



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
POLYCLINIQUE DE
DEAUVILLE**

**8 la breche du bois
Rd 62
14113 CRICQUEBOEUF**

MARS 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	46
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE DE DEAUVILLE-/ HAD / CRICQUEBOEUF	
Adresse	8 la breche du bois 14113 CRICQUEBOEUF
Département / région	CALVADOS / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	140000415	SA POLYCLINIQUE DE DEAUVILLE	28 avenue florian de kergorlay 14800 DEAUVILLE
Etablissement de santé	140026709	POLYCLINIQUE DE DEAUVILLE-/ HAD / CRICQUEBOEUF	8 la breche du bois Rd 62 14113 CRICQUEBOEUF
Etablissement de santé	140000258	LE CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE DE DEAUVILLE	28 avenue florian de kergorlay 14800 DEAUVILLE

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Chirurgie	35	/	18
SSR	SSR	95	17	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Centre Hospitalier de la Côte Fleurie
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	SSR addictologie en juillet 2016

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie en hospitalisation complète	/	Programmé	/	MCO
2	Enfant	Chirurgie ambulatoire	/	Programmé	/	MCO
3	Adulte	SSR en hospitalisation complète de Deauville	/	Programmé	Ayant de la balnéothérapie	SSR
4	Adulte	SSR en hospitalisation partielle Cricqueboeuf	Addictologie	Programmé	/	SSR
5	Personne âgées	HAD	Personne âgée	Programmé	/	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

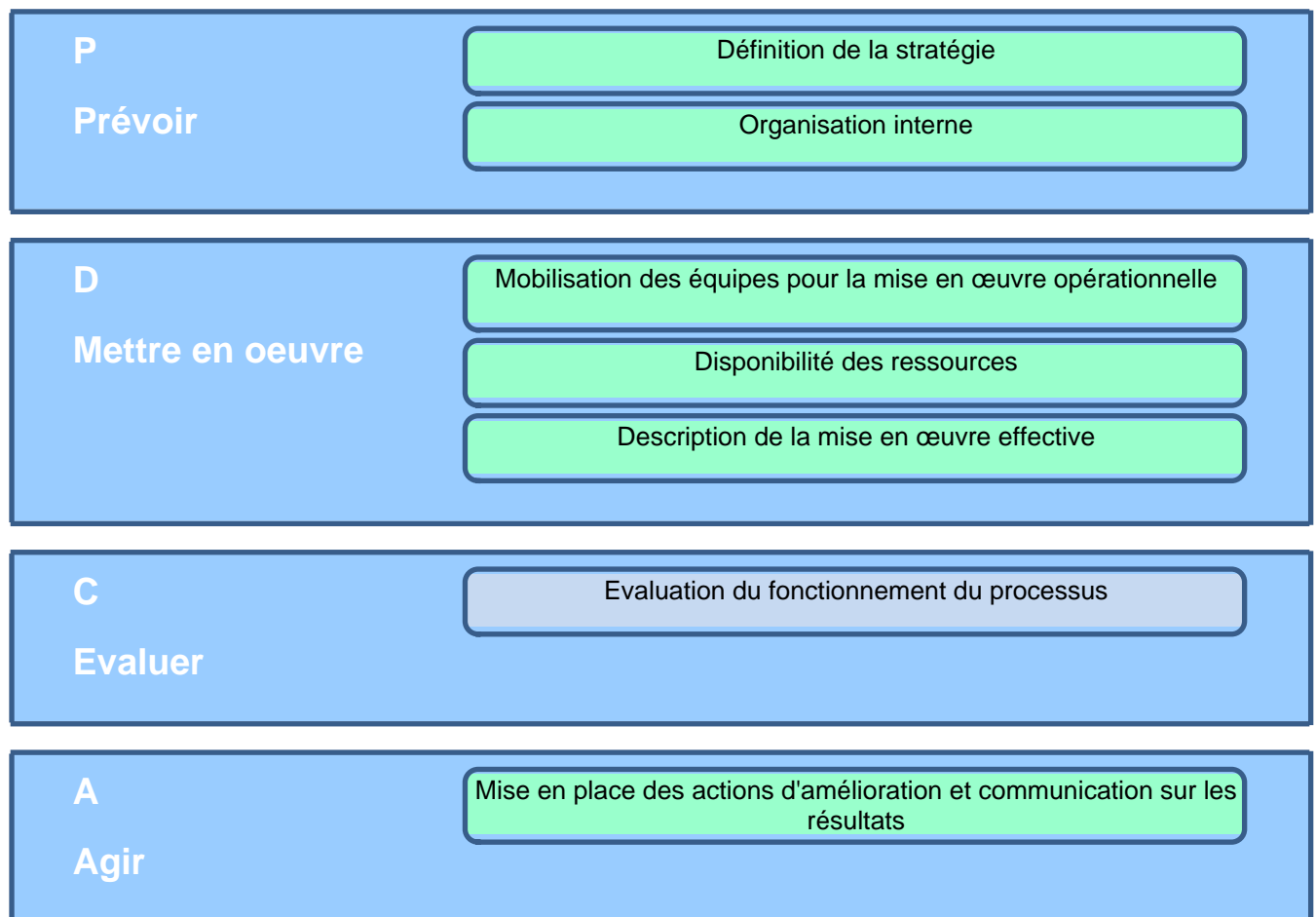
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique de Deauville, groupe Clinique Développement, dispose d'autorisations de chirurgie, SSR, SSR addictologie et HAD.

L'établissement a défini et formalisé une politique qualité et gestion des risques. Cette politique a déterminé plusieurs axes tant qualitatif (compréhension des besoins et des attentes des patients, amélioration de l'accueil et de l'écoute, amélioration de l'information, Respect des obligations légales et réglementaires, assurer une qualité dans les soins dispensés et développer une culture d'évaluation et une dynamique d'amélioration) que sur la gestion des risques selon une analyse des risques a priori et a posteriori (assurer une sécurité dans les soins dispensés, assurer la sécurisation du circuit du médicament, garantir la sécurité des professionnels, développer et entretenir une culture de gestion des risques).

Ces axes ont fait l'objet d'une présentation et d'une validation en Commission Médicale d'Établissement (CME) mais également par le Comité de Direction (CODIR). Ils ont également été présentés pour information en Commission Des Usagers.

Le projet d'établissement 2012-2016 ainsi que l'avenant 2017-2018 décrivent les orientations stratégiques sur lesquelles s'appuie la politique qualité gestion des risques.

Une charte de fonctionnement d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) a été formalisée et validée par la CME en 2014.

Une stratégie de gestion des risques est établie notamment au regard de la réglementation, de l'analyse des risques a priori et a posteriori et des résultats d'indicateurs.

Le CODIR et la CME sont les organes stratégiques de la la politique qualité et gestion des risques. On peut également souligner la tenue de CODIR commun avec le CH de la Côte Fleurie (établissement voisin) pour la mise en place d'actions communes, comme par exemple l'élaboration d'un plan blanc commun dont la mise en œuvre a valu aux établissements les félicitations du CHU Rouen Normandie.

La politique qualité et gestion des risques fait l'objet d'un déploiement opérationnel suivi par le comité de pilotage gestion des risques (CPQR). Il est à noter l'existence d'un comité d'éthique inclus dans le processus opérationnel à visée plutôt consultative.

L'établissement organise les démarches d'analyses de risques, a priori et a posteriori selon une méthode projet et a préparé la visite de certification par une approche processus de type PDCA concernant les thématiques au périmètre de visite.

Les résultats issus des analyses de risques et évaluations PDCA, alimentent le plan d'amélioration de la qualité et sécurité des soins institutionnel (PAQ). Les risques prioritaires sont inclus au Compte Qualité.

Le PAQ s'appuie sur une logique de déploiement en mode projet (identification des responsables, des actions, des échéances et modalités de suivi des actions) et fait l'objet d'une validation par les instances.

Le PAQ est revu systématiquement lors des réunions trimestrielles du CPQR, mais également lors des commissions de soins mensuels et avec chaque pilote mensuellement.

L'engagement dans la démarche qualité et de la gestion des risques associe la direction d'établissement, la direction des soins, la direction qualité, la CME et l'ensemble des professionnels

ORGANISATION INTERNE

Le processus de management de la qualité et gestion des risques est piloté par la responsable assurance qualité et gestionnaire des risques. Un médecin a été nommé coordonnateur des risques associés aux soins. Cette nomination a été validée par le président de CME. Les fiches de fonction (et de désignation) ont été établies et validées par chacun des acteurs.

La CME est chargée d'élaborer et de suivre les programmes d'évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec la responsable qualité et la directrice des soins. Cette instance recense également les accréditations des médecins.

Le Comité de Pilotage Qualité et Risques (CPQR) est chargé de définir et de suivre opérationnellement le programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques et de garantir le suivi des priorités annuelles. Le CPQR est composé de l'ensemble des pilotes, de la direction générale et du président de la CME. Le CPQR est également chargé d'élaborer et de suivre le programme d'action qualité en accord avec l'ensemble des vigilances sanitaires. La veille réglementaire est quant à elle assurée par le responsable qualité du groupe Clinique Développement.

Le Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) est à jour et ré-actualisé régulièrement. Il a été présenté aux instances représentatives du personnel.

Les différentes commissions sont en place (CLIN, CLUD, CSTH, COMEDIMS, CDU...). Elles ont pour mission, de définir et de mettre en œuvre des actions d'améliorations issues des analyses de risques a priori et a posteriori de l'établissement et selon leurs champs d'activités et domaines respectifs. Chaque instance a établi un règlement intérieur fixant son organisation ainsi qu'une liste des membres qui la compose. L'ensemble des documents relatifs à chaque instance est accessible par tous les professionnels sur le logiciel de gestion documentaire en fonction de leur droits.

Il existe une sous-commission de la CME pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP). Elle est soumise à une charte de fonctionnement qui précise que cette commission est gérée par un praticien. Il existe également une Commission RMM qui se réunit sur demande des médecins ou de la direction. Cette commission a élaboré un règlement intérieur pour son organisation. Un staff RCP, dans le cadre du réseau TUBIANA, se réunit régulièrement tous les 15 jours. Il existe une procédure pour l'organisation de ce staff.

Les rôles et responsabilités du pilote, du copilotes et des membres de l'équipe de la qualité et gestion des risques sont définis et formalisés dans des fiches de poste respectivement signée par chaque pilote. L'ensemble de ces personnes est formé à la qualité et gestion des risques.

Il existe un plan de formation détaillé reprenant les principaux thèmes, qui a été présenté et validé par les instances représentative du personnel. Le recueil des besoins de formation est organisé, lors des entretiens annuels d'évaluation, et une réponse est apportée aux professionnels quant à leur demande.

Le GIE Concept Santé, du groupe Santé Développement est reconnu organisme de formation et à ce titre développe des formations DPC, au sein de la Polyclinique de Deauville pour l'ensemble des professionnels. Ce point est inscrit dans l'avenant au PE 2017-2018.

Il existe un dispositif détaillé de signalement des événements indésirables (EI) accessible a chaque professionnel via le système de gestion documentaire. En cas d'évènement grave, une analyse pluri-professionnelle est organisée au travers de CREX.

Un dispositif de gestion documentaire électronique (GED) est mis en place pour faciliter l'accès aux documents de l'établissement. Les règles de rédaction, vérification et validation de ces documents sont établies.

Il existe une "procédures des procédures" a réactualiser afin de permettre une mise à jour régulière des documents destinés aux professionnels

Des locaux et équipements sont prévus pour la bonne gestion du processus du management de la qualité et la gestion des risques.

L'organisation de la gestion des risques associe les différents secteurs d'activités et la plupart des professionnels de l'établissement. Le partage des objectifs et de leurs atteintes est institutionnalisé et participe de part l'interfaçage et la coordination des secteurs d'activité à la dynamique institutionnelle. Cette organisation des interfaces est l'un des objectifs du CPQR afin d'assurer une transversalité des informations ainsi qu'une connaissance transverse des processus. Le suivi du Compte Qualité est quant à lui assuré par la responsable qualité en collaboration avec chaque pilote de processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Suite à l'ensemble des risques identifiés dans les différents secteurs d'activités, le pilote de processus management qualité gestion des risques et les différents pilotes ont organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels.

La responsable qualité s'assure de la mise en œuvre méthodologique de la démarche par l'intermédiaire de réunions régulières avec chaque pilote.

Les professionnels de santé sont régulièrement informés et sensibilisés sur les objectifs et les actions en cours et leur avancement. Cette information se fait via des réunions d'instances, des services, dont les comptes-rendus sont systématiquement enregistrés dans la base documentaire.

Le journal interne (Le Fil D'Ariane) permet également de faire un point général sur la démarche qualité gestion des risques.

Les déclarations d'événements indésirables faites par le personnel font systématiquement l'objet d'un retour permettant un suivi régulier, avec les actions d'amélioration qui sont mises en place.

En cas d'EIG, des CREX ou RMM sont obligatoirement mis en place avec les groupes qui les composent. Chaque CREX fait l'objet d'un retour et est également expliqué dans les réunions de service par les cadres.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La Polyclinique de Deauville dispose dans ses ressources en compétences d'un responsable qualité pour l'ensemble des sites, ainsi que d'un coordonnateur des risques associés aux soins dont la mission a été attribué à un praticien de l'établissement sur le site de Cricqueboeuf.

L'ensemble des pilotes de processus a été formé à la démarche qualité et les correspondants des vigilances sont identifiés. Il existe par ailleurs dans les services des référents (hygiène, douleur, bientraitance..) qui sont connus et sollicités autant que de besoin.

Des formations qualité et gestion des risques sont régulièrement dispensées sur l'ensemble des sites par le biais des 1/4 d'heures qualités (réunion rapide et régulière de présentation d'un point précis de la démarche) mais également par le biais de flyers qui sont donnés aux différents personnels et laissés à disposition dans les services. Le dispositif de gestion documentaire informatique est en place et opérationnel. Il intègre les règles de rédaction, de vérification de validation et de mise à jour des documents qualités. L'ensemble des documents est disponible et accessible. Tous les professionnels ont été formés à l'utilisation de ce logiciel et une formation est systématiquement dispensée pour les nouveaux arrivants. Chaque personnel

dispose d'un code nominatif et unique pour lui permettre d'accéder au système. Il en est de même pour la déclaration des événements indésirables. Ce dispositif est connu par l'ensemble des professionnels des 2 sites. Les locaux et équipements mis à disposition pour le management de la qualité et la gestion des risques sont adaptés et entretenus. A noter que le matériel informatique mis à disposition est en nombre suffisant et adaptés à chaque secteur, notamment par le biais de tablettes pour le secteur du HAD.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité, sur l'un et l'autre des sites connaissent et mettent en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Il existe une organisation structurée pour cette mise en œuvre. L'ensemble des instances fonctionnent avec une forte implication des professionnels de l'établissement. Les réunions ont lieu autant que nécessaire mais au minimum une fois par trimestre et font l'objet d'un compte-rendu qui est disponible sur la gestion documentaire de l'établissement. Du fait de la présence de nombreux référents dans les services, il y a également une information opérationnelles de ces instances.

La démarche d'évaluation des risques a priori est effective dans l'ensemble des secteurs et très utilisée. Il est à souligner que chaque professionnel est attentif au retour d'information qui lui est fait concernant les actions entreprises suite aux déclarations.

Les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) font l'objet d'une attention particulière depuis la dernière certification. Elles sont suivies dans l'établissement et de nouvelles EPP ont été mises en place suite à des audits ou des analyses d'EI. L'ensemble des professionnels est sensibilisé et impliqué sur ce sujet. Les différents audits sont en place dans l'établissement et font l'objet d'un suivi régulier de la part notamment des pilotes de processus. Les réunions de Morbidité - Mortalité (RMM) sont en place et font l'objet de compte-rendu spécifique accessible uniquement aux personnes ayant les droits. Les RCP sont également présentes formalisées avec une collaboration avec le réseau TUBIANA. Il existe également des RCP digestives du fait de l'activité de chirurgie bariatrique de l'établissement.

Le dispositif de vigilance est en place par le biais de Groupe Clinique Développement mais également par une vielle réalisé par la responsable qualité et les différents pilotes ou référents en fonctions de leur activité. La coordination des ces vigilances est assurée via la responsable qualité au sein du CPQR. Les alertes ascendantes ou descendantes sont mise en œuvre.

L'exploitation des plaintes et réclamations est organisée et opérationnelle. Elle est suivie par la responsable qualité, l'assistante de direction et les représentants des usagers. Les données issues de ce traitement contribuent à l'élaboration et la mise à jour régulière du programme d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge du patient. La participation des équipes de l'ensemble des sites à la mise en œuvre opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques est très importante et permet ainsi une effectivité de la démarche.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus management qualité gestion des risques de la Polyclinique de Deauville est réalisée par le biais de différents indicateurs.

L'établissement planifie et réalise des évaluations des processus, des audits, enquêtes de satisfaction, une analyse des risques a priori et a posteriori et le suivi d'indicateurs pour évaluer le fonctionnement des différents processus et des différentes activités.

Le processus qualité gestion des risques est également évalué par le biais des audits patients traceurs.

L'établissement assure de façon régulière l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des indicateurs nationaux (IQSS), des enquêtes de satisfaction à l'attention des usagers. L'indicateur e-satis est également un indicateur suivi pour les usagers.

Des indicateurs spécifiques retenus pour le processus de management de la qualité sont exploités (formations, nombres de réunions de sensibilisation, nombres documents créés ou actualisés/documents consultés, nombres de réunion instances, nombre des événements indésirables, de CREX, de RMM, de participants aux journées d'informations,...).

Il existe un tableau de bord récapitulatif et détaillé de l'ensemble des indicateurs institutionnels et internes de chaque processus. Il est composé de chaque indicateurs de processus en reprenant la périodicité, le taux cible et le pilote. Ce tableau est suivi par la responsable qualité et par chaque pilote de processus et fait l'objet de réunion mensuelle pour son analyse. Sa composition permet une visibilité globale des indicateurs et permet un comparatif d'année en année. Il est également repris de manière systématique lors des réunion du CPQR pour analyse, suivi et action à mettre en place.

Des bilans annuels d'activité sont réalisés par chaque pilote de processus au regard de leurs indicateurs. Ces bilans sont présentés dans chaque instance et font l'objet d'une présentation lors d'une CME en début d'année suivante.

En ce qui concerne le bilan des questionnaires de satisfaction, et le bilan e-satis, ils font également l'objet d'une analyse en CDU.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus des différentes évaluations réalisées. Les usagers participent également aux actions d'amélioration en CDU. Chaque cartographie des risques est mise à niveau régulièrement en fonction des actions décidées. Ces actions sont articulées et intégrées avec le programme d'actions qualité (PAQ). La communication de ces actions se fait par le biais de réunion de service, par les flyers qualité distribués, et par le journal interne "Le fil d'Ariane". La communication externe des résultats d'évaluations est réalisée par des affichages à l'entrée de l'établissement.

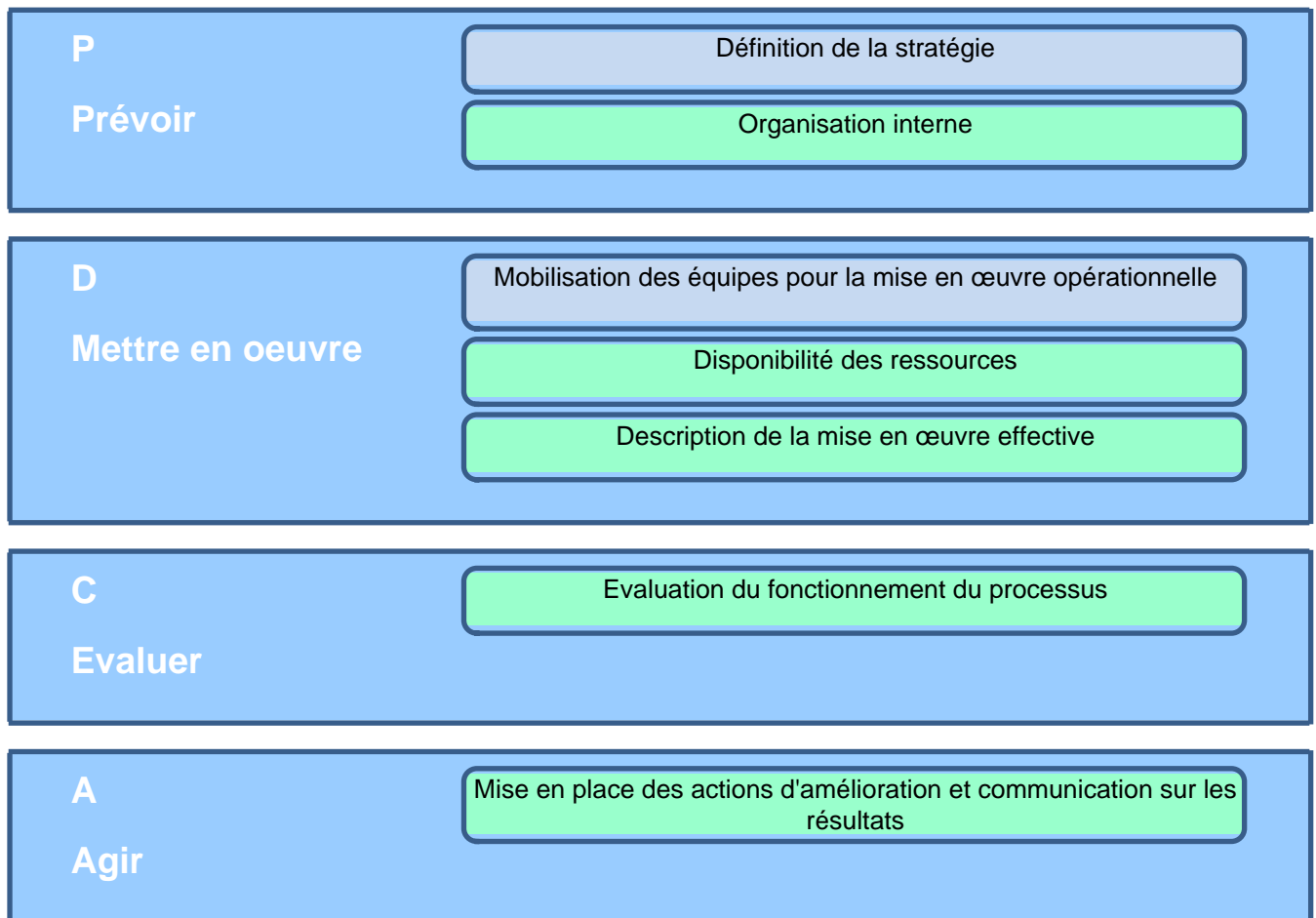
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance. Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes. Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La direction de la polyclinique de Deauville a défini une stratégie et des objectifs de gestion du risque infectieux, élaborés sur la base d'une identification des activités, des missions et de l'analyse des risques propres aux spécificités en soins de la clinique avec une collaboration étroite avec la direction des soins et l'EOH du centre hospitalier voisin "la Côte Fleurie".

Les pilotes sont missionnés, le choix de leur origine professionnelle tient compte des secteurs à risques tels le secteur de chirurgie et le secteur SSR ayant de la balnéothérapie, les 2 pilotes sont la cadre de chirurgie et l'IDE hygiéniste ancienne infirmière coordinatrice du SSR.

Cette stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, avec des axes clairement identifiés dans l'avenant du Projet d'Établissement:

- Développer la prévention des infections associées aux soins,
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance,
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du séjour des patients.

Dans le cadre de la politique territoriale, la stratégie propose de garantir une gestion du risque infectieux de qualité et de répondre aux indicateurs nationaux.

Les sources et les données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont identifiées.

Les orientations stratégiques font référence à la veille sécurité sanitaire et environnementale aux objectifs de maîtrise des risques au sein de la clinique et dans les 2 sites.

La maîtrise des risques infectieux est un axe fort des orientations stratégiques.

La CME et l'EOH (IDE hygiéniste) présente chaque année un bilan d'activité N-1 avec un plan de maîtrise des risques infectieux pour l'année N+1.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels de terrain, référents dans chaque secteur de soins de l'hospitalisation en chirurgie, au bloc opératoire ainsi qu'aux SSR et à l'HAD.

Les risques prioritaires mobilisés dans le compte qualité ont été identifiés à partir d'une réflexion menée de manière pérenne, en tenant compte des indicateurs nationaux et des indicateurs internes à l'établissement, des EPP, des résultats d'audits, des recommandations de la précédente certification.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en soins du patient.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins déployé à l'ensemble des secteurs d'activité, en prenant en compte leur spécificité, particulièrement sur la gestion du risque infectieux, validée par les instances.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi dans un tableau d'indicateurs particulièrement complet.

ORGANISATION INTERNE

La polyclinique de Deauville a mis en place une organisation pour piloter ce processus lié à la maîtrise du risque infectieux.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions et de postes des professionnels.

Le pilotage opérationnel du processus de maîtrise du risque infectieux est assuré par une infirmière hygiéniste en partenariat avec la cadre de santé du secteur de chirurgie ainsi que des relais dans les secteurs de soins pour l'opérationnel sous la présidence d'un médecin de médecine physique et de réadaptation du site de Deauville.

La politique, le pilotage et la mise en œuvre opérationnelle sont définis par la direction et coordonnés par l'EOH.

Ses missions sont décrites dans une fiche spécifique. Elle assure le lien avec un réseau de référents hygiène dans les services de soins particulièrement le traitement des endoscopes, avec la responsable de l'entretien des locaux et des agents techniques pour le traitement de l'eau de la balnéothérapie.

Ces référents, issus de toutes les professions para-médicales et d'entretien, sont régulièrement formés par l'EOH sur les précautions recommandées, des sensibilisation à l'aide de formules ludiques, intégrant patients et personnels. La participation aux journées nationales est effective.

Les procédures et protocoles nécessaires aux bonnes pratiques sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée accessible à tous.

L'IHH a participé, en collaboration avec le secteur de la pharmacie et le président du CLIN, à l'élaboration de guides de bon usage des antibiotiques (prescription et administration).

Les circuits de diffusion d'informations sont organisés formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les différents secteurs d'activité.

Les patients connus porteurs de Bactérie Hautement Résistante (BHRé) émergente sont identifiés dès l'entrée du patient dans les services et permet ainsi la mise en place immédiate des mesures de protection.

Le signalement d'une BMR est organisé à partir du laboratoire de bactériologie qui prévient par téléphone le service et le médecin référent du patient concerné.
L'IHH est prévenue en parallèle et valide les mesures protectrices mises en place et sensibilise sur les précautions standard à appliquer.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et de l'identification des risques réalisée dans le cadre du compte qualité.
Ces actions sont inscrites au plan d'action annuel de l'EOH et intégrées au PAQ de l'établissement.
L'encadrement soignant sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans chaque secteur principalement sur les secteurs à risques comme le bloc opératoire, l'endoscopie, la balnéothérapie.
L'équipe d'entretien et le responsable des services techniques assurent le bio-nettoyage et le circuit des déchets et du linge avec rigueur en respectant la réglementation et les recommandations.
L'IHH s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats.
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).
Un recueil et une analyse des Événements Indésirables (EI) avec retour d'expérience aux professionnels permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
Les personnels sont associés à la mise en place d'actions d'amélioration concernant leur secteur: bio-nettoyage des sols, gestion des excréta, décontamination du petit matériel.
Les nouveaux protocoles ou procédures, les résultats des audits et enquêtes sont présentés au personnel par l'encadrement soignant.
Les locaux de la polyclinique sur les 2 sites ont été constatés, lors des investigations terrains, dans un état de propreté important.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en matériel et en documentation sont disponibles dans les différents secteurs de soins des 2 sites .
Les référents, les personnes "ressources", sont identifiés. L'IHH est en possession d'un DU d'hygiène hospitalière.
Des formations à la prévention du risque infectieux, au bon usage des antibiotiques des simulations, des informations à l'usage des représentants des usagers, à l'hygiène des locaux pour les agents d'entretien sont régulièrement réalisées chaque année et inscrites au plan de formation. Elles sont renouvelées régulièrement.
Le matériel, en adéquation avec les besoins réels, est mis à disposition des professionnels.
Le matériel nécessaire à la bonne organisation du circuit des déchets, et notamment des DASRI, est disponible dans chacune des unités.
Les locaux de stockage intermédiaire sont identifiés et sécurisés dans chaque service.
Les protocoles et de nombreuses procédures spécifiques (BMR, BHre, circuits des déchets etc.) sont mises à disposition des agents dans la gestion documentaire informatisée accessible et connue de tous.
Le réseau de correspondants terrain est régulièrement réuni et informé plusieurs fois par an de manière formelle ou informelle en cas de situation exceptionnelle sur la maîtrise des risques infectieux par l'IHH.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs de soins connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement du secteur et la prise en soins du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs de soins sont opérationnelles.
Une autorisation de fonctionnement a été donnée par le C- Clin du CH de Caen lors de la mise à disposition des blocs ,ces locaux sont à réévaluer sur le plan ISO 8, le cloisonnement est à conforter,la direction de la polyclinique entreprends des travaux d ici la fin de l année 2017.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les contrôles réglementaires eau, surfaces sont réalisés et sont tracés.
Le relais au sein des services de soin est organisé par l'IHH en lien avec les référents de terrain.
Les procédures spécifiques à la gestion du risque infectieux sont utilisées par le personnel soignant, notamment en cas de dispositions particulières liées à un isolement septique.
Le personnel a à sa disposition le matériel nécessaire : plateaux, gants, tabliers,UMP.
La traçabilité de cette mise en œuvre est inscrite dans le dossier du patient quand nécessaire.
La procédure AES, est connue des professionnels et mise en œuvre le cas échéant.
Les déchets sont gérés selon les bonnes pratiques en vigueur et en tenant compte des circuits prédéfinis.
Les déchets issus de la prise en charge des patients en HAD suivent le même circuit qu'en interne et sont éliminés de la même manière.
La traçabilité des actions concernant l'entretien des locaux est opérationnelle ce qui a été constaté par les experts visiteurs lors des investigations terrain.

La réévaluation du traitement antibiotique à 72h est assurée par le pharmacien pour certaines molécules identifiées et toujours pour celles à dispensation nominative.

Le pharmacien suit les prescriptions informatisées dans le logiciel patient. Si besoin, une alerte vers le prescripteur est effectuée et permet d'évaluer avec lui, la pertinence de la reconduction de la prescription des anti-infectieux ou antibiotiques particulièrement avec les médecins libéraux, médecins officiant également au sein de la polyclinique. Les prescriptions sont justifiées par le prescripteur dans le dossier du patient informatisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'EOH assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de gestion du risque infectieux sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). La polyclinique participe au recueil d'indicateurs nationaux ICALIN, ICSHA, ICABMR, ICATB, ICA, LISO.

L'IHH associée à la responsable de l'entretien des locaux organise des audits sur l'hygiène des locaux. Elle procède à une évaluation sur les sujets en lien avec le risque infectieux.

Des prélèvements particuliers, de surface et d'eau sont régulièrement réalisés, la balnéothérapie fait l'objet d'une surveillance accrue sous la responsabilité des agents d'entretien formés.

L'établissement mène plusieurs audits en rapport avec le risque infectieux: hygiène des locaux, prise en charge des escarres, pertinence de la prescription de certains antibiotiques, bonnes pratiques hygiène des mains et l'amélioration de la gestion des excréta avec l'utilisation de conditionnement à usage unique.

Des indicateurs et tableaux de bord ont été construits afin d'assurer le pilotage et le suivi de la démarche.

Le pharmacien a mis en place des indicateurs de suivi de consommation d'antibiotiques.

Chaque année, il existe une évaluation centrée sur la gestion des risques associés aux soins en particulier, les précautions standard et complémentaires, le lavage des mains, zéro bijoux, les équipements protecteurs.

Cette évaluation concerne les 2 secteurs et tous les patients hospitalisés dans l'établissement.

Un suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Des EPP sont initiées sur "le suivi microbio et environnemental du bloc opératoire", sur le circuit des déchets, la gestion du risque infectieux en balnéothérapie, la "préparation cutanée" et l'antibio-prophylaxie en chirurgie orthopédique",

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients est effectué annuellement.

Les déclarations e-sin pour le signalement des IAS sont faites si besoin.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des formations, intitulées "1/4 h hygiène", sont organisées par l'IHH au sein même des unités de soins. Il s'agit la plupart du temps de formations/action permettant de rappeler les bons usages en matière de gestion du risque infectieux (hygiène des mains, gestion des DASRI, précautions standard, etc) afin de renforcer l'expertise par le biais de formation.

L'EOH s'engage également a:

- Poursuivre les actions sur l'hygiène des mains,
- Améliorer la désinfection des dispositifs médicaux,
- Poursuivre la mise à jour documentaire.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne: très nombreux affichages dans les lieux de circulation, les lieux "collectifs" et dans les postes de soins, sur intranet.

Les supports et modalités de diffusion sont établis et communs avec ceux dédiés à la démarche qualité gestion des risques de l'établissement.

L'établissement organise des manifestations de communication en interne: journées hygiène des mains, semaine sécurité des patients chambre des erreurs "Chorégraphie hygiène des mains" incluant les patients.

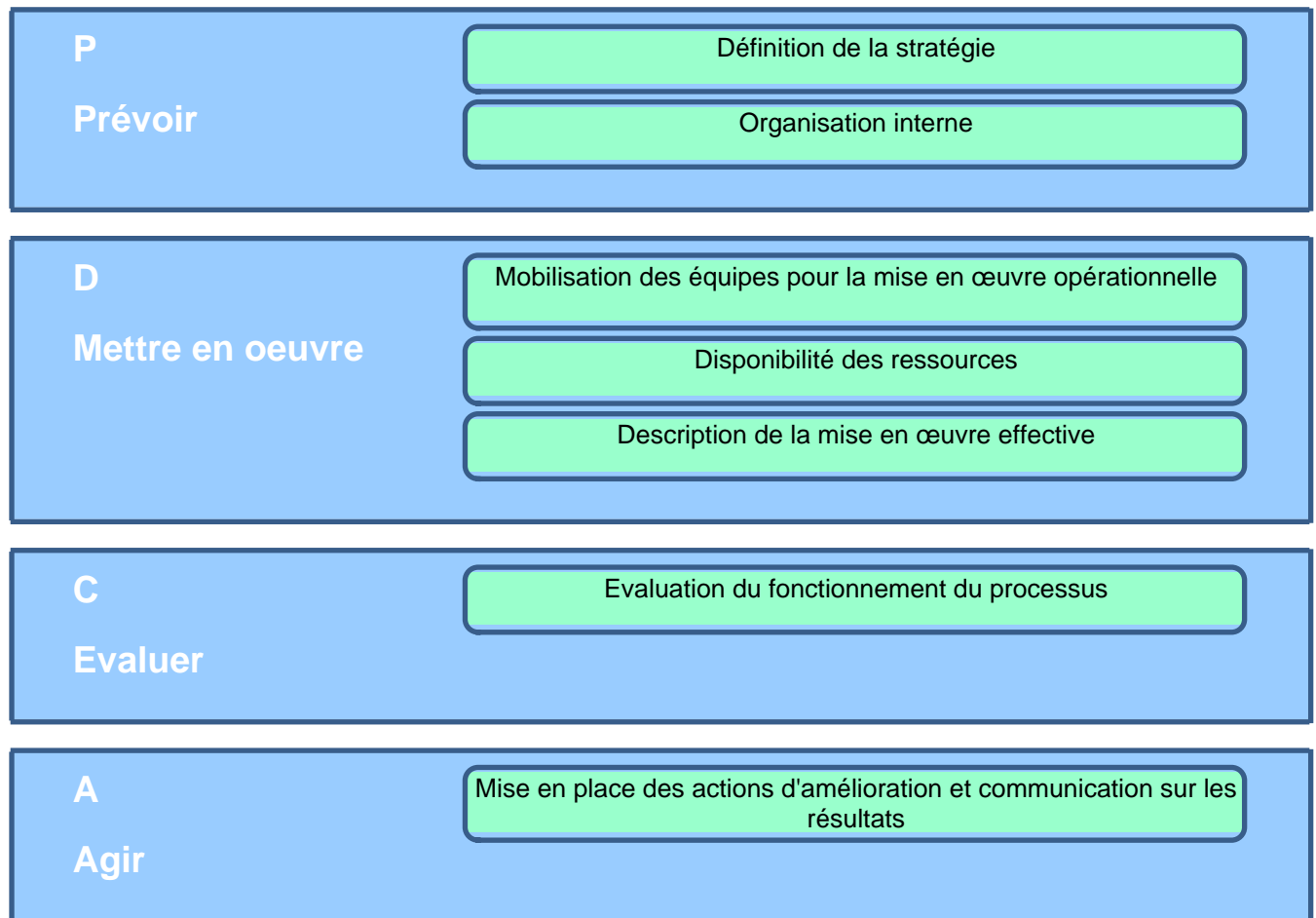
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique de Deauville, groupe Clinique Développement a inscrit sa politique du respect des droits des patients dans son projet d'établissement 2012-2016, l'a complété dans l'avenant 2017-2018 de ce projet et l'a clairement indiqué dans ses orientations stratégiques. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDU).

Une cartographie a été réalisée par le pilote du processus ainsi que par le groupe qui l'accompagne, co-pilote, Responsable Assurance Qualité et membre de la CDU. Cette cartographie des risques a été établie en fonction de différentes sources de données (analyses des plaintes et réclamations, questionnaires de satisfaction, audits, EPP....).

La hiérarchisation des risques a été faite selon la méthode HAS.

Les objectifs d'amélioration sont formalisés autour de 5 axes majeurs dans l'avenant au projet d'établissement:

- Développer la formation des professionnels,
- Développer la réflexion et la communication sur les pratiques,
- Améliorer l'information du patient et ses proches,
- Sensibiliser le personnel médical et enfin alerter en cas de situation de maltraitance.

Conformément à la méthodologie, un plan d'action est élaboré et intégré au PAQSS de l'établissement. Les risques les plus importants sont quand à eux versés au Compte Qualité. Pour chaque action on retrouve un responsable, une échéance et un état d'avancement.

Le PAQ (Programme d'Amélioration de la Qualité) est communiqué aux instances et aux professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est définie pour piloter le processus "droit des patients". Le pilotage de ce processus est assuré par le cadre de chirurgie et chirurgie ambulatoire, avec un co-pilote, la secrétaire de direction. Les rôles et responsabilités sont formalisés dans une fiche de mission signée par le pilote. La CDU est également impliquée dans ce processus.

Au regard des risques, l'établissement identifie les besoins en ressources humaines. Le plan de formation est rédigé et inclut des formations relatives au processus. Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. Il est à constater la présence d'un référent bientraitance (la directrice des soins) clairement connu et identifié. Un focus spécifique sur le risque suicidaire a également été réalisé, grâce notamment à l'installation dans les locaux du SSR d'addictologie.

Les nouveaux arrivants ont une information concernant le processus "droit des patients" via les documents qui leur sont remis (livret d'accueil du nouvel arrivant, charte de la bientraitance, charte de respect dignité - intimité) ainsi que lors de la journée d'accueil du nouvel arrivant qui se tient une à deux fois par an.

Les patients se voient remettre également le livret d'accueil lors de leur arrivée en chambre. L'information de cette remise de document est tracée dans le dossier patient. L'accès au secteur d'hospitalisation est facilité pour l'entourage, visite possible de 14h à 20h. Il est par ailleurs possible pour les personnes accompagnantes de déjeuner avec le patient en chambre.

Une organisation est également mise en place pour permettre l'accueil et la présence en continue des parents d'enfants hospitalisés.

La gestion documentaire est structurée et organisée dans le logiciel de l'établissement prévu à cet effet. La charte du patient hospitalisé est affichée dans chaque chambre. La gestion des plaintes est organisée, suivie et tracée.

Les interfaces entre les processus sont opérationnels : prise en charge de la douleur, fin de vie, accès au dossier médical, identité du patient, etc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels connaissent l'organisation définie pour garantir le respect des droits des patients et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies.

Il existe des plans d'actions propre à chaque secteur (Hospitalisation, SSR, HAD).

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les risques identifiés sur le processus "Droits du Patient".

Des actions de communication et de sensibilisation sont régulièrement menées par l'encadrement par le biais de réunions de service (dommages liés aux soins, bientraitance ...) ou lors des présentations des "1/4

d'heure qualité" réalisé par la RAQ. Les professionnels sont vigilants au respect des bonnes pratiques. L'évaluation périodique des activités et information des professionnels sur leur résultats est réalisée et tracée. Les professionnels sont informés des résultats des questionnaires de satisfaction et associés dans la mise en œuvre des actions correctives en cas de dysfonctionnement, de résultats en baisse. Ces résultats font l'objet d'une communication particulière via les réunions de services, mais également via le journal interne, le fil d'Ariane.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources en personnels, matériels et documentaires est effective. A chaque étape de son parcours, le personnel est présent pour une prise en charge en réponse aux besoins du patient. Les ressources documentaires sont présentes et accessibles via la gestion documentaire de l'établissement et connue de l'ensemble des professionnels rencontrés, et ce dans tous les services de l'établissement et sur les 2 sites (Deauville et Cricqueboeuf). Toutes les procédures nécessaires aux droits du patient sont accessibles. Il existe des procédures spécifiques pour les personnes vulnérables et pour les enfants, connues par tous les soignants rencontrés. Les supports d'informations à destination du patient sont disponibles: livret d'accueil, charte du patient hospitalisé présent dans toutes les chambres de l'établissement. Le livret d'accueil comporte un chapitre concernant le droit des patients et présente la Commission Des Usagers, on y retrouve également la charte du patient hospitalisé ainsi que la charte de l'enfant hospitalisé. Les locaux, les chambres les espaces d'accueils sont adaptés pour répondre aux attentes des familles et de leur entourage. Les chambres doubles permettent l'intimité des patients par la mise en place de paravents tant en hospitalisation qu'en ambulatoire. En ce qui concerne le site de Deauville les chambres doubles (peu nombreuses) comportent un rideau de séparation. Le matériel nécessaire est à disposition. Les postes de travail sont en nombre suffisant tant dans les services que dans les infirmeries. Les chariots de soins permettent la confidentialité des données patients. L'ensemble des salles de soins dispose d'un système de fermeture effectif et utilisé par le personnel. Les ressources en matériel et en équipements sont mis à disposition. Les locaux sont également adaptés et les dispositifs relatifs au respect de l'intimité des patients sont respectés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble du personnel rencontré connaît l'organisation et les obligations pour que les droits du patients soient respectés à chaque étape de la prise en charge. Les procédures sont connues par l'ensemble du personnel. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est effectif lors des soins dans tous les secteurs de la prise en charge (Bloc opératoire, HAD et SSR) notamment dans les chambres a 2 lits en SSR. Les patients sont informés sur leurs conditions de séjour, lors de l'arrivée dans le service. Le livret d'accueil est quant à lui déposé sur la table de chevet du patient et sa remise est inscrite dans le dossier informatique du patient. Les patients sont informés des tarifs des prestations hôtelières et des dépassements d'honoraires en amont de leur hospitalisation. Une liste du personnel parlant des langues étrangères est présente dans établissement. Il est envisagé de rajouter la langue des signes. Il existe également des livrets d'accueil dans différentes langues (anglais, allemand espagnol....). Les pratiques permettent le respect des libertés individuelles sont effectives. Les contentions sont mises en œuvre lorsque nécessaire, très rarement, et font obligatoirement l'objet d'une prescription médicale. Les mesures de précautions complémentaires en hygiène font l'objet d'une information orale auprès du patient. Les situations d'isolement sont connues, formalisées et mises en place autant que nécessaire. Des actions de formation sur la bientraitance et sur la prévention de la maltraitance sont en place, mais également sur bien d'autres sujets concernant le droit des patients. La présence d'un référent "bientraitance" clairement identifié et connu permet une diffusion et une actualisation des connaissances et des pratiques au fil de l'eau. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient: portes des chambres fermées, fermeture des fenêtres des ordinateurs portables lorsqu'ils circulent dans les couloirs, fermeture de l'ensemble des salles de soins. La satisfaction des patients est tracée à l'aide de questionnaire qui sont remis avec le livret d'accueil. Le personnel soignant est très attentif au rendu du questionnaire en rappelant la présence de ce questionnaire au départ du patient. Les patients sont associés à la construction et la mise en œuvre de leur programme personnalisé de soins. Le recueil du consentement éclairé, est réalisé et vérifié. La personne de confiance est systématiquement recherchée et tracée. Les éventuelles directives anticipées sont formalisées et recueillis par le personnel soignant quand cela est possible. Il existe un dispositif d'information des patients sur son état de santé et les soins incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins. La procédure d'annonce d'un dommage a été actualisée et connue par l'ensemble du personnel. L'évaluation de la prise en charge de la douleur est réalisée et formalisée à chaque étape de la prise en

charge. Les 3 échelles de mesure de la douleur sont connues et utilisées en cas de besoin.
Les patients sont informés des missions de la CDU au travers de la remise du livret d'accueil dans lequel on retrouve une adresse mail de contact pour être en relation avec les représentants des usagers.
Il existe un règlement intérieur de la CDU. Elle se réunit quatre fois par an. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu qui est diffusé et accessible sur la gestion documentaire interne de l'établissement. Le personnel connaît la CDU et ses fonctions.
Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est effectif dans tous les secteurs de la prise en charge (Bloc opératoire, HAD et SSR) notamment dans les chambres à 2 lits en SSR.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du respect des droits des patients et de leur satisfaction, en lien avec la CDU au travers des questionnaires de satisfaction, audits de dossier, analyse des plaintes et réclamations, délais de communication du dossier au patient. Cette évaluation est suivie via des indicateurs nationaux et internes formalisés dans un tableau de bord.
Des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre en collaboration avec les représentants des usagers.
Un bilan annuel de l'activité de la CDU est réalisé, envoyé à l'ARS et présenté en CME.

A / AGIR

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

Un réajustement des plans d'action est réalisé régulièrement via l'instance de pilotage du processus mais également via la CDU et le comité de Pilotage Qualité et Risque de l'établissement. Ce réajustement est issu des bilans et des différentes analyses des indicateurs. La cartographie du processus fait alors l'objet d'une actualisation tout comme le PAQ.
La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels via des réunions de services, le journal interne (le fil d'Ariane), et des réunions qualités.
Les indicateurs nationaux ainsi que les résultats des enquêtes de satisfaction sont affichés à l'entrée de l'établissement à l'attention des usagers.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

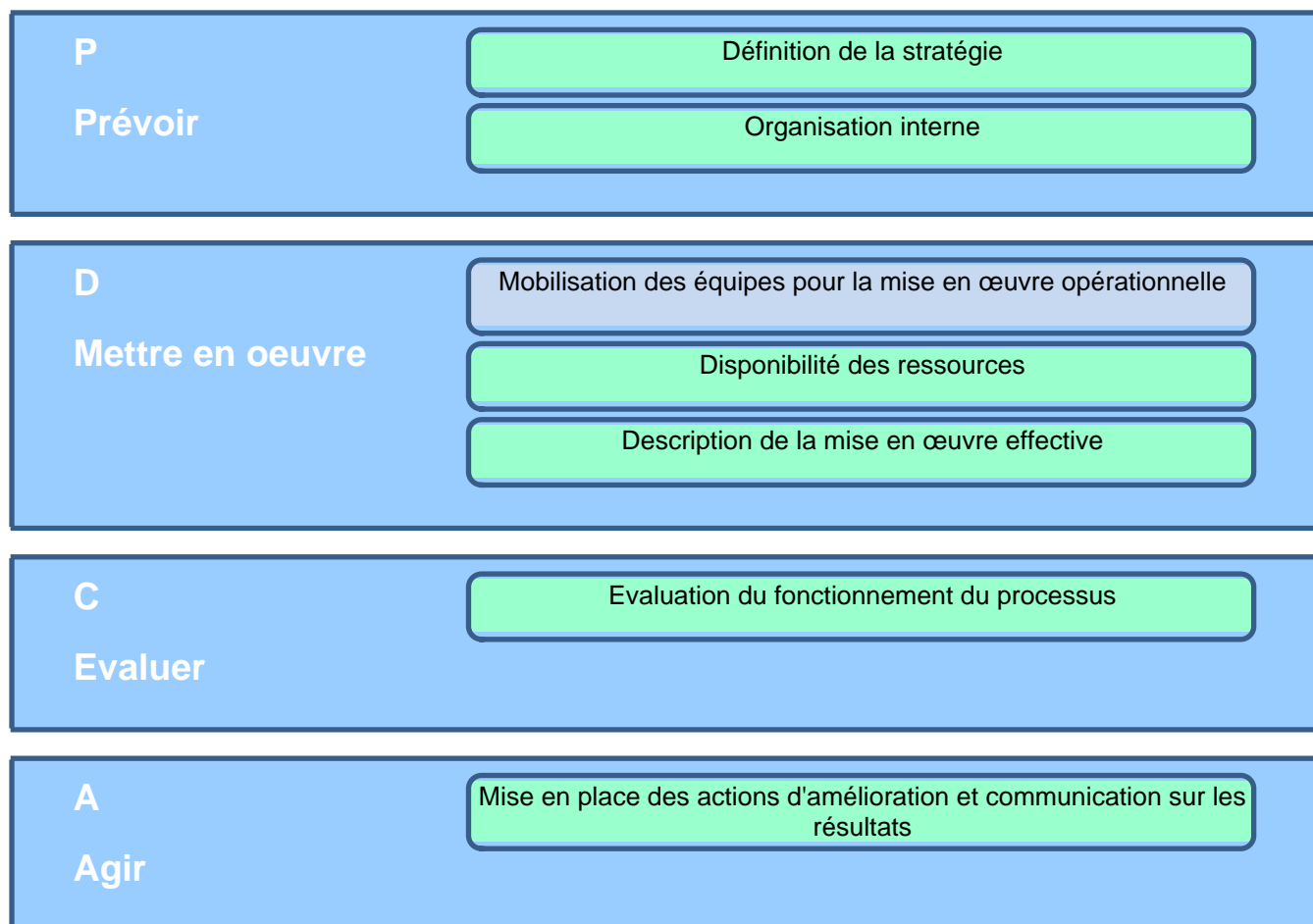
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de management de la prise en charge du parcours patient de la Polyclinique de Deauville prend en compte les orientations du plan national sur la sécurité du patient, les politiques régionales menées par l'ARS et la politique de management de la qualité et la sécurité de l'établissement.

Elle est soutien du projet médical, du projet d'établissement et de son récent avenant en attente du projet régional de santé (PRS).

Elle repose sur l'identification des besoins et l'analyse des risques à priori à l'aide des cartographies spécifiques des différents circuits à partir d'une méthodologie commune à l'établissement et à posteriori sur la base de l'analyse des fiches événements indésirables.

Elle vise à sécuriser la prise en soins des patients dès leur accueil, tout au long du séjour et jusqu'à leur sortie.

La polyclinique a une capacité de 130 lits et places d'hospitalisation répartis en:

- 35 lits de chirurgie dont 18 places de chirurgie ambulatoire
- 25 lits de soins de suite et réadaptation d'addictologie
- 70 lits de soins de suite et réadaptation polyvalent
- 1 plateau technique et 1 balnéothérapie

Les 8 axes identifiés dans les orientations stratégiques sont en adéquation avec les attentes des tutelles, et des besoins de la population du territoire de santé. La collaboration forte avec le centre hospitalier de La Côte Fleurie voisin participe à la mise en œuvre de filières de soins cohérentes (prise en charge des sevrages d'addiction par le CH et du suivi en SSR de la Polyclinique, prise en charge des urgences du CH avec suivi chirurgical à la polyclinique, etc.

Cette politique se retrouve également dans le document avenant au projet d'établissement. Elle est articulée avec les projets institutionnels (collaboration étroite avec l'ensemble des projets de l'établissement concourant à une prise en charge bienveillance des patients tout en restant à l'écoute des professionnels (amélioration constante des pratiques), centrée sur l'utilisateur, en développant et formalisant des démarches d'amélioration du parcours de soins du patient.

A partir de ce projet, se déclinent les différents projets de services pour les différents secteurs de soins.

La Commission de Soins Infirmiers se réunit minimum 4 fois par an. Lors des échanges, des plans d'actions qui en découlent sont intégrés dans le programme global qualité de l'établissement (PAQ) avec pilote, modalités de suivi (date de réalisation, pourcentage d'état d'avancement...), priorisation des risques. Le PAQ est accessible aux pilotes de processus et est réévalué annuellement. Celui-ci est totalement intégré au CQ, les actions d'améliorations définies au regard des 7 risques identifiés y ont un échéancier qui se terminent en décembre 2017 sauf pour l'une d'entre elles concernant la réflexion sur les orientations entre différents secteurs, planifiée pour janvier 2018.

Il se décline par approche processus avec un pilote nommé pour chaque processus une fiche de mission en définit les modalités de fonctionnement, d'échéance, de suivi. Le bilan annuel est transmis à la Commission Des Usagers.

ORGANISATION INTERNE

Le management est assuré par le directeur président, la directrice de site, de la vice présidente de la CME (par intérim en l'absence du président) et la responsable des soins infirmiers.

Une organisation interne est définie pour piloter le processus avec identification des rôles et des responsabilités formalisés dans la fiche de poste et la fiche de mission processus qui déclinent les actions à mener.

Les responsables des secteurs de soins, co-pilotes du processus parcours patient, promeuvent l'harmonisation et l'analyse des pratiques professionnelles au sein des différents services et des actions de formation en équipe.

La GED (gestion documentaire informatisée), accessible sur tous les postes informatiques de la polyclinique, intègre toutes les procédures de PEC des urgences vitales, spécifiques des secteurs d'activités et des vigilances, des prises en soins particulières, le livret d'accueil.

Les patients se présentant pour une urgence sont orientés vers le service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de la Côte Fleurie voisin, le suivi chirurgical si nécessaire est assuré par l'équipe chirurgicale de la polyclinique.

Une organisation est en place pour assurer la coordination entre les différents acteurs de soins (Kiné, diététicienne, psychologue, assistant du service social) et avec les secteurs d'activité (services de soins /Bloc opératoire/endoscopie/HAD), également avec les intervenants extérieurs.

L'encadrement soignant initie en coordination avec les instances de l'établissement et les services la démarche de gestion des risques dans le but de diminuer le nombre et la gravité des événements indésirables associés aux soins.

Les responsables des services sont destinataires des fiches d'événements indésirables concernant le processus parcours patient.

Une analyse de ces FEI est effectuée régulièrement en urgence pour les événements graves. Les actions d'amélioration qui en découlent viennent intégrer le PAQ de l'établissement.
Une restitution est faite à l'ensemble des encadrants lors des réunions d'encadrement.
Les interfaces avec les services médico-techniques, les professionnels de la rééducation et les services logistiques sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable des soins et les cadres soignants régulent l'activité du parcours du patient en fonction des priorités définies par les médecins et des objectifs fixés. Cette planification est réalisée en collaboration avec les plateaux techniques (blocs endoscopie...), le bureau des entrées et les secrétariats des praticiens libéraux. Une réunion hebdomadaire avec les médecins et les cadres dans les différents secteurs est réalisée afin d'optimiser la gestion des lits et mettre en adéquation la charge en soins.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est effective. Des réunions de services formelles ou informelles ont lieu et favorisent la communication.

Les Cadres/ responsable de service/pilote de processus ont un rôle de coordination qui permet :

- d'impulser la démarche d'amélioration au sein du secteur de soins en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement,
- d'assurer la conformité des pratiques en fonction de la réglementation,
- de réguler l'activité en fonction des objectifs et des priorités définies,
- de maintenir une cohérence et une communication via les réunions de services,
- de collaborer avec les différents secteurs et les instances,
- de participer au point d'activité hebdomadaire, les cadres de santé, pour optimiser la gestion des flux patient en fonction de l'activité et de la charge en soins,
- de participer aux réunions hebdomadaires avec les cadres de soins pour communiquer la vie du service et la prise en charge des patients,
- de promouvoir l'harmonisation et l'analyse des pratiques professionnelles au sein des différents services et des actions de formation en équipe,
- et d'assurer une liaison descendante et ascendante des informations.

L'encadrement soignant s'assure également de l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de terrain: patient traceur, cartographie des processus et des risques, EPP, audits, groupes de travail, ce qui a été confirmé lors des investigations "patient traceur" par les experts-visiteurs.

La mise en œuvre est opérationnelle et relayée par les groupes de travail pluridisciplinaires qui se réunissent régulièrement.

Les cadres de santé s'assurent de la conformité et de l'actualisation des pratiques en référence aux règles de bonnes pratiques.

Une forte implication du personnel des secteurs de soins et de l'accueil est à noter sur les démarches qualité initiées (FEI, EPP, tableaux d'indicateurs,...).

Le personnel des services et de l'accueil participe à la mise en œuvre des exercices de patients traceurs et des exercices de mises en situation. Ces travaux donnent lieu à du retour d'expérience qui valorise les actions menées et permet de réajuster si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation quantitative et qualitative avec l'activité et la charge en soins. L'étude de la charge en soins est réalisée au besoin.

La gestion des lits se fait sur la base d'un logiciel d'hospitalisation et de gestion de bloc opératoire.

Le dossier de consultation anesthésie n'est pas informatisé de manière homogène. Le paramétrage du dossier informatisé est en cours d'extension, toutefois, tous les médecins anesthésistes ne se le sont pas totalement approprié.

Le dossier patient informatisé est accessible sur tous les postes informatiques des secteurs de soins.

Le dossier transfusionnel est informatisé.

Une gestion documentaire informatisée (GED) est en place sur tous les postes informatiques et connue par l'ensemble des professionnels. Elle permet d'assurer une démarche qualité documentée et actualisée.

Un intranet est disponible avec système de gestion des événements indésirables, accès aux comptes rendus de réunion, accès au PAQ, tableaux de bord, audits, indicateurs, etc.

La continuité des soins est assurée avec diffusion des astreintes pour chaque spécialité (médicales, paramédicales, administratives et techniques, HAD comprise).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en soins des patients particulièrement ce qui concerne les vigilances (identitovigilance avec la pose de bracelet d'identification).

Les investigations réalisées lors des audits de processus et les patients traceurs montrent que l'analyse des données permet de définir les besoins en soins des patients et de planifier la prise en soins dans un projet de soins personnalisé.

En SSR polyvalent pour les patients atteints de troubles neurologiques suite à des accidents vasculaires cérébraux, des ateliers interactifs innovants sont proposés (ABC de l'AVC).

La bienveillance envers le patient et les professionnels (intimité, calme, confidentialité, confiance) est un axe fort que les soignants assurent.

Des actions sur ce thème sont proposées: journée de sensibilisation/charte de bienveillance.

Le dispositif d'accueil est organisé pour les admissions en urgences en collaboration avec le centre hospitalier voisin ou programmées, les consultations externes ainsi que les transferts inter-services de la polyclinique.

La permanence des soins est assurée, un système de gardes et d'astreinte est proposé, planifié et affiché dans les secteurs de soins.

Une équipe de brancardage est opérationnelle. Un partenariat avec les entreprises de transports externes est développé.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels (pour exemples les logiciels informatiques partagés par les professionnels et le PACS Imagerie).

Les partenariats avec les établissements du secteur sont développés dans le cadre du groupe mais aussi avec les hôpitaux de la région (Lisieux ,Caen etc).

Les évaluations initiales et continues médicales comme paramédicales sont tracées dans le dossier patient informatisé.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé. La réflexion bénéfique risque est tracée dans tous les secteurs et le consentement du patient est recherché dans tous les cas de situation iatrogénique.

La prise en soins repose sur les réunions pluri-professionnelles voire pluridisciplinaires (staffs, réunions de synthèse) dans les différents secteurs de soins à des fréquences différentes selon les organisations des services et en lien avec les prises en charge spécifiques.

Une démarche structurée de prise en charge des troubles nutritionnels dont la dénutrition est engagée dans les services avec la collaboration des correspondants du CLAN/service et des diététiciennes réalisant des évaluations et des enquêtes nutritionnelles particulièrement dans le cadre de la chirurgie bariatrique et du SSR addictions.

La traçabilité du dépistage et du suivi est assurée dans les différents secteurs.

Les risques d'escarres sont évalués à l'entrée du patient à partir d'une grille pour adapter la prise en soins.

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est effective et des mesures sécuritaires sont en place.

Les niveaux de douleur sont recherchés, évalués et renouvelés en fonction des algies des patients, des traitements sont proposés, la traçabilité est effective elle a été retrouvée lors de l'investigation patient traceur.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est effective: attentions significatives portées pour les patients porteurs de maladies chroniques, pour les adolescents et enfants, pour les personnes atteintes d'un handicap.

Sont tracés dans le DPI dès l'admission du patient:

- les projets de soins personnalisés initiés,
- les prises en soins particulières (personnes âgées, mineurs, risque suicidaire...),
- les consultations organisées d'annonce en cancérologie,
- la nutrition prise en charge par les diététiciennes,
- les Urgences vitales (formations, exercices de mise en situation, chariots ou sacs, une réflexion est menée dans le cadre de l'HAD pour l'acquisition d'un matériel de réanimation à minima dans les véhicules des IDE).

La sortie du patient est envisagée dès son admission et tracée dans le dossier: elle fait partie du projet personnalisé particulièrement, post-SSR vers une autonomisation totale à domicile. La continuité des soins est assurée au-delà de la sortie du patient, de plus, un relai avec l'HAD peut être proposé en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient au cours du séjour.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un tableau de bord des audits par processus permet le suivi des évaluations réalisées pour le processus "parcours du patient".

Un tableau de bord des indicateurs est suivi par les pilotes de processus.

Les résultats sont disponibles via le logiciel et présentés en réunion de service ce qui entretient une émulation et maintient un haut niveau qualité sécurité des soins, la responsable qualité impulse cette démarche.

La démarche d'EPP est effective: une très forte implication des IDE est constatée sur des thématiques de soins.

L'ensemble des EPP de l'établissement est disponible dans le tableau de bord des EPP via le logiciel Qualité.

Des exercices de mise en situation sont réalisés tout au long de l'année: Chambre des erreurs, Patient traceur, Urgence vitale, etc.

Des RMM, REMED et REX sont organisés en fonction des besoins.

A / AGIR

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

Les indicateurs, les fiches événements indésirables donnent lieu à la mise en place d'actions d'améliorations qui intègrent le PAQ de l'établissement qui est accessible à l'ensemble des professionnels, et des représentants des usagers, qui est renseigné par les pilotes des processus .

Du benchmarking et du retour d'expérience est fait en réunion entre les établissements du groupe et le centre hospitalier voisin, la responsable des soins est particulièrement attentive à ce genre d'échanges enrichissants. Les usagers sont informés du résultat des indicateurs.

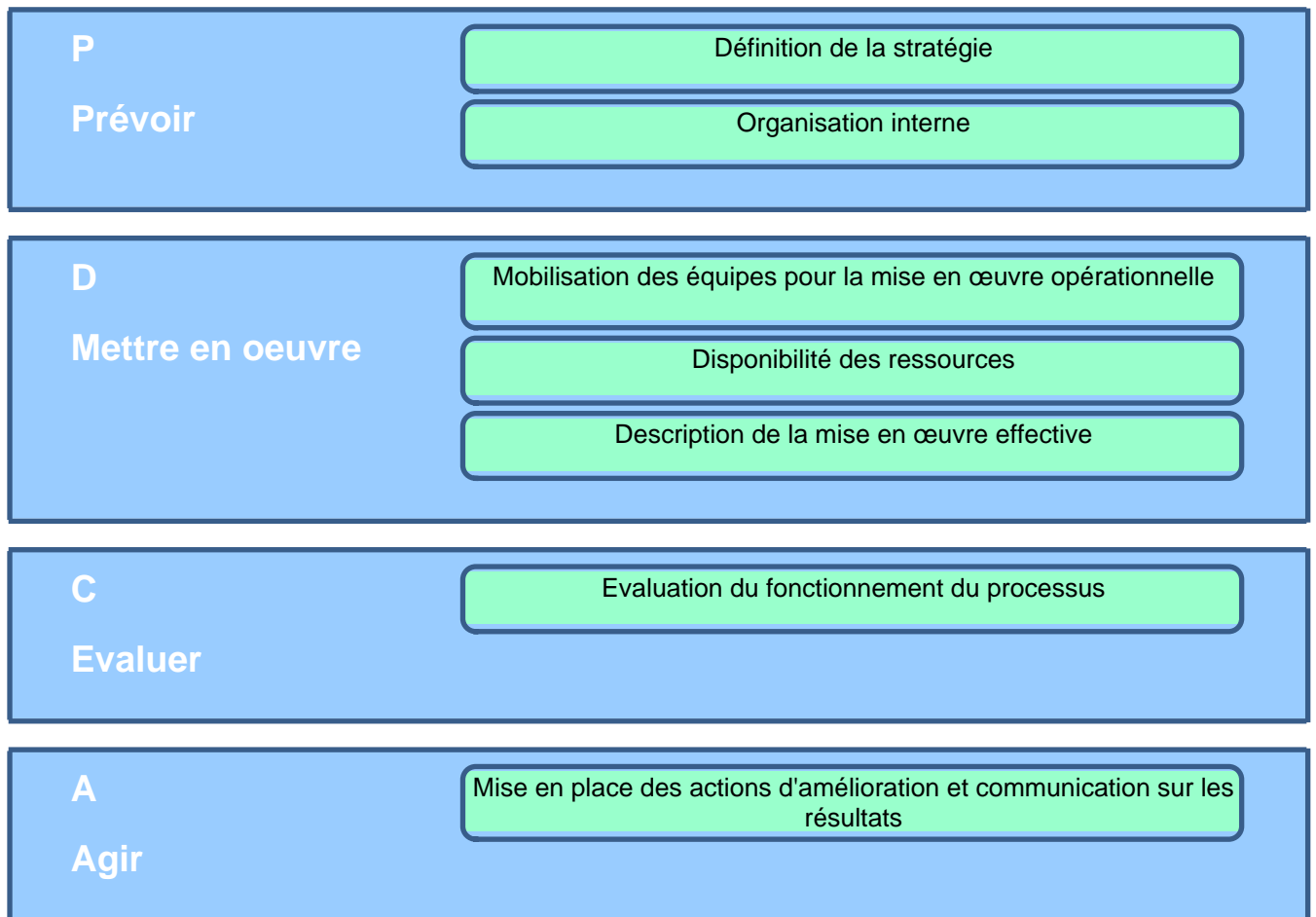
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique de Deauville a rédigé sa stratégie concernant le dossier du patient dans son projet d'établissement 2012-2016, puis dans son avenant 2017-2018. Celui-ci prend en compte la réglementation en vigueur, les préconisations du PRS, le Contrat d'Objectifs et de Moyens ainsi que les orientations stratégiques du Groupe Clinique Développement. Ainsi, il est retrouvé dans l'article 7 et 8, la politique du dossier patient et l'informatisation du dossier depuis sa création jusqu'à sa conservation, tout en garantissant le respect des délais de conservation et des procédures réglementaires sur les archives ainsi que l'accès du patient aux données qui le concernent. La politique du dossier patient constitue un des volets du schéma directeur du système d'information et de communication.

La Polyclinique a réalisé une cartographie du "Processus Dossier du Patient", et également une carte d'identité du processus pour identifier et analyser ses risques. Elle s'est également appuyée des résultats IQSS et des indicateurs HN.

A partir de la cartographie des risques, identifiée avec les professionnels, la Polyclinique a hiérarchisé ses risques selon une méthodologie définie: la cartographie des risques a été réalisée de manière pluridisciplinaire avec un groupe opérationnel en partant des différentes étapes du processus et en répondant aux exigences en termes de criticité, de fréquence et de niveau de maîtrise.

L'identification des objectifs d'amélioration est décliné dans un programme institutionnel global d'actions qui est formalisé, priorisé et unique.

Les modalités de la mise en œuvre du PAQ sont organisées avec des objectifs, des actions, des responsables, des échéances et des modalités de suivi.

De cette cartographie des risques, la Polyclinique a retenu 5 risques prioritaires dans son Compte Qualité. Une articulation entre le PAQ et le Compte qualité est réelle.

La présentation du PAQ est réalisée au niveau des instances de la Polyclinique, notamment en CME, en CODIR, en CPQR et en Commissions des Soins avec tout l'encadrement.

ORGANISATION INTERNE

Afin de couvrir les 2 sites de la Polyclinique de Deauville (Site de Cricqueboeuf et Site de Deauville), les pilotes du processus Dossier Patient ont été nommés dans une fiche de mission et sont la Directrice des Soins et un cadre du CRF (Centre de Rééducation Fonctionnelle).

La Polyclinique a mis une organisation en place pour piloter le processus Dossier du Patient.

Le dossier patient est informatisé avec un logiciel commun aux 2 sites. Un logiciel dédié HAD est en place également.

La polyclinique a identifié ses besoins et a organisé ses ressources en conséquence. Une référente DPI occupait un poste jusqu'à fin 2016 afin de finaliser les paramétrages et de former les professionnels à l'utilisation du DPI.

Pour autant, depuis son départ en formation, le Groupe Clinique Développement a formé l'ensemble de ses cadres à l'utilisation du logiciel. Le Président Directeur Général est DIM du Groupe assisté d'une TIM par site.

La formation de l'ensemble des acteurs a été réalisée pour la mise en place du dossier patient informatisé, un accompagnement des nouveaux arrivants est assuré.

La Polyclinique a mis à disposition des professionnels des outils et des formations de ceux-ci à la gestion du dossier patient.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, etc.) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein du logiciel de gestion documentaire. Elles concernent toute la gestion du dossier patient et entre autres, les règles de tenue du dossier patient informatisé (responsabilités, tenue et utilisation des documents informatiques et papier, confidentialité, composition,...), l'accessibilité au dossier des différents intervenants, la communication du dossier entre les professionnels, l'archivage, la sécurisation. L'accessibilité du patient à son dossier est organisée ainsi que son information quant à son droit d'accès.

Le parc informatique de l'établissement permet aux professionnels de tracer en temps réel les informations recueillies.

La structuration du système d'information est en place. Un plan de reprise d'activité est rédigé. Celui-ci a été élaboré avec un mode dégradé.

La gestion des interfaces et la connexion des applications aux différents logiciels utilisés en interne et en externe sont organisées et finalisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité: dossier administratif maître de l'identité, dossier de soins, dossier de consultation, dossier bloc/stérilisation, dossier de consultation d'anesthésie.

La CME, le CODIR sont consultés et prennent les décisions concernant toutes discussions autour du dossier patient. La concertation entre les professionnels est facilitée en raison de la taille de la structure et lors des échanges au cours des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires. La directrice des soins effectue des actions de communication pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement,

aussi au sein des cabinets de consultations. Les praticiens ont la possibilité d'intégrer des informations et prescriptions à l'aide d'une connexion paramétrée et sécurisée en conséquence. Les habilitations des professionnels pour l'accès aux dossiers informatisés du patient sont définies en fonction de leurs profils. La sécurisation des données informatisées est organisée via des sauvegardes informatiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins propres, le management de chaque secteur d'activité (MCO, SSR et HAD) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle et de sa stratégie en objectifs et plans d'actions opérationnelles et plus particulièrement les axes prioritaires intégrés dans le programme institutionnel (renforcer la sécurité des Soins en améliorant la continuité et la coordination et faciliter et sécuriser l'accès aux informations médicales et paramédicales).

Les cadres sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication sur la sécurité, la traçabilité, la confidentialité des accès externes, informations régulières sur l'utilisation des outils métiers, tutorat) afin d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et de la traçabilité de tous les actes ou documents qui s'y réfèrent.

Des actions correctives sont mises en place si besoin. Elles sont identifiées par le cadre de santé en collaboration avec le professionnel concerné. Le résultat est communiqué à l'équipe. Des audits sont régulièrement réalisés par la directrice des soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont assurées grâce à la fidélisation et à l'implication du personnel salarié. L'effectif est en adéquation avec les besoins de l'activité. Les formations sont planifiées annuellement.

Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement. Si besoin, la Polyclinique peut faire appel aux autres cliniques du Groupe Clinique Développement.

Tous les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues concernant la tenue du dossier patient et en particulier de la traçabilité des soins, de l'administration des médicaments, du recueil des données du patient, du suivi de la douleur, du recueil des divers consentements.

Les procédures nécessaires aux prises en charge (modalité d'accès au dossier selon le profil du demandeur, règles de tenue du dossier, règles d'accès au dossier, procédure dégradées en cas de panne) alimentent la gestion documentaire électronique. Ces règles sont diffusées à tous les intervenants dans les services. La documentation spécifique au dossier patient est accessible, actualisée et connue. Des guides d'utilisation au dossier du patient sont disponibles dans la gestion documentaire électronique. Un code d'accès et l'attribution d'un profil par professionnel sécurisent l'accès aux différents logiciels.

Des documents ou un dossier "test" notamment pour les utilisateurs du dossier patient en HAD sont également disponibles. Des tablettes sont mises à disposition des infirmières de l'HAD.

Les équipements dans les secteurs de soins sont adaptés à la prise en charge des patients des 2 sites (postes fixes, portables, tablettes en 4G, ..).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil, distribué systématiquement à son entrée. Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective et le respect du délai d'envoi du dossier, défini par la réglementation, est analysé. Ces informations sont partagées avec la CDU.

Les professionnels mettent en œuvre la procédure et les protocoles spécifiques au dossier de soin validés et diffusés en interne. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge en temps utile dans le dossier patient est assurée par l'ensemble des professionnels salariés tant au niveau administratif que soignant ce que confirment les dossiers des patients traceurs réalisés.

Les services sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis la consultation/pré-admission, l'admission, le séjour jusqu'à la sortie. Des check-lists sont intégrées au dossier afin de tracer toutes les informations données au patient et d'assurer l'exhaustivité de tous les documents papier encore disponibles (consentement, personne de confiance, courriers extérieurs). Les documents papier encore existants, non créés dans le dossier patient, sont scannés et intégrés dans le dossier informatisé. En chirurgie ambulatoire, le dossier d'anesthésie, dans sa partie per-opératoire, se présente sous format papier. Il est archivé dans une pochette kraft identifiée au nom du patient. Les différents intervenants du patient tracent dans le dossier de soins les informations concernant l'évolution de l'état de santé, les différents paramètres et le traitement des patients.

Les éléments constitutifs de la sortie sont définis et transmis en temps utile aux acteurs du suivi après l'hospitalisation.

La communication est organisée et effective entre les structures (MCO, SSR, Trajectoire, HAD et kinésithérapie à domicile ou en hôpital de jour de rééducation). La communication est également effective avec le service des urgences du CH de la Côte Fleurie.

Les interfaces entre secteurs et spécialités (anesthésie, radiologie, biologie, chirurgie, dossier de soin,

kinésithérapie, ...) sont opérationnelles.
La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge en temps utile dans le dossier patient est assurée par l'ensemble des professionnels tant au niveau administratif que soignant en MCO, SSR et HAD, comme le montrent les dossiers des patients traceurs réalisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Polyclinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Des indicateurs sont priorisés dans le projet d'établissement: taux de conformité aux audits de dossiers, nombre de fiches d'évènements indésirables, suivi des demandes de dossier des patients, délai de transmission des dossiers (< et > 5 ans).

Les indicateurs IQSS sont suivis. La cartographie des risques a identifié certains risques spécifiques qui font l'objet d'actions d'amélioration. Un tableau de bord de suivi existe avec un retour aux utilisateurs portant sur la mise en œuvre des actions correctives. Une partie des risques est intégrée au compte qualité.

Les délais pour l'accès du patient à son dossier sont suivis, conformes à la réglementation et communiqués à la CDU.

Des évaluations régulières sont conduites régulièrement sur la base des IQSS, soit au CRF soit sur en MCO par la directrice des soins. On retrouve ainsi la traçabilité de la douleur, des risques d'escarres, de la prise médicamenteuse.

L'évaluation de la gestion du dossier patient est très régulièrement suivie et notamment sur la base des indicateurs. Un tableau de bord des indicateurs est renseigné soit annuellement, mensuellement, ou trimestriellement. Ces résultats sont présentés en CME, CODIR, CQGR, et en CDU.

Des EPP sont également conduites sur la conformité autorisation d'opérer pour les patients mineurs, du remplissage de la CL.

Afin d'améliorer le processus "dossier du patient", des réunions régulières entre les cadres des urgences du CHCF et du service de chirurgie de la PCD pour évoquer les dysfonctionnements sont conduites.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Différentes actions d'amélioration sont réalisées comme par exemple:

- rappel aux praticiens en CME de l'obligation de prescrire le traitement personnel du patient à sa sortie,
- rappel aux médecins en COMEDIMS,
- mail aux praticiens de la RAQ-GR concernant la lettre de liaison,
- note d'information aux médecins concernant le contenu obligatoire de la lettre de liaison (rédaction d'un traitement à la sortie du patient),
- mise en place sur logiciel d'un formulaire type pour la réalisation des lettres de liaison conformes à Cricqueboeuf.

D'autres actions sont en cours comme par exemple:

- la réalisation des campagnes d'audits IQSS annuellement, dans le protocole et hors protocole,
- la sensibilisation des infirmières et des secrétaires médicales à insister auprès des médecins pour obtenir la prescription des traitements de sortie des patients,
- la mise en place sur logiciel d'un formulaire type pour la réalisation des lettres de liaison conformes au CRF.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Une lettre mensuelle " Le Fil d'Ariane" est également distribuée à l'ensemble des professionnels et reprend les principaux résultats.

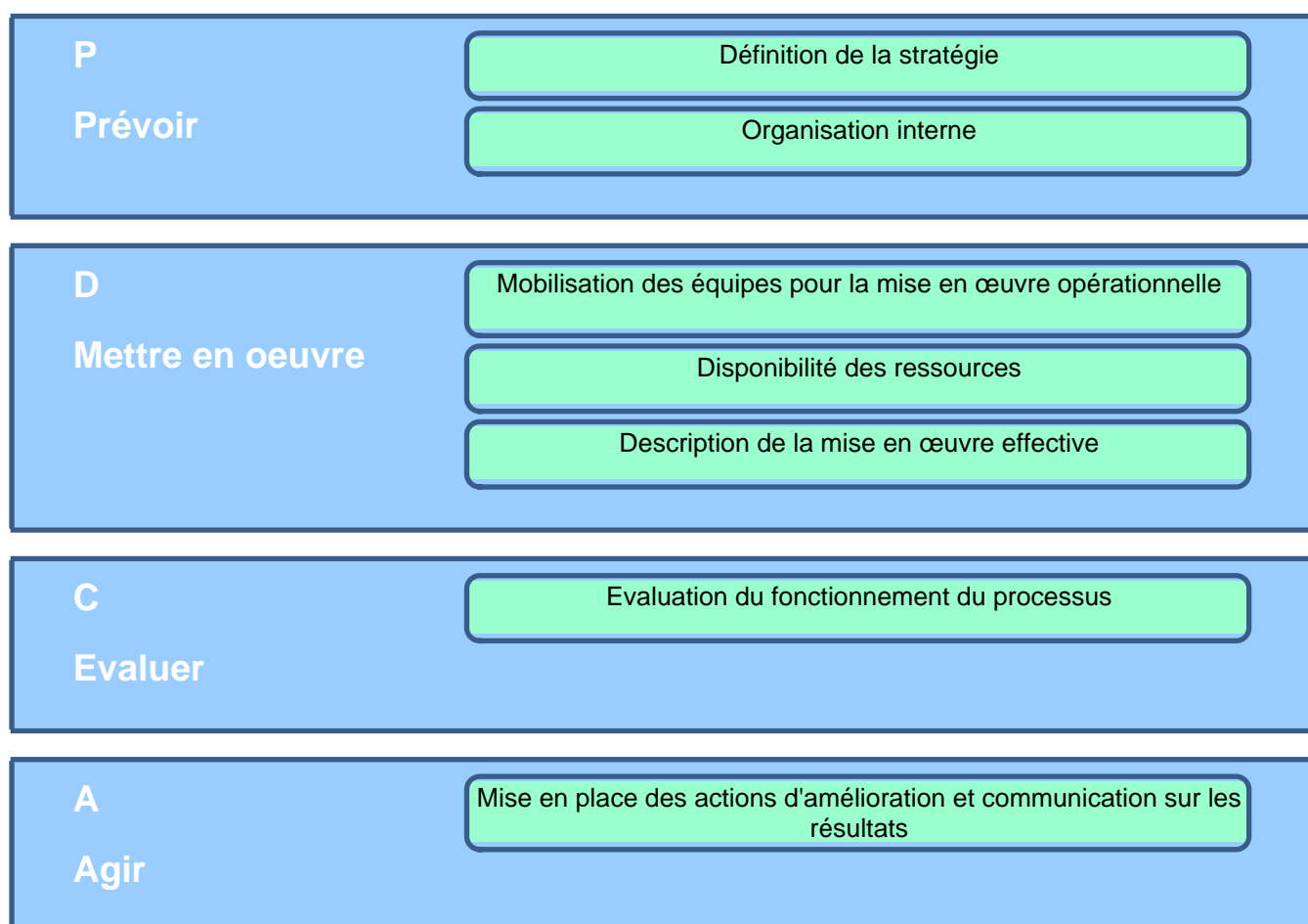
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique de Deauville a rédigé sa stratégie concernant le management de la prise en charge médicamenteuse dans son projet d'établissement 2012-2016, puis dans son avenant 2017-2018. Celui-ci prend en compte la réglementation en vigueur, les préconisations du PRS, le Contrat d'Objectifs et de Moyens ainsi que les orientations stratégiques du Groupe Clinique Développement. Ainsi, il est retrouvé dans son article 9, la politique pharmaceutique et circuit du médicament, y compris la politique de PECM des dispositions spécifiques au sujet âgé. Cette politique s'appuie également sur les EPP conduites sur les prescriptions du sujet âgé et des audits conduits. La Polyclinique a réalisé une cartographie du "Processus Management de la prise en charge médicamenteuse", et également une carte d'identité du processus pour identifier et analyser ses risques. Elle s'est également appuyée des résultats IQSS, des indicateurs HN, du CBUM, ainsi que des recommandations de la V2010.

A partir de la cartographie des risques, identifiée avec les professionnels, la Polyclinique a hiérarchisé ses risques selon une méthodologie définie: la cartographie des risques a été réalisée de manière pluridisciplinaire avec un groupe opérationnel en partant des différentes étapes du processus et en répondant aux exigences en termes de criticité, de fréquence et de niveau de maîtrise.

L'identification des objectifs d'amélioration est décliné dans un programme institutionnel global d'actions qui est formalisé, priorisé et unique.

Les modalités de la mise en œuvre du PAQ sont organisées avec des objectifs, des actions, des responsables, des échéances et des modalités de suivi.

De cette cartographie des risques, la Polyclinique a retenu 3 risques prioritaires dans son Compte Qualité. Une articulation entre le PAQ et le Compte qualité est réelle.

La présentation du PAQ est réalisée au niveau des instances de la Polyclinique, notamment en CME, en CODIR, en CPQG et en Commissions des Soins avec tout l'encadrement.

ORGANISATION INTERNE

Afin de couvrir les 2 sites de la Polyclinique de Deauville (Site de Cricqueboeuf et Site de Deauville), les pilotes du processus Management de la prise en charge médicamenteuse ont été nommés dans une fiche de mission et sont le pharmacien gérant, la Directrice des Soins et un cadre du CRF (Centre de Rééducation Fonctionnelle).

La Polyclinique a mis une organisation en place pour piloter le processus Management de la prise en charge médicamenteuse.

Un manuel d'assurance qualité de la PECM est rédigé, validé par la directrice de site, le pharmacien, la Présidente de la CME et la Responsable Qualité Gestion des Risques. Celui-ci est révisé annuellement.

Le pharmacien gérant la PUI est nommé responsable du Système Qualité du Management de la prise en charge médicamenteuse, en collaboration avec la RAQ-GR.

La Polyclinique a identifié et prévu les ressources, les moyens, les circuits relatifs à la prise en charge médicamenteuse du patient, ainsi que les interfaces pour atteindre les objectifs fixés dans sa stratégie. Un COMEDIMS est en place depuis 2005. Il se réunit régulièrement 4 fois par an avec un ordre du jour et des compte-rendus. Un règlement intérieur est rédigé. L'ensemble de ses missions est mené en étroite collaboration avec les autres comités existants (CLIN, CLUD, CME, ..).

La Polyclinique dispose d'un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures et les protocoles relatives au circuit du médicament.

Un plan de formation est rédigé et celui-ci prend en compte les formations des professionnels: des actions de sensibilisation et de formation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont conduites régulièrement au sein de la Polyclinique.

La prescription et l'administration des médicaments sont informatisées.

Les circuits et les interfaces sont décrits dans le MAQ comme par exemple la délivrance dans les services, et également les transports entre les 2 sites.

Les vigilances sont en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour appliquer les bonnes pratiques relatives au circuit du médicament.

Il existe un plan d'actions propres au circuit du médicament en lien avec la cartographie des risques sur cette thématique. Ce plan d'actions est intégré au PAQ global de la Polyclinique.

Des sensibilisations aux erreurs médicamenteuses sont régulièrement conduites par le pharmacien et les cadres.

Un système de déclaration des événements indésirables est en place.

La Polyclinique inscrit cette thématique lors des réunions pour les nouveaux arrivants et lors de la semaine de la sécurité des patients.
Des EPP sont conduites notamment sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques à dispensation contrôlée, sur la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées.
Les audits MEDIEVAL Prescription, Dispensation et Administration ont été conduits en 2016.
Les résultats sont communiqués aux différentes équipes.
Des actions correctrices sont réalisées avec les équipes suite aux FEI déclarées et ont fait l'objet d'un CREX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et matérielles sont en adéquation avec l'activité de la Polyclinique.
Le pharmacien gérant est à temps plein et est assisté par deux préparatrices équivalent à 1,5 ETP.
Les locaux de la PUI sont conformes avec un accès sécurisé. Les moyens matériels en équipements sont adaptés avec des postes informatiques disposant chacun des logiciels de prescription aussi bien pour le court séjour, le SSR et l'HAD.
Les salles de soins ont un accès sécurisé par un digicode.
La PUI fonctionne du lundi au vendredi selon les horaires suivants: de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30. En cas de besoin urgent, des conventions sont établies avec une pharmacie de ville, le CH voisin La Côte Fleurie et au cas où avec un établissement voisin du Groupe.
Un protocole " Maitrise du circuit du médicament " est à disposition des professionnels dans la gestion documentaire électronique.
Un livret thérapeutique est disponible sur les PC des infirmeries et pour les prescripteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes des 2 sites mettent en œuvre la sécurisation du circuit du médicament.
L'expression des besoins des services est régie par une dotation de service. Les besoins en médicaments et en DM sont exprimés par les services sur des documents appropriés. Deux modes d'approvisionnement cohabitent: la délivrance nominative au vu d'une prescription, la dotation. La décision du mode de prescription de chaque spécialité est conforme à la politique du médicament qui est définie en COMEDIMS.
Les prescriptions reçues par la PUI sont analysées par le pharmacien. A partir des ordonnances informatiques, les médicaments sont préparés par la pharmacie pour chaque patient, selon une périodicité variable (hebdomadaire et en semainier pour l'HAD, hebdomadaire en pochons pour le CRF et le SSRA, deux fois par semaine en pochons nominatifs pour le MCO).
Des modalités particulières de dispensation sont organisées: elles concernent les stupéfiants ou spécialités soumises à tout ou partie de la réglementation des stupéfiants, médicaments dérivés du sang, médicaments à statut particulier (anti infectieux contrôlés sur liste limitative, médicaments hors GHS, ..).
L'acheminement des produits dans les services est organisé: les médicaments sont acheminés dans les services dans des caisses plastique avec système de sécurité avec le respect de la chaîne du froid pour les produits le nécessitant. Cet acheminement est réalisé par toute personne habilitée et appartenant au service destinataire.
Pour les produits en délivrance globale: les services disposent d'une dotation déterminée en fonction de leur activité. Une fois par semaine, les services réalisent un état des lieux du stock en cours et remplissent la commande des produits à fournir.
La préparatrice réalise un approvisionnement de la dotation des services dans des caisses adaptées, identifiées au nom du service et dans des armoires identifiées.
Les conditions de transport garantissent la sécurité, l'hygiène notamment avec une désinfection régulière du véhicule.
Dans les services, les médicaments sont rangés dans les armoires à pharmacie des salles de soins.
L'administration des médicaments est réalisée par une infirmière ou un médecin. Les vérifications préalables à l'administration sont respectées (vérification de l'identité du patient, vérification de la concordance entre la prescription et le médicament préparé, ..). En cas de non administration, les IDE informent le prescripteur et le notifient dans le dossier de soins.
L'enregistrement de toute administration est tracé en temps réel en utilisant le support de prescription informatique excepté en chirurgie et en ambulatoire où les prémédications des patients sont inscrites sur un dossier papier d'anesthésie.
Les règles de prescription ne sont pas systématiquement respectées par les anesthésistes. L'infirmière ayant réalisé la prémédication valide par une croix sans noter l'heure ni sa signature comme cela a été constaté lors de la réalisation du patient traceur. Il y a un non-respect des règles de prescriptions par l'anesthésiste réanimateur remplaçant.
Pour autant, les deux anesthésistes réanimateurs titulaires de l'établissement utilisent un logiciel de consultation imposant la prescription conforme des prémédications et permettant ainsi aux infirmières de tracer l'administration de celle-ci sur le DPI de manière conforme.
La Polyclinique a remis un courrier en main propre aux médecins anesthésistes en cours de visite précisant que la prescription de la prémédication informatisée est possible.
Les médicaments personnels du patient sont retirés à son entrée. Ceux-ci sont déposés dans un contenant individuel (sac, bannette) identifié par une étiquette du patient et dans un lieu sécurisé. A la sortie du patient, sauf interdiction du médecin en charge du patient, les médicaments personnels lui

sont restitués.

Les règles de prescription à la sortie du patient ne sont pas systématiquement toujours respectées. Lors d'un patient traceur, le poids de l'enfant n'est pas noté, ni la posologie du médicament. Toutefois, cet événement semble exceptionnel. Par ailleurs, les dossiers consultés en visite n'ont pas montré d'anomalie dans les prescriptions de sortie.

Le circuit du médicament constitue un axe prioritaire pour lequel l'établissement a mis en œuvre des actions significatives en termes d'audits, de sensibilisation/information des professionnels et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Un rappel a été fait au praticien en cours de visite par le PDG de la Polyclinique.

Dans chaque service ainsi qu'à la PUI, les médicaments, les DM et les solutés sont contrôlés tous les mois par les IDE du service.

Les médicaments à risque font l'objet d'une attention particulière: étiquetage, conditionnement, règles d'utilisation. De nombreux documents sont réalisés type Flyers à l'attention des professionnels.

Le transport des stupéfiants sur le site de Deauville est effectué par le pharmacien.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie est effective.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est effective avec la mise à disposition de plaquettes ainsi que dans le livret d'accueil.

La Polyclinique a recours au Centre d'Appel NormAntibio en cas d'un avis d'infectiologue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Polyclinique réalise de nombreux audits (médicaments chez la personne âgée, pertinence des antibiotiques, audits croisés avec l'Omédit, retrait du traitement personnel du patient à l'arrivée, ...). Différents EPP en lien avec le circuit du médicament sont également réalisées.

Les FEI liées au circuit du médicament dont les déclarations d'erreurs médicamenteuses font l'objet d'un recensement et d'un traitement soit en CREX, ou en RMM.

Les FEI font l'objet d'une analyse collégiale a posteriori lors de CODIR FEI.

Chaque CREX fait l'objet d'un plan d'actions. Le bilan des FEI est effectué par le pharmacien et la responsable qualité. Il est présenté lors du bilan de la COMEDIMS et du CPQR. De nombreux indicateurs sont en place avec un suivi régulier.

A / AGIR

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

Le suivi des indicateurs, les résultats des audits, les EPP ont permis de mettre en place des actions d'amélioration.

Chaque action mise en place est menée par un responsable, un échéancier et si possible un indicateur de suivi.

La Polyclinique a mis en place un programme de DPC " circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse" sur une journée.

Les résultats des audits sont affichés et font l'objet d'articles dans le journal mensuel " Le Fil d'Ariane".

Une articulation avec le PAQ global est réalisée régulièrement.

Les résultats sont également présentés lors des différentes instances.

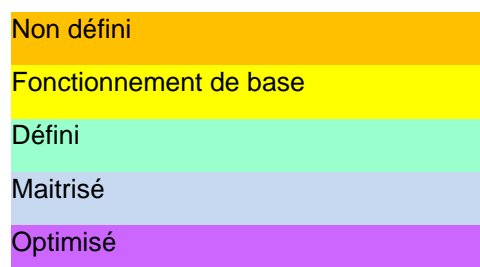
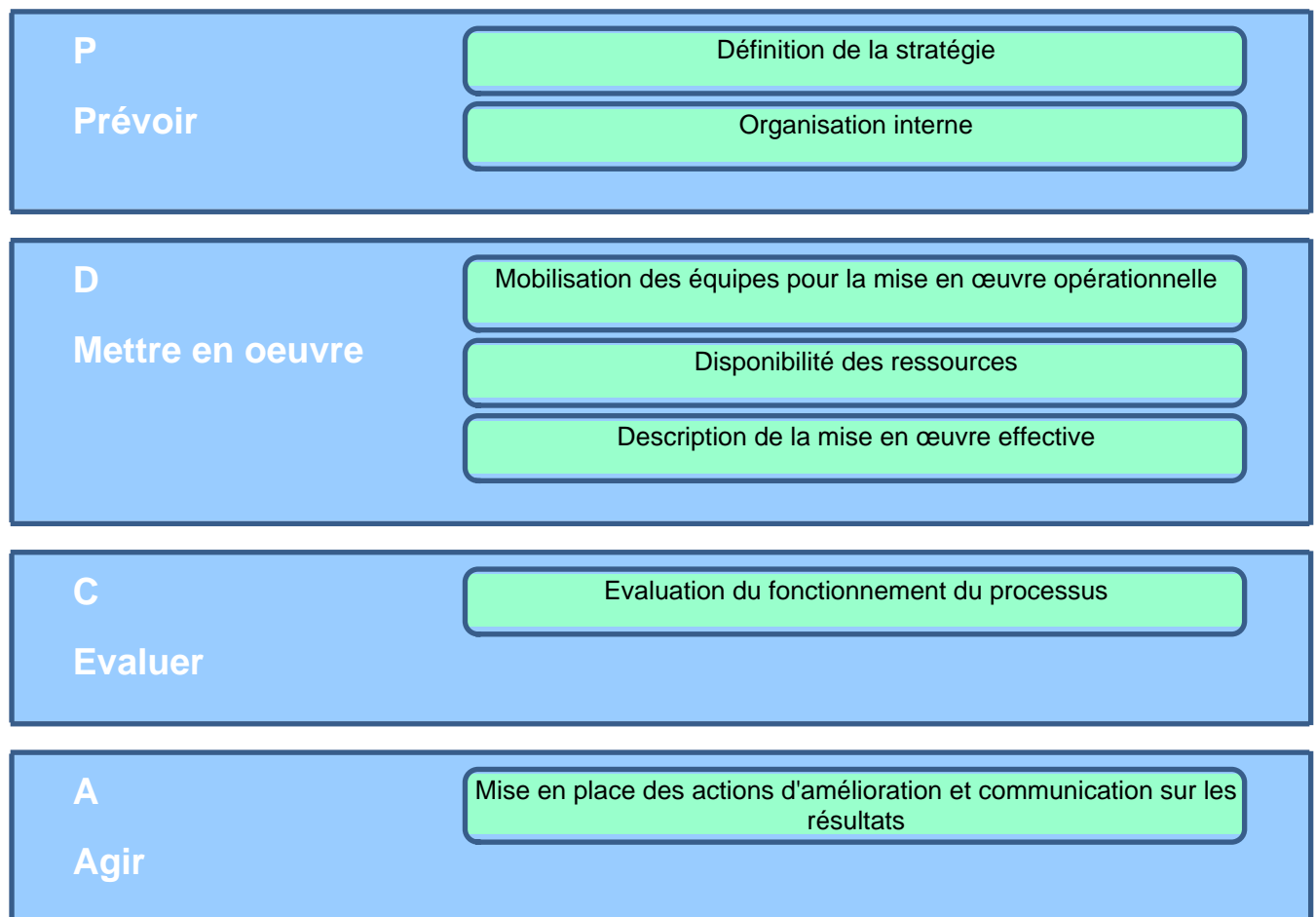
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique de Deauville, Groupe Santé Développement, réalise une activité interventionnelle, sur le site de Deauville, en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire. Le bloc est situé au 1er étage comportant 6 salles (dont 5 uniquement sont fonctionnelles, la 6ème salle étant utilisée comme rangement) avec 8 postes de SSPI et 2 postes pour l'extubation. Les activités chirurgicales sont la chirurgie urologique, orthopédique et traumatologique, neurochirurgie, viscérale, ORL, ophtalmologie, plastique, gynécologie et stomatologie. Les salles 1 et 3 sont classées ISO 5 et dédiées aux activités de chirurgie orthopédique et ophtalmologie. Les 4 autres salles sont classées ISO 7.

L'unité d'ambulatoire, au 1er étage, contigüe du bloc opératoire, comporte 16 lits-brancards dont 3 sont localisés en chambres doubles. Il existe également 5 fauteuils dédiés aux activités de cataracte et de chirurgie sous locale.

L'identification et l'analyse des missions et des objectifs sont inscrites dans le projet d'établissement 2012-2016 et son avenant pour 2017-2018, validés par les instances CoDir et CME. Il précise en particulier le développement de la chirurgie ambulatoire, des renforts chirurgicaux ainsi que les RCP pour les patients chirurgicaux, s'inscrivant également dans des objectifs territoriaux décrits dans le CPOM 2013-2018.

L'activité globale pour 2016 est de 5815 actes interventionnels (1500 endoscopies) dont 3793 actes réalisés en ambulatoire.

Une analyse des risques à priori a été actualisée avec les pilotes, le service qualité et les professionnels en 2016 à partir du parcours du patient au bloc opératoire et des dysfonctionnements constatés (Fiches d'Événements Indésirables, indicateurs...), au regard des besoins et des missions propres à l'établissement.

Quatre risques ont été identifiés et intégrés au compte qualité. Ces risques sont hiérarchisés et donnent lieu à 4 plans d'action ou à des mesures de traitement des risques pour lesquels les objectifs, les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi sont définies. Les actions identifiées ont été intégrées à un programme d'actions institutionnel, priorisé, formalisé et validé par les instances (Codir et CME).

ORGANISATION INTERNE

La polyclinique de Deauville a mis en place une organisation interne pour piloter le processus bloc opératoire. Il s'agit du cadre de santé du bloc, et de deux copilotes : une infirmière hygiène et une responsable hôtelière. Le conseil de bloc élargi est l'instance de pilotage mise en place, à laquelle participent le président de la CME, le président du CLIN sur invitation, le service qualité sur invitation, la direction, le médecin coordonnateur du service de chirurgie ambulatoire, les cadres de santé et tous les chirurgiens et médecins anesthésistes réanimateurs. Ses missions sont spécifiées dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire, actualisée en septembre 2017. Il existe également une charte de fonctionnement de l'unité chirurgicale ambulatoire mise en place depuis avril 2017. Les pilotes et copilotes ont reçu une lettre de mission décrivant leurs missions et leurs activités.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines tant en effectif qu'en compétences. Il existe un plan de formation institutionnel (AFGSU, hémovigilance, incendie...) et un accompagnement personnalisé des nouveaux arrivants IBO/IDE. Il existe également un plan de formation spécifique comme pour les IDE de SSPI.

Pour la prise en charge des "urgences" chirurgicales 7j/7, 365 j/365, l'établissement a mis en place plusieurs lignes d'astreinte médicale et paramédicale dont certaines répondent à la Permanence des Soins en Établissement de Santé avec un médecin anesthésiste-réanimateur, un chirurgien urologue, un chirurgien orthopédiste et deux IDE au bloc opératoire (astreinte de 18h30 à 8 h et du samedi 8 h au lundi 8 h, et également les jours fériés). Il n'y a pas d'IADE d'astreinte.

Les ressources documentaires sont prévues et intégrées au logiciel de l'établissement.

La clinique prévoit les ressources matérielles nécessaires pour répondre aux objectifs et aux besoins et permettre la prise en charge des patients, tout en assurant un plan de maintenance préventive et curative. Un tableau des maintenances préventives est géré par la cadre du bloc. Les maintenances sont annoncées.

Les différents circuits (patient, personnel, déchets) sont définis ainsi que les différentes interfaces: la stérilisation, les laboratoires, l'EFS, le laboratoire d'anatomopathologie (possibilité de faire une lecture des prélèvements extemporanés dans un local au bloc opératoire 1 fois toutes les 6 semaines), les services techniques, l'EOH, les services d'hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire. Lorsque les interfaces sont externalisées, il existe des conventions établies et actualisées comme avec le Centre Hospitalier de la Côte Fleurie pour les urgences chirurgicales et la stérilisation à la Clinique de Lillebonne. L'échange des informations et la coordination entre les différents secteurs sont organisés (fiche de liaison service - bloc...).

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel de la démarche qualité sécurité, est assuré par la cadre de bloc et la cadre de l'unité de chirurgie ambulatoire, appuyé par le conseil de Bloc.
 La cadre de bloc et le cadre de l'UCA relaient les objectifs, les actions et les résultats auprès de leurs équipes lors de réunions de service réunissant l'ensemble des professionnels paramédicaux. Les compte-rendus sont communiqués aux professionnels par affichage, communication directe et logiciel de gestion documentaire. Les responsables de chaque secteur s'assurent de la conformité des pratiques établies dans la charte du bloc ou dans la charte de l'unité de chirurgie ambulatoire. Des évaluations des pratiques professionnelles ont également menées, par exemple "surveillance microbiologique et environnementale au bloc opératoire" en juillet 2016, "gestion des déchets" en janvier 2017 et conduisent à des actions correctives.
 Les Événements indésirables sont intégrés au système institutionnel : 26 EI ont été déclarés en 2016 sur le bloc opératoire. 4 CREX ont été réalisés depuis 2015. Des plans d'actions sont mis en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La Polyclinique de Deauville met à disposition les ressources humaines en adéquation avec l'activité et conformes aux besoins.
 Il existe des fiches de poste pour les différentes fonctions des paramédicaux au bloc opératoire (cadre, infirmière de bloc, brancardier, agent de stérilisation...).

Les formations des professionnels paramédicaux sont réalisées en interne ou par des prestataires extérieurs et sont suivies. Les nouveaux arrivants ont un séminaire d'intégration d'un jour institutionnel avec des formations hygiène, sécurité incendie, sécurité médicamenteuse. Un tutorat est mis en place jusqu'à une autonomie dans la fonction IBO (tutorat de 3 mois). Il existe également un plan de formation suivi et l'actualisation des connaissances.
 Toutefois, les formations à la radioprotection des travailleurs ne sont pas toutes réalisées en particulier pour les médecins anesthésistes réanimateurs et les IADE.
 Il existe plusieurs référents au sein du bloc opératoire : PCR, responsable hémodynamique, COMEDIMS, douleur,...

Les ressources documentaires sont intégrées au système documentaire institutionnel.
 Les ressources en locaux sont pour la plupart adaptées aux besoins et fonctionnelles.
 Les matériels nécessaires aux interventions sont disponibles et fonctionnels dans les différents secteurs d'activité. Il existe une maintenance assistée par la cadre de bloc.
 Cependant, le "maintien d'un air maîtrisé" dans les couloirs de circulation et les arsenaux stériles du bloc opératoire n'est pas assuré.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité (bloc opératoire et UCA chirurgicale) ont mis en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne défini dans les chartes.
 Les planifications opératoires sont faites pour leur grande majorité par les praticiens ou par les secrétaires des différents cabinets médicaux en fonction des vacances opératoires, pour le jeudi de la semaine précédente, dans le logiciel dédié. En cas de besoins spécifiques et d'urgence, un contact direct avec le cadre de bloc est pris (urgence, déprogrammation...). A noter une coloration des étiquettes bleues pour les programmations non validées par la cadre de bloc.
 Le programme opératoire est actualisé la veille dans l'après-midi. Il est accessible par les différents secteurs.
 La validation de programmation opératoire, le jeudi de la semaine précédente est mis en place avec les cadres des différents secteurs (Bloc et Ambulatoire), un médecin anesthésiste et un chirurgien, conformément à la charte du bloc opératoire.
 Les patients assis ou couchés sur des brancards sont accompagnés au bloc opératoire par un brancardier extérieur dédié, avec leur dossier. La consultation d'anesthésie est réalisée et tracée soit sur une feuille dédiée jaune soit sur informatique et imprimée.
 Les patients sont accueillis et pris en charge par un brancardier interne au bloc opératoire et accompagné jusqu'à la salle interventionnelle prévue. La régulation quotidienne est assurée permettant le respect de la programmation et la sécurité des patients par les cadres de secteur et les médecins anesthésiste réanimateurs. Il existe une fiche de liaison service – bloc opératoire.
 La check-list opératoire de sécurité de la HAS est mise en œuvre systématiquement, pour tout acte programmé ou réalisé en urgence, sous anesthésie générale ou non. Elle est actualisée dans sa version 2016 et informatisée depuis août 2017.
 La traçabilité des DMI est organisée et effective. Elle est pour le moment effectuée sur papier pour des problèmes de lecture de douchette. Les vérifications des ouvertures des salles interventionnelles sont effectuées par les professionnels ou pour la partie anesthésique (matériel en salle et en SSPI) par les professionnels et tracés électroniquement.
 La traçabilité des actes est informatisée dans la feuille d'écologie avec en particulier les tops horaires des

heures d'entrée et de sortie des patients. Ils sont repris à posteriori afin de permettre la mise à disposition d'indicateurs quantitatifs comme le TROS, le taux de débordement, le pourcentage d'interventions faites en urgence. Pour les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire, un appel de la veille est effectué (vendredi S-1 pour le lundi) et tracé sur un document informatisé (précisions sur heure d'entrée, documents nécessaires, la toilette pré-opératoire...). L'appel du lendemain est assuré par l'IDE (le lundi pour les actes du vendredi), tracé également informatiquement. Différents indicateurs sont également relevés.

La gestion des interfaces avec les unités d'hospitalisation est organisée avec :

- Une fiche de liaison service bloc, renseignée et insérée dans le dossier patient informatisé,
- Le compte-rendu opératoire, imprimé et mis dans le dossier patient, avec en particulier la traçabilité des DMI.

Les interfaces avec les autres secteurs sont également opérationnelles (fiche de liaison avec la stérilisation, accès aux examens biologiques...).

Les prélèvements microbiologiques ou particulières (eau, air et surfaces) sont planifiés, réalisés par un prestataire extérieur et suivis par en particulier le cadre de bloc et l'EOH.

Les traçabilités sont assurées (chariot d'urgence adulte et enfant, frigidaires...).

Les règles de bonnes pratiques de traçabilité en post-opératoire sont respectées (signature de la sortie de SSPI, horodatée par le médecin anesthésiste réanimateur et signature de sortie de l'unité ambulatoire par le chirurgien).

Des réunions d'informations sont réalisées et tracées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa politique à l'aide d'indicateurs nationaux IQSS (TDA 82 % en 2016) et des indicateurs d'efficacité tels que l'activité globale, taux de chirurgie ambulatoire, nombre d'urgences, nombre d'interventions annulées, etc.

En chirurgie ambulatoire, plusieurs indicateurs sont également suivis comme le nombre d'appels aboutis ou le nombre de ré-hospitalisation.

Plusieurs EPP ont été réalisées. Les indicateurs et les résultats d'évaluation sont transmis aux professionnels.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration décrites dans le compte qualité sont suivies par les pilotes. Elles sont intégrées et articulées avec le PAQ.

Le suivi des indicateurs, les résultats des évaluations et les retours d'expérience conduisent à l'identification d'actions d'amélioration structurées, validées par le conseil de bloc.

Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. L'affichage requis des IQSS à destination du public est effectif.

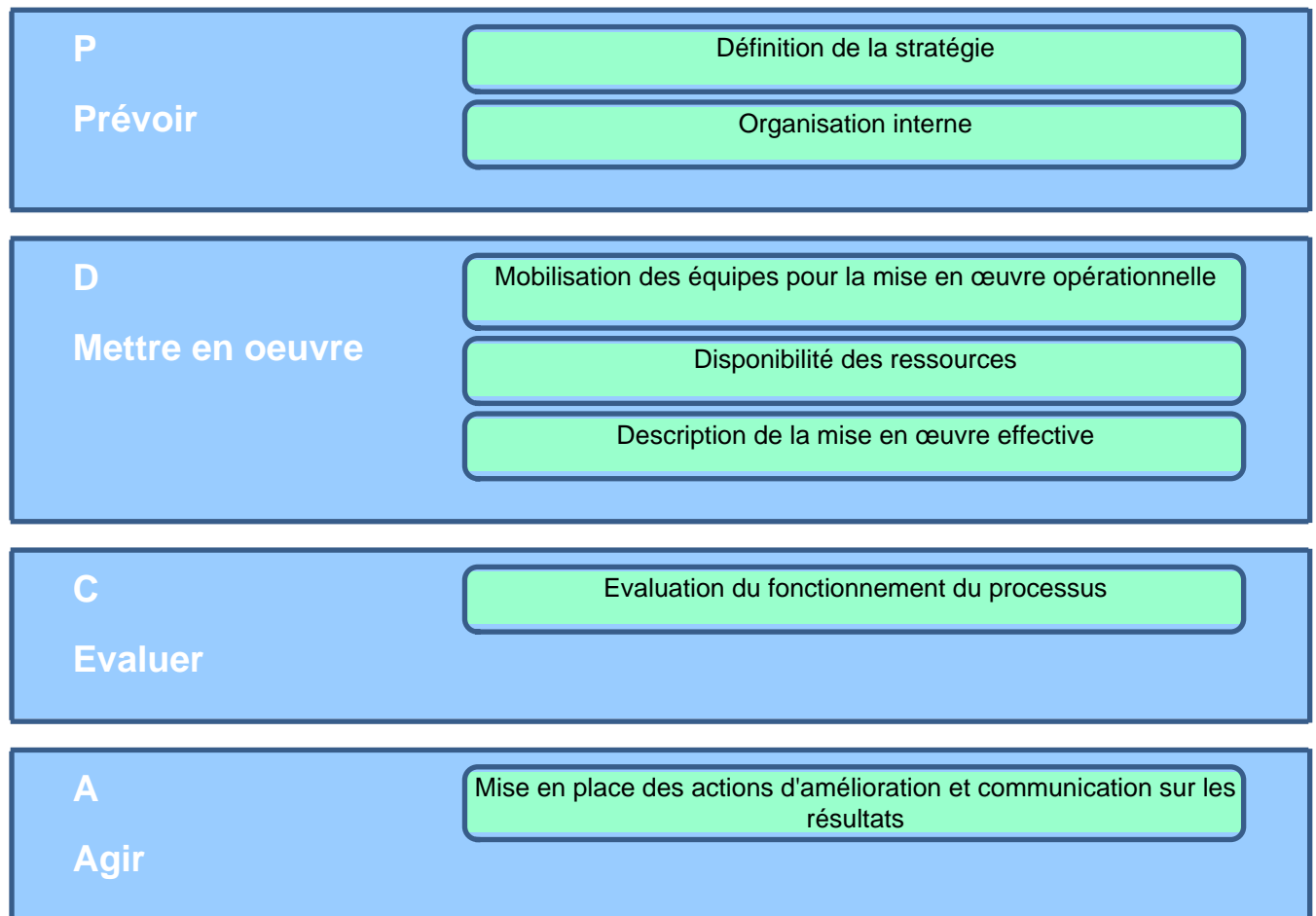
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique de Deauville a une activité d'endoscopie intégrée au bloc opératoire du site de Deauville, tant pour les gestes sous anesthésie générale que les actes réalisés en externe.

Il existe une salle dédiée (salle 5), contiguë au sas de transfert des patients, et attenante à la salle de traitement des endoscopes, comportant une paillasse avec 4 bacs, 1 Laveur Désinfecteur Endoscopes (LDE) avec une seule cuve et une armoire à rangement vertical. La porte d'accès à la salle de traitement des endoscopes donne directement dans la salle interventionnelle. Il existe de plus un accès direct pour les patients venant en externe.

Les différents actes réalisés sont essentiellement digestifs : gastroscopie, coloscopie, duodéoscopie, échographie endoscopique (diagnostique et thérapeutique), cathétérismes pancréatiques rétrogrades endoscopiques (CPRE) en particulier. Pour l'endoscopie bronchique éventuelle, un fibroscope est mis à disposition. Pour les endoscopies urinaires, un endoscope est disponible. L'activité de 2016 a été de 1500 gestes endoscopiques.

La stratégie d'endoscopie est intégrée au projet d'établissement 2012-2016, toujours valide.

Il existe une analyse des risques a priori actualisée en 2017. Elle identifie les risques en lien avec les processus de réalisation et d'autres en lien avec les processus supports.

Quatre risques ont été identifiés. Un plan d'actions a été élaboré avec les professionnels et les actions intégrées dans le compte qualité avec les modalités de mise en œuvre (objectif, action, responsable, échéance et modalité de suivi). Il est intégré au PAQ institutionnel, validé en CODIR et CME.

ORGANISATION INTERNE

La Polyclinique de Deauville a mis en place une organisation interne avec comme pilote, la cadre de santé du bloc opératoire et comme copilote, l'infirmière hygiéniste. Ils disposent d'une lettre de mission spécifique.

Les besoins en ressources humaines nécessaires (effectifs et compétences) sont identifiés, tant pour la prise en charge des patients lors de la réalisation de l'acte d'endoscopie sous anesthésie ou en externe, que pour le nettoyage et le traitement des endoscopes ainsi que la traçabilité des différentes opérations.

Afin d'assurer la prise en charge des endoscopies digestives en urgence, une liste de praticiens est mise à disposition des professionnels. Un créneau est libéré en général le lundi matin pour permettre la réalisation des actes en urgence.

Il existe une gestion documentaire informatisée et les protocoles ont intégrés l'instruction de juillet 2016 comme par exemple "prélèvement de l'eau de rinçage du LDE".

Les documents d'enregistrement ou de traçabilité (acte, endoscope, risque ATNC...) sont identifiés et élaborés tout comme les documents d'information pour les professionnels (fiches de poste, liste d'astreinte ...).

Il existe un projet de plan de travaux pour le réaménagement de la salle de traitement des endoscopes au bloc, en lien avec l'EOH, les professionnels et les services techniques, pour les années 2017-2018 (plan d'action du compte qualité).

Le parc des endoscopes a été augmenté récemment. Il est en nombre suffisant. Il existe une maintenance préventive gérée par la cadre de bloc pour répondre aux besoins et aux objectifs d'activité d'endoscopie. La maintenance curative est également assurée.

Les différentes interfaces (services d'hospitalisation, laboratoire anatomo-pathologie, EOH..) sont organisées. La coordination entre les différents secteurs d'hospitalisation ou en externe est effective.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre de bloc est en charge de la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient, selon la charte de fonctionnement du plateau technique d'explorations digestives, actualisée en 2017. Il s'assure de la conformité des pratiques et informe les professionnels.

Plusieurs EPP ont été réalisées :

- Septembre 2015 : audit du GREPHH
- Aout 2016 : suivi microbiologique eau-air-surfaces + prélèvements endoscopes
- Janvier 2017 : déchets et évacuation des effluents

Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et connaissent le système de recueil des EIAS. Les signalements sont intégrés aux statistiques de ceux du bloc opératoire. En 2016, un EIG a été signalé et une RMM a été organisée avec les professionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont adaptées tant en effectif qu'en compétences. Il existe des fiches de poste spécifiques (cadre, IDE, AS...). Les formations spécifiques ou institutionnelles sont suivies. Les effectifs et les compétences prévus pour les professionnels sont en place et appropriés pour la prise en charge des endoscopies.

Les formations réglementaires (incendie, hygiène..) sont réalisées et suivies. Des formations spécifiques à l'endoscopie sont réalisées : hygiène en endoscopie (prestataire extérieur) en septembre 2017, LDE juin 2017 (formation par le fournisseur à l'installation du LDE), formation sur les prélèvements en cas de non-conformité en septembre 2017.

Les nouveaux arrivants paramédicaux participent à une session d'intégration institutionnelle sur 1 jour regroupant l'ensemble des formations obligatoires et un accompagnement spécifique par compagnonnage, dans l'attente de leur participation aux formations spécifiques programmées.

Les documents permettant une prise en charge sécurisée du patient sont mis à la disposition des professionnels.

Les équipements et matériels prévus pour l'activité d'endoscopie sont disponibles, adaptés et entretenus. Le parc d'endoscopes digestifs est suffisant. Les opérations de maintenance sont suivies.

Pour le traitement des endoscopes, il existe une salle avec une paillasse manuelle de 4 bacs, un laveur-désinfecteur d'endoscopes mono cuve, et une armoire de stockage vertical. Cependant, la salle de traitement des endoscopes située au bloc opératoire 1er étage ne permet pas le respect de la marche en avant et doit faire l'objet de réaménagement.

C'est ainsi que, des plans de travaux devant débuter en décembre 2017 avec une échéance prévue en décembre 2018, ont été présentés aux experts. Le risque est connu de l'établissement et est pris en compte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité ont mis en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne des activités d'endoscopie.

La planification des actes est faite par les gastro-entérologues sur leurs vacations opératoires offertes. Les patients sont programmés dans le logiciel prévu par les secrétaires des praticiens pour les actes en externe ou par les secrétaires d'anesthésie lorsque le geste est sous anesthésie générale. Le risque d'ATNC est spécifié. La majorité des actes est réalisée sous anesthésie générale.

La régulation de l'activité quotidienne est assurée par la cadre et permet d'assurer la continuité de la prise en charge et la sécurisation.

Les compétences et les effectifs de professionnels permettent la réalisation des endoscopies et le traitement des endoscopes 24h/24 en cas de besoin.

Les endoscopes sont tous identifiés par un numéro.

La traçabilité de l'ensemble des étapes de la prise en charge de l'endoscope est assurée : pré-traitement avec l'identification du professionnel et des différentes étapes réalisées, édition du ticket du LDE (1 sur la feuille qui suit l'endoscope et un archivé en plus), type d'acte et identité du patient.

La prise en compte du risque ATNC est systématiquement réévaluée en pré-opératoire et est tracée sur une feuille spécifique, de même que l'utilisation de DMI si besoin. La Check-List sécurité du patient endoscopie est réalisée et informatisée. Les compte-rendus des actes interventionnels sont faits et intégrés dans le dossier du patient. Néanmoins, la traçabilité n'est pas toujours effectuée dans les compte-rendus d'examen d'endoscopie (type et numéro de l'endoscope, type de l'appareil utilisé et dose reçue par le patient en cas de CPRE).

La planification, la réalisation et le suivi des prélèvements microbiologiques est assurée par un prestataire extérieur et sont suivis a minima par l'EOH et la cadre (LDE, surfaces...). Les résultats sont transmis et conservés. En cas de non conformités, de nouveaux prélèvements sont réalisés.

Il existe une procédure de séquestration de l'endoscope. Les endoscopes séquestrés sont isolés dans un bac marqué "séquestré", sous la paillasse manuelle dans le local de traitement des endoscopes.

Il existe une maintenance préventive. Les prêts de matériel sont plus qu'exceptionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement diffuse des tableaux de bord interne d'activités et met à disposition une déclaration électronique des EI.

Des audits et/ou EPP ont été menés comme l'audit du GREPHH en 2015 pour les endoscopes souples non auto-clavables avec canaux.

Plusieurs indicateurs de suivi ont été mis en place depuis janvier 2017 comme le nombre de prélèvements positifs en endoscopie, nombre d'EIG, nombre de FEI.

Une évaluation quantitative et qualitative périodique des activités est réalisée et communiquée aux professionnels lors des réunions de service.

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

Les résultats des évaluations ainsi que le développement des actions d'amélioration inscrites dans le compte qualité sont suivies par les pilotes, et intégrées dans le PAQ. Les résultats sont communiqués aux équipes et aux instances.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

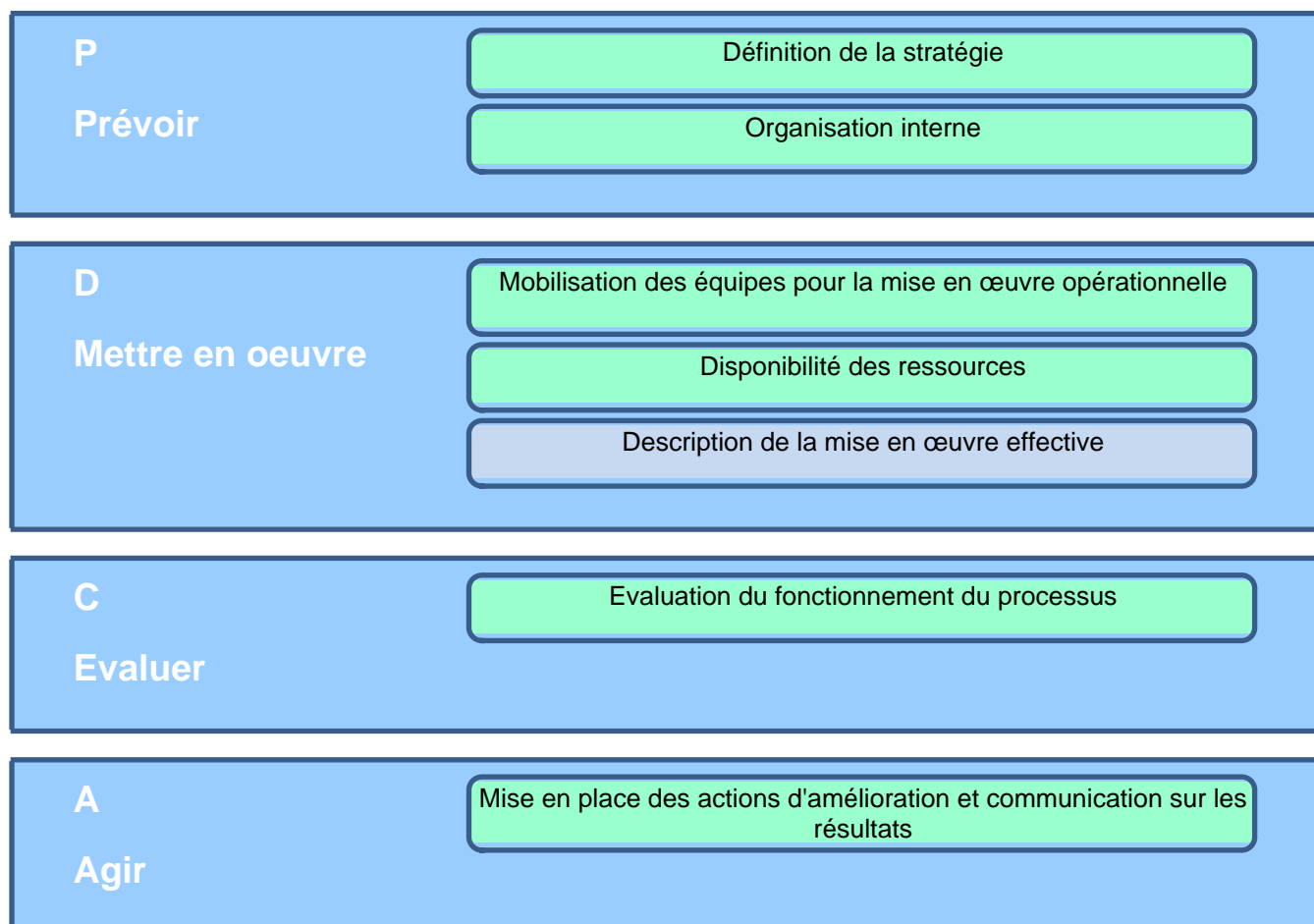
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de l'HAD, pour la gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient est formalisée: elle est décrite dans les orientations stratégiques et le CPOM, et, correspond aux attentes des tutelles l'augmentation du nombre de lits répond aux besoins de la population.

Le service HAD de la Polyclinique de Deauville a identifié des risques dans le processus gestion des équipements logistiques et produits au domicile du patient: le choix institutionnel s'est orienté vers un partenariat avec des prestataires fidélisés.

Les risques ont été hiérarchisés sur la base d'une échelle de gravité et fréquence et en indiquant le niveau de maîtrise. Le niveau de maîtrise des risques est argumenté par des éléments de maîtrise identifiés et retrouvés dans le Compte Qualité.

Des objectifs déclinés dans un programme institutionnel d'actions d'amélioration découlent des risques identifiés.

Les modalités de mise en œuvre du programme d'actions sont définies, notamment par un pilotage associant médecin coordonnateur et cadre de santé, et un calendrier prévisionnel de réalisation.

les modalités de suivi des actions d'amélioration sont identifiées dans le compte qualité ou dans le PAQ (programme d'amélioration global qualité). Les professionnels soignants ont été associés au travail d'identification des risques liés au processus, à leur hiérarchisation, et à la définition du programme d'actions d'amélioration.

Le programme d'actions d'amélioration a été validé à la CME, présenté en CDU et communiqué à l'ensemble des soignants et professionnels concernés par cette logistique. Il est accessible à tous les professionnels salariés via le logiciel de gestion documentaire informatique.

Le Compte Qualité est intégré au PAQ.

ORGANISATION INTERNE

Le cadre de santé est le pilote du processus de gestion des équipements logistiques et de produits au domicile du patient. Sa fiche de poste mentionne sa responsabilité et ses missions concernant cette thématique.

L'organisation du processus s'appuie sur plusieurs dispositifs. Un prestataire externe pour l'oxygénothérapie et le matériel hôtelier. Un autre prestataire pour la gestion des pompes de PCA et alimentation parentérale. Un service logistique interne composé de plusieurs professionnels et disposant de local de stockage des dispositifs non stériles et pour les dispositifs stériles.

Ce sont les infirmiers qui se chargent de préparer et d'acheminer pour chaque patient les dispositifs médicaux, l'alimentation entérale et les compléments alimentaires, si besoin.

La formation des IDE à l'utilisation des équipements utilisés en HAD est assurée par les prestataires. Les IDE sont ensuite chargés de former les professionnels libéraux lors de la mise en place de ces équipements.

Le processus de gestion des équipements fait l'objet de modes opératoires. Des logigrammes décrivent les différentes étapes du processus en particulier les étapes à la sortie du patient, selon les différentes modalités de sortie.

Un cahier des charges "Prestataires" précise les différents équipements nécessaires pour assurer la prise en charge. Une convention de fonctionnement est signée avec les principaux prestataires. Une révision des conventions avec les partenaires libéraux est en cours.

Les modes d'utilisation des matériels à haut risque sont laissés au domicile du patient.

Les modalités de transport sont précisées dans les conventions et sont sous la responsabilité des prestataires.

La matériovigilance, la maintenance préventive et surtout la maintenance curative est assurée par les prestataires, les modalités sont précisées dans la convention.

Le tri des déchets est organisé selon une procédure .

La gestion des interfaces entre la structure, les prestataires et le domicile est en place et opérationnelle: elle est supervisée par le cadre de santé.

Une concertation est organisée entre les prestataires principaux et les responsables de la structure pour optimiser le fonctionnement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilote communique régulièrement avec son équipe logistique et avec les soignants lors des temps d'échanges. Les professionnels sont informés par le cadre des objectifs d'amélioration, ainsi que des résultats

d'indicateurs.
Un groupe de travail est en place. Il a été sollicité pour participer aux actions d'amélioration définies suite à l'identification des risques.
Les professionnels sont associés aux actions d'évaluation et d'amélioration des produits au domicile.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La notion d'équipements majeurs est définie en lien avec la mise en danger du patient.
Ils sont fournis par un prestataire externe. En cas de dysfonctionnement, leur maintenance 24/24 et 7/7 est organisée.
Les modalités des interventions sont prévues dans la convention.
L'évaluation des besoins en matériel est assurée dès la pré-admission par l'IDEC qui détermine aussi les possibilités du domicile en se déplaçant si nécessaire au domicile, parfois avec une ergothérapeute.
L'approvisionnement en urgence en semaine est aussi assuré.
Le service logistique a mis en place de nombreux documents pour les commandes, la vérification des commandes, le retrait.
Les modalités de rangement des dispositifs et médicaments au domicile du patient prennent en compte les risques liés à l'environnement et à la dangerosité des produits stockés (médicaments ou piquant tranchants). Les modalités de remplissage des casiers est défini.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes de l'HAD mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement concernant la gestion du matériel et des dispositifs médicaux. Toutes les informations, la traçabilité des actes et des prises médicamenteuses sont notées dans les tablettes en temps utile au domicile du patient comme constaté lors de l'investigation terrain et patient traceur.
Lors de pré-admission et selon une procédure en place, l'IDEC évalue le matériel nécessaire et prend les contacts avec les prestataires externes et le service logistique pour organiser les différentes livraisons au domicile avant l'entrée du patient à son domicile. La commande est tracée sur un support intégré au bilan préalable à une admission.
La délivrance est faite au regard d'un bon de commande fait par l'IDEC ou d'une ordonnance émanant de la polyclinique ou du médecin traitant.
L'acheminement du matériel et la mise en place sont assurés par les prestataires ou par les IDE dans des conditions de transport définies dans les conventions.
L'installation se fait dans des délais compatibles avec la prise en soins et si urgence le plus rapidement possible compatible avec l'état du patient.
La conformité entre la commande et la réception du matériel est assurée par l'IDE présente le jour de l'admission.
La traçabilité du matériel fourni est assurée par le prestataire et par le cadre de l'HAD.
Sur la base d'un bon de commande, le réapprovisionnement des dispositifs médicaux est assuré par les prestataires sous le contrôle du cadre et de l'IDEC.
La coordination des interfaces est effective entre professionnels et les prestataires et permet la mise à disposition au domicile du patient et en temps utile des équipements et produits.
Les circuits sont définis et connus des professionnels rencontrés. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre de ce processus est réelle.
La gestion des patients à haut risque vital est assurée et l'organisation mise en place pour leur signalement à ERDF est effective.
Les professionnels de l'HAD sont référents dans différents domaines d'expertise liés aux équipements et produits (plaie et cicatrisation).
Le pharmacien vérifie le fonctionnement de la distribution des dispositifs médicaux stériles, de l'alimentation entérale et des compléments alimentaires.
Les professionnels disposent de colonnes de rangement des DM pour le domicile du patient. Ces colonnes sont préparées par les IDE en fonction des besoins évalués par l'IDEC en pré-admission. En cas d'urgence, le stock du service est accessible par l'IDE d'astreinte.
Les DASRI sont récupérés au domicile du patient chaque jour par l'IDE qui va évacuer les produits utilisés dans le même circuit que les déchets de la polyclinique. Les autres déchets sont éliminés dans les ordures ménagères.
A la sortie du patient, le matériel est retiré du domicile par les prestataires.
Les DM consommables restant sont éliminés dans les DASRI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du dispositif est organisée, le processus est structuré.
Il existe des outils permettant de vérifier la conformité des commandes, de limiter les stocks au domicile ainsi que des indicateurs de suivi.
La gestion informatique des stocks permet la mise en place et le suivi de nouveaux indicateurs.
La satisfaction des patients sur le matériel mis à disposition est recueilli par le questionnaire de satisfaction.

La maintenance 24/24 et 7/7 des dispositifs est évaluée par le prestataire qui communique ses interventions et les délais d'intervention à l'HAD.

Une évaluation a été faite concernant les interventions pour les dispositifs majeurs, avec les modalités et les délais moyens d'intervention.

Les professionnels salariés et libéraux utilisent la déclaration d'événements indésirables qui sont ensuite analysés par le service qualité; cette déclaration reste à être pérennisée.

A / AGIR

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

Le suivi des indicateurs, les résultats des audits, les EPP ont permis de mettre en place des actions d'amélioration. Pour chaque action menée par un responsable, sont mis en place un échéancier et si possible un indicateur de suivi.

La CME est informée régulièrement des activités de l'HAD, le médecin coordonnateur participe activement et communique les résultats. Les usagers sont informés des modifications du plan d'actions lors des réunions de la CDU.

Les nombreuses actions d'amélioration ont entraîné pour cette thématique des modifications de la politique. Les risques résiduels sont analysés et sont le point de départ de la mise en œuvre d'actions d'améliorations.

La communication des résultats des actions mises en place est faite en interne vers les professionnels salariés lors de " temps d'échange". Pour les professionnels libéraux, la communication est possible de manière très récente via les dossiers papier mis en place chez les patients. Les IDE de l'HAD se servent d'une tablette connectée avec la polyclinique.