévue	15/12/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°6: Mise en place des RMM	Réalisée	19/02/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°7: Validation de l'organisation de la gestion des EI associés aux soins dans le pôle	En cours	27/10/14 00:00
E3-EA2 (partiellement) dysfonctionnement n°1 Action n°1: Formalisation d'un tableau de bord pour assurer le suivi des indicateurs	Réalisée	07/08/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Evaluation des besoins des personnels dédiés à la radioprotection dans le GH	Réalisée	10/10/14 00:00
E1 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Vérification mensuelle du report d'alarme	Réalisée	20/10/14 00:00
E1-EA2 (En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Bilan des inspections ASN sur l'organisation de la radioprotection	Réalisée	21/11/13 00:00
E1 - EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 Bilan annuel du fonctionnement du service compétent en radioprotection	Prévue	16/01/15 00:00
E3-EA1 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Bilan semestriel des EI lors des conférences des pôles	Prévue	12/11/14 00:00
E3 - EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Nombre de professionnels formés à l'utilisation d'OSIRIS	En cours	20/10/15 00:00
E3-EA1(partiellement ) Dysfonctionnement n°2 Audit de pratique pour mesurer l'impact des mesures définies dans la cartographie des risques	Prévue	22/06/15 00:00
E3-EA1(partiellement ) Dysfonctionnement n°2 Bilan annuel des CREX	Prévue	16/03/15 00:00
E3-EA1(partiellement ) Dysfonctionnement n°2 Bilan annuel des RMM	Prévue	19/01/15 00:00
E3-EA2 (Partiellement) Dysfonctionnement n°1 Audit IPAQSS	Prévue	13/04/15 00:00
E3-EA2(partiellement ) Dysfonctionnement n°1 Enquête de satisfaction des patients	Prévue	23/06/15 00:00

#### Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Chaque inspection ASN comprend un volet dédié à l'organisation de la radioprotection (travailleurs, patient et environnement). Pour chaque observation formulée, l'ASN demande un plan d'actions et un suivi des actions mises en œuvre.

Un bilan annuel des RMM avec une mesure d'impact des actions mises en place est réalisé en bureau de pôle.

Le pôle participe aux campagnes IPAQSS et réalise une enquête de satisfaction tous les 2 ans.

#### Validation institutionnelle:

Une partie du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins est consacrée aux secteurs à risque dont la médecine nucléaire. Ce PAQSS a été validé par la CMEL et le directeur du GH et présenté à différentes instances (CQSS, COMEX)

Par ailleurs, l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat de pôle est évaluée au cours des conférences des pôles qui ont lieu 3 fois par an.

#### Planification des revues de projet:

La sécurisation des prises en charge dans les secteurs à risque est déclinée dans le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins. Le pôle imagerie s'appuie sur un comité de pilotage auquel sont associés tous les chefs de services, PCR et radiophysicien plus le directeur de la DQGRU. La coordination des activités des PCR est assurée par le coordonnateur du Service en Radio Protection sous l'autorité du directeur.



Titre du projet d'amélioration:

Sécurisation de la prise en charge du patient en endoscopie

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, ces processus à risque n'ont pas été hiérarchisés.

Dysfonctionnement n°2 : Ces processus à risque n'ont pas fait l'objet d'un plan d'actions d'amélioration formalisé, ni d'un document de synthèse.

E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Tous les accès de l'un des secteurs du site Saint-Antoine ne sont pas sécurisés.

Dysfonctionnement n°2 : (site Saint-Antoine) Le circuit du patient ne permet pas de respecter la marche en avant.

Dysfonctionnement n°3 : (site Saint-Antoine) Le circuit du patient ne permet pas de respecter l'intimité du patient : pas de vestiaire patient, salle d'attente préopératoire brancards et patients assis confondus et jouxtant la salle postopératoire.

Dysfonctionnement n°4 : (site Saint-Antoine) Le projet de rénovation n'est pas validé pour ce secteur.

Dysfonctionnement n°5 : (site Trousseau) Un plateau sur le site de Trousseau comporte deux salles de traitement des endoscopes, répondant aux exigences réglementaires, mais qui sont situées sur deux niveaux. Le circuit des endoscopes n'est pas identifié entre les deux sites de traitement.

Dysfonctionnement n°6 : (site Trousseau) Des croisements propre/sale sont observés (utilisation du même « passe-plat » pour les endoscopes stériles et souillés mais protégés par un champ stérile).

Dysfonctionnement n°7 : (site Trousseau) Les endoscopes sont stockés dans une armoire en bois, les parois sont revêtues d'une surface lisse et bionettoyable.

Dysfonctionnement n°8 : Par ailleurs, certains protocoles spécifiques ne répondant pas aux exigences qualité, coexistent avec les documents qualité institutionnels.

E2-EA3(en grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Cependant, un audit a été réalisé en janvier 2013 sur le taux de remplissage de la fiche, avec un peu plus de la moitié d'absence de la check-list dans le dossier patient.

Dysfonctionnement n°2 : De plus, il existe un mésusage de la check-list, avec une validation de la saisie d'un item sans la recherche préalable (recherche ATNC), malgré les outils développés au niveau du GH (questionnaire et fiche de traçabilité).

E3-EA1 (partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Sur l'ensemble des plateaux d'endoscopie du GH, il existe deux supports de signalement d'événements indésirables : le logiciel institutionnel et le registre papier par salle, y compris en SSPI.

Dysfonctionnement n°2 : L'analyse et l'exploitation des événements indésirables ne sont pas développées dans tous les secteurs.

E3-EA2 (en grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Sur le site Tenon, le secteur n'a pas réalisé d'audit.

Dysfonctionnement n°2 : Il n'existe pas de plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins selon une organisation structurée.

Résultats obtenus:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1

Un plan de déploiement des cartographies et des plans d'amélioration y afférant est défini et suivi.

Les cartographies sont faites dans 4 des 7 secteurs d'endoscopie du GH.

Les plans de maîtrise des risques sont élaborés dans les 3 principaux secteurs d'endoscopie du GH.

E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnements n°1 à 4

La rénovation/mise en conformité du site d'endoscopie de Saint Antoine est définie.

La sécurisation d'accès du site d'endoscopie est partiellement réalisée.

Dysfonctionnements n°5 à 7

Sur le site de Trousseau, le circuit du traitement des endoscopes a été revu pour respecter la marche en avant (dysfonctionnements 6 et 7).

Sur le site de Trousseau, des travaux de mise en conformité du bloc pédiatrie et de l'endoscopie, bâtiment Paul Louis Chigot (PLC) sont programmés.

Dysfonctionnement n°9

Les protocoles spécifiques répondent aux exigences qualité.

E3-EA1 (partiellement)

Dysfonctionnement n°1

Le logiciel institutionnel est le seul outil pour le signalement des événements indésirables.

E3-EA2 (en grande partie)

Dysfonctionnements n°1 et 2

Une évaluation transversale (« visite à blanc » en mode croisé) a été conduite sur l'ensemble des sites d'endoscopie.

Responsabilités		
Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies, Responsable qualité blocs opératoires/endoscopies GH	COPIL des blocs opératoires/endoscopies GH	Responsables qualité des sites, cadres des sites d'endoscopie, équipes opérationnelles d'hygiène, cadres experts en soins, direction des travaux, direction des achats et des prestations logistiques, gestion des risques GH, service informatique

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>E1-EA1(En grande partie)  Dysfonctionnement n°1  Action n°1 : Réalisation de la cartographie des risques pour les sites d'endoscopie.  (Réalisée pour l'endoscopie de Saint-Antoine, le plateau d'endoscopie de Tenon, l'endoscopie bronchique de Tenon et l'endoscopie sans ventilation assistée de Trousseau, et en cours pour l'endoscopie ETO de Saint-Antoine, l'endoscopie ETO cardio de Tenon et l'endoscopie de Rothschild)</p> <p>Dysfonctionnement n°2  Action n°1 : Définition d'un programme d'actions (plan de maîtrise de risque).  (Réalisée pour l'endoscopie sans ventilation assistée de Trousseau, le plateau d'endoscopie de Tenon et l'endoscopie bronchique de Tenon, et en cours pour l'endoscopie de Saint-Antoine, l'endoscopie ETO de Saint-Antoine, l'endoscopie ETO cardio de Tenon et l'endoscopie de Rothschild)</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°1  Action n°1 : Site de Saint-Antoine - sécurisation de la porte sur la galerie du site d'endoscopie (circuit des déchets).</p>	Prévue	03/11/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°1  Action n°2 : Site de Saint-Antoine - sécurisation de la porte d'entrée dans le service (porte automatique).</p>	Prévue	15/12/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°1  Action n°3 : Site de Saint-Antoine - sécurisation des ascenseurs (accès limité aux personnels).</p>	Prévue	15/06/15 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°2  Action n°1 : Définition d'un projet de rénovation/mise en conformité pour l'activité d'endoscopie de Saint-Antoine.</p>	En cours	23/10/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°3  Action n°1 : Site de Saint-Antoine - mise en place de mesures transitoires pour respecter l'intimité du patient (mise en place d'un sac « vestiaire » et d'une nouvelle organisation des salles d'attentes).</p>	Réalisée	08/09/14 00:00
<p>E1-EA2(Partiellement)  Dysfonctionnement n°4  Action n°1 : Présentation d'un projet de rénovation/mise en conformité du centre d'endoscopie</p>	Réalisée	06/10/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
de Saint-Antoine au comité stratégique HUEP-DG APHP.		
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°5 Action n°1 : Définition du circuit des endoscopes entre le 6ème et 7ème étage de Trousseau.	Réalisée	29/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°6 Action n°1 : Définition du circuit des endoscopes au 6ème étage de Trousseau (passe-plat).	Réalisée	29/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°6 Action n°2 : Démarrage des travaux de rénovation/ mise en conformité du bâtiment Paul Louis Chigot à Trousseau (bloc opératoire et endoscopie) et mise en place de rocares.	Prévue	16/02/15 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°7 Action n°1 : Site de Trousseau - définition du mode opératoire de l'entretien de l'armoire de rangement des endoscopes.	Réalisée	20/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°7 Action n°2 : Site de Trousseau - définition d'un nouveau plan d'équipements (faisant suite aux travaux de rénovation).	En cours	23/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°8 Action n°1 : Mise en conformité des documents qualité sur l'ensemble des secteurs d'endoscopies.	Réalisée	20/10/14 00:00
E2-EA3(en grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Insertion de la check list dans le dossier patient.	En cours	23/10/14 00:00
E2-EA3(en grande partie) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Faire figurer l'item « risque ATNC » sur les demandes d'endoscopie.	En cours	23/10/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Abandon des registres locaux au profit de l'utilisation exclusive du système institutionnel Osiris pour la déclaration des événements indésirables.	Réalisée	18/06/14 00:00

## Etat d'avancement des actions

Intitulé de l'action	Etat	Date
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°1 Action n°2 : Définir l'organisation du dispositif de formation OSIRIS pour les sites d'endoscopie du GH.	Réalisée	20/10/14 00:00
E3-EA1 (partiellement) Dysfonctionnement n°2 Action n°1 : Mise en place de retours d'expériences et de staffs permettant une organisation structurée pour l'analyse et le traitement des évènements indésirables.	En cours	23/10/14 00:00
E3-EA2 (en grande partie) Dysfonctionnement n°1 Action n°1 : Organisation et restitution des « visites à blanc » sur tous les sites d'endoscopie.  Action n°2 : Structuration d'une organisation pour le pilotage des plans d'amélioration.  Action n°3 : Présentation des outils pour harmoniser la démarche qualité et sécurité des soins des sites d'endoscopie.	Réalisée	30/09/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Evaluation n° 1 : Bilan d'exécution du programme d'actions (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Evaluation n° 2 : Réalisation d'une « visite à blanc » pour ajuster les programmes d'actions, une fois par an.	Réalisée	29/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 1 : Réalisation d'audits de pratiques ciblées (circuit des endoscopes, traitement des endoscopes, présence de la check list dans dossier du patient), une fois par an.	Prévue	16/03/15 00:00
E1-EA2(Partiellement) Evaluation n° 2 : Participation à l'audit national sur les endoscopies prévu au cours du premier semestre 2015.	Prévue	08/06/15 00:00
E2-EA3(en grande partie) Evaluation n° 1 : Audit de la conformité de la check-list (annuel).	Prévue	16/03/15 00:00
E3-EA1 (partiellement) Evaluation n° 1 : Liste et suivi des CREX, RMM ou tout autre organisation mise en œuvre pour la gestion des évènements indésirables (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA2 (en grande partie) Evaluation n° 1 : Bilan d'exécution du programme d'actions (annuel).	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA2 (en grande partie) Evaluation n° 2 : Réalisation d'une « visite à blanc » pour ajuster les programmes d'actions, une fois par an.	Réalisée	29/09/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

Le plan d'actions relatif aux sites d'endoscopie est suivi par le COPIL blocs opératoires/ endoscopies du GH. Il est intégré au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins.  
Le projet de rénovation/ mise en conformité du bâtiment Paul Louis-Chigot (PLC) (blocs opératoires/endoscopies) est inscrit dans le Projet Stratégique des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien 2010-2014.  
Le projet de rénovation/mise en conformité du centre d'endoscopie de Saint-Antoine a été présenté au comité stratégique HUEO-DG APHP.

Validation institutionnelle:

Les plans d'actions définis pour les sites d'endoscopie ont été présentés en COPIL des blocs opératoires/endoscopies le 30 septembre 2014.

Planification des revues de projet:

Le projet de sécurisation de la prise en charge du patient en endoscopie est piloté par le COPIL endoscopies du GH présidé par la Directrice déléguée aux blocs opératoires/endoscopies. La responsable qualité blocs opératoires/endoscopies GH assure le suivi opérationnel du projet. Ce COPIL se réunit tous les 2 mois.



# FICHE SUIVI

Titre du projet d'amélioration:

Mise en œuvre des démarches EPP

Problématique:

E1-EA1(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : Les différents secteurs d'activité clinique ou médicotechnique organisent la mise en œuvre des démarches d'EPP.

E1-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Vingt-neuf RMM sont recensées dans la base AP2, outil institutionnel de recueil des EPP. Celles-ci répondent aux critères d'entrée dans la base. Toutefois, seulement 75 % ont validé une charte, 50 % ont déjà établi au moins un bilan annuel.

Dysfonctionnement n°2 : De plus, l'existence d'une analyse systémique structurée n'est pas toujours vérifiée

Dysfonctionnement n°3 : Sur le site de Saint-Antoine, sur les neuf services concernés par les analyses de la mortalité-morbidité, six font une RMM (sur le site de Tenon, 4 sur 10 ; sur le site de Trousseau La Roche-Guyon, 5 sur 10, ce qui représente la moitié des services).

Dysfonctionnement n°4 : Au cours des visites de secteurs, des revues ou analyses d'événements indésirables, non répertoriées dans la base ni par le comité EPP, ont pu être exposées par les professionnels. La notion d'analyse systémique est rarement retrouvée dans ces cas.

Dysfonctionnement n°5 : Les personnes ressources pour l'accompagnement des RMM ne sont connues des professionnels que dans la moitié des cas seulement.

E2-EA2(En grande partie)

Dysfonctionnement n°1 : L'engagement des professionnels est effectif

E3-EA1(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique mesurent l'impact des démarches d'EPP sur l'évolution des pratiques

E3-EA2(Partiellement)

Dysfonctionnement n°1 : Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique évaluent l'organisation mise en place afin de favoriser l'adhésion continue des professionnels aux démarches d'EPP

Résultats obtenus:

E1-EA1(En grande partie)

Tous les pôles organisent leur démarche EPP

E1-EA2(Partiellement)

Sur les vingt-six RMM requises (Chirurgie, anesthésie réanimation et oncologie) : 81% sont enregistrées dans la base AP2, 69% le sont sous forme publiée, 73% ont une charte  
 Sur Saint-Antoine : 8 services sont concernés: 7 font des RMM, 5 sont publiées et 7 ont une charte  
 Sur Tenon : 11 services concernés: 7 font des RMM, 5 sont publiées et 7 ont une charte  
 Sur Trousseau : 7 services sont concernés, 5 font des RMM, 5 sont publiées et 4 ont une charte  
 Un plan de formation des professionnels à l'analyse systémique a été défini et fait l'objet d'un suivi par la cellule opérationnelle de la GRAS.  
 Un praticien a été détaché à temps partiel dédié pour accompagner les RMM sur le GH  
 Des supports méthodologiques ont été réalisés et mis à disposition

E1-EA3 (oui)

La valeur moyenne de l'indicateur "Réunion de Concertation Pluridisciplinaire" est de 87% pour le niveau 1 et de 69% pour le niveau 2 pour la campagne 2014

- Hôpital Saint-Antoine:

- niveau 1: 94% intervalle de confiance à 95% (2014) : [79% - 99%]
- niveau 2: 84% intervalle de confiance à 95% (2014) : [66% - 95%]

- Hôpital Trousseau:

- niveau 1: 100% intervalle de confiance à 95% (2014) : [100% - 100%]
- niveau 2: 55% Intervalle de confiance à 95% (2014) : [36% - 73%]

- Hôpital Tenon:

- niveau 1: 68% Intervalle de confiance à 95% (2014) : [49% - 83%]
- niveau 2: 68% Intervalle de confiance à 95% (2014) : [49% - 83%]

**Responsabilités**

Chef de projet	Equipe de réalisation	Personnes ressources
Coordinateur médical + coodonateur paramédical EPP GH	Binômes référent EPP médical + référent paramédical site (SAT/TNN/TRS/RTH), COPIL EPP GH	Médecin dédié RMM, Gestionnaires de risques, Pilotes de CoViRis, Référents qualités pôle et référents EPP pôle

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Définition d'objectif sur la démarche EPP dans la déclinaison annuelle des contrats de pôle	Réalisée	02/06/14 00:00
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Action n°2 : Identification au sein de chaque pôle d'un référent EPP médical et paramédical	En cours	24/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 et 2 Action n°1 : Désignation d'un médecin dédié à l'accompagnement des analyses systémiques et RMM dans le GH  Action n°2 : Mise à disposition de modèles de méthodes d'analyse systémique	Réalisée	01/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 et 2 Action n°3 : Accompagnement des pilotes de RMM dans la formalisation de leur démarche  Action n°4 : Mise à disposition des professionnels d'un modèle de charte et de bilan annuel  Action n°5 : Formation des responsables de RMM à l'analyse systémique	En cours	24/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°3 : Action n°1 : Bilan d'étape de réalisation de RMM lors des conférences de pôle  Action n°2 : Envoi d'un courrier à l'ensemble des médecins titulaires du GH pour leur rappeler leurs obligations en matière de RMM	Réalisée	13/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°4 : Action n°1 : Repérage des analyses systémiques réalisées dans les services	En cours	24/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°4 : Action n°2 : Déclaration de toutes les organisations de type RMM dans la base AP <sup>2</sup>	En cours	06/10/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Action n°1 : Diffusion de la procédure dans laquelle figure les personnes ressources pour l'analyse des événements indésirables associées aux soins	Réalisée	22/09/14 00:00
E1-EA2(Partiellement)	Prévue	24/11/14 00:00

Etat d'avancement des actions		
Intitulé de l'action	Etat	Date
<p>Action n°2 : Diffusion d'une plaquette lors de la semaine sécurité patient, indiquant les personnes ressources pour l'accompagnement de la formalisation des revues de mortalité-morbidité.</p> <p>Action n°3: Présentation de l'organisation de la gestion des EIAS et des RMM en CSIRMT et en réunion d'encadrement début 2015</p>		
<p>E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Diffusion d'une lettre d'engagement du directeur du GH et du président de la CMEL sur la politique des EPP du GH (lettre intégrée au document de cadrage de la Politique EPP du GH)</p> <p>Action n°2 : Inscription de la dynamique EPP dans la déclinaison annuelle des contrats de pôle</p> <p>Action n°3 : Nomination d'un médecin chargé d'accompagner la démarche RMM</p>	Réalisée	09/10/14 00:00
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Mise à disposition d'une powerpoint "Mesure d'impact" (APHP) sur l'intranet</p>	Réalisée	01/10/14 00:00
<p>E3-EA1(Partiellement) Dysfonctionnement n°1: Action n°2 : Aide à la formalisation des mesures d'impact par la diffusion d'un document type (diaporama)</p> <p>Action n°3 : Présentation d'un bilan annuel des démarches EPP lors des conférences de pôle</p>	Prévue	02/03/15 00:00
<p>E3-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Action n°1 : Formalisation d'un tableau de bord de suivi de l'adéquation entre les EPP réalisées et le programme EPP du GH</p>	En cours	24/10/14 00:00

Etat d'avancement des évaluations		
Intitulé de l'évaluation	Etat	Date
E1-EA1(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Evaluation n°1: Suivi des indicateurs de réalisation des objectifs EPP de la déclinaison annuelle 2014 des contrat de pôle  Evaluation n°2: Suivi semestriel du nombre de référent EPP par pôle	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 et 2 Evaluation n°1: Suivi du nombre de RMM avec charte et bilan annuel	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°3 : Evaluation n°1: Suivi des RMM pour les secteurs à risque	Prévue	31/12/14 00:00
E1-EA3(Oui) Campagne de recueil de l'indicateur RCP	Prévue	30/06/16 00:00
E2-EA2(En grande partie) Dysfonctionnement n°1 : Evaluation n°1: Bilan des conférences de pôle	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA1(Partiellement) Evaluation n°1: Nombre d'EPP en phase 3 avec mesure d'impact  Evaluation n°2: Bilan annuel des EPP et de leur stade de développement présenté par les pôles	Prévue	31/12/14 00:00
E3-EA2(Partiellement) Dysfonctionnement n°1 : Evaluation n°1: Nombre d'EPP par pôle en adéquation avec le programme EPP du GH	Prévue	31/12/14 00:00

Modalités de suivi et de perennisation des résultats:

L'organisation de la mise en œuvre des démarches d'évaluations des pratiques professionnelles est suivie par le groupe EPP GH en partenariat avec le CoVIRis GH pour l'aide à la mise en place d'analyses systémiques, des RMM et de formation à la gestion des risques.  
Le déploiement de la démarche EPP est suivi dans le cadre du suivi de l'exécution des contrats de pôle.

Validation institutionnelle:

La mise en œuvre des démarches d'évaluations des pratiques professionnelles est déclinée dans le document de cadrage « politique et organisation des EPP » soumis pour avis consultatif à la CSIRMT et validé par la CQSS, la CMEL et le COMEX.

Planification des revues de projet:

La mise en œuvre de la démarche EPP est déclinée dans le document de cadrage « Politique et organisation des EPP ». Elle est pilotée par le groupe EPP GH dirigé par un binôme coordinateur médical + paramédical EPP GH et constitué

- de binômes référents médical + paramédical SAT/TNN/TRS/RTH
- du directeur qualité + Coordinatrice qualité GH + Relation Usager
- d'un représentant de la Coordination Générale des Soins
- du Responsable DPC GH (lorsqu'il sera désigné)

Ce comité se réunit au minimum trois fois par an.