



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE TOUS VENTS
LILLEBONNE**

**19 rue rene coty
76170 Lillebonne**

JUIN 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	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	42

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE TOUS VENTS	
Adresse	19 rue rene coty 76170 Lillebonne
Département / région	SEINE-MARITIME / 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	760000406	SA GROUPE CHIRURGICAL - CLINIQUE TOUS VENTS	19 avenue rene coty 76170 Lillebonne
Etablissement de santé	760780783	CLINIQUE TOUS VENTS	19 rue rene coty 76170 Lillebonne

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	54	6

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Sous quelles modalités, avec qui ?</p> <p>Contrat relais avec le CHI Caux Vallée de Seine depuis 30/07/2003 sur les urgences</p> <p>Convention de coopération médicale avec le Groupe Hospitalier du Havre datant de 9/02/2009 sur la réanimation et la surveillance continue</p> <p>Convention avec le CH de Bolbec sur le transfert de patients en soins de suite</p> <p>Convention avec le centre Guillaume le Conquérant sur la prise en charge en radiothérapie</p>

Convention avec la CARSA sur l'organisation du retour à domicile

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

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

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	Adolescent	Chirurgie en ambulatoire	Stomatologie	Programmé	/	MCO
2	Adulte	Chirurgie en hospitalisation complète	Orthopédie (genou)	urgence	/	MCO
3	Personne âgée	Chirurgie ambulatoire	Cataracte	Programmé	/	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

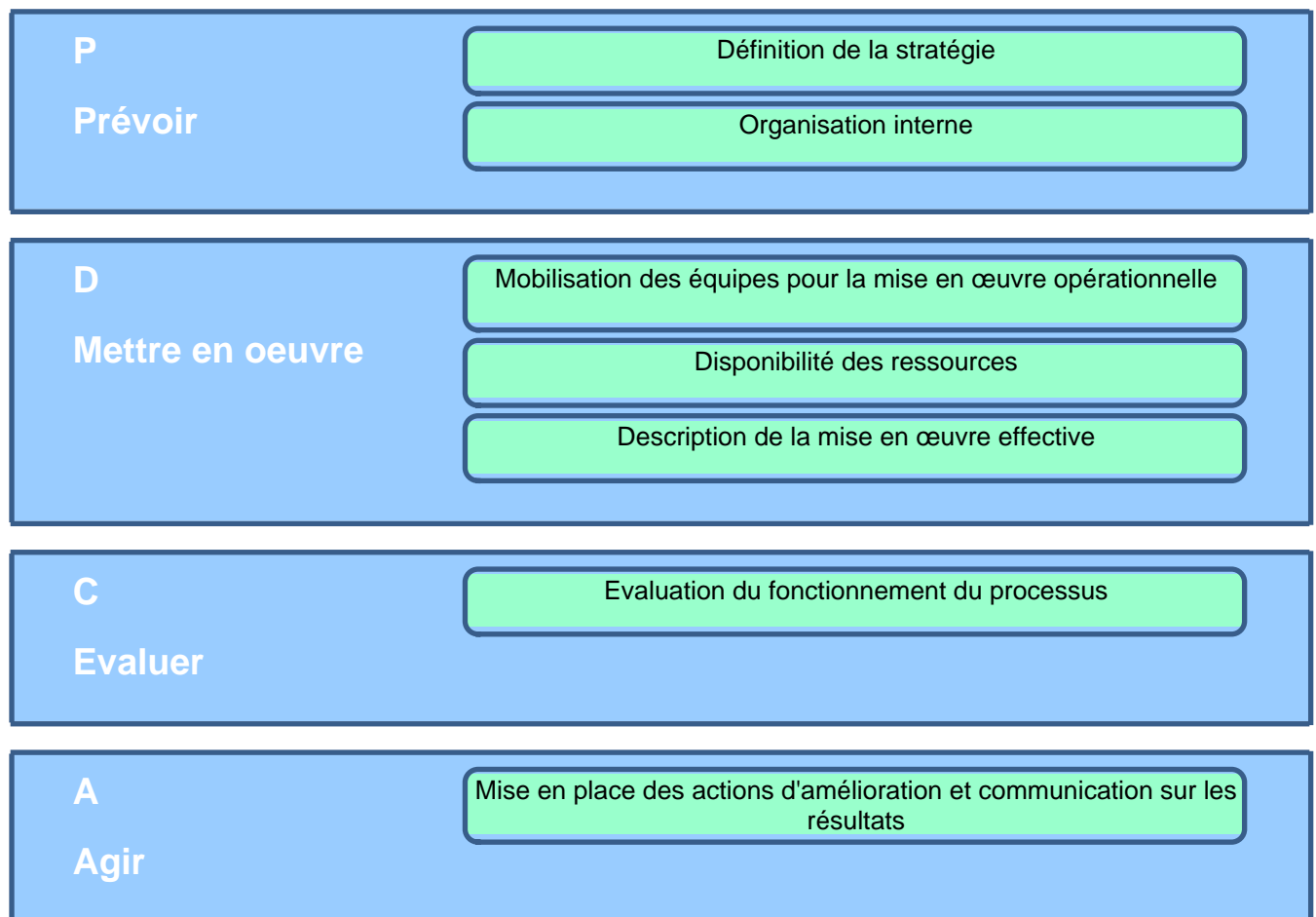
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du management de la qualité et de la gestion des risques (MQGDR) de la clinique tous vents est déclinée à partir des orientations stratégiques du projet d'établissement, ainsi que dans le projet médical, le projet de soins et le projet qualité. Cette politique tient compte des orientations du CPOM. Cette politique intègre la stratégie des EPP, les obligations légales et réglementaires, ainsi que la gestion de crise; "le plan blanc" étant revu avec l'hôpital.

Cette politique reprend différents axes fondamentaux : la sécurisation du circuit du médicament, l'amélioration en continu du respect des droits des usagers et l'information de ces derniers (fin de vie, bientraitance...), l'ancrage de la culture d'évaluation par l'utilisation de tableaux de bord notamment.

Cette politique est validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. L'évaluation des risques a priori est menée dans le compte qualité pour hiérarchiser et prioriser les risques. Cette politique est définie par des pilotes et copilotes nommés pour chaque processus.

Un programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS) est établi. Il prend en compte les plans d'actions des risques identifiés dans le compte qualité et ceux du programme qualité annuel.

ORGANISATION INTERNE

Le processus MQGDR est piloté par la directrice de l'établissement et la directrice qualité-gestion des risques (DRQ).

Les missions des pilotes sont définies dans les fiches de missions. Ces fiches de missions précisent les zones de responsabilité des pilotes de chaque processus, ainsi que des référents des divers domaines (nutrition, douleur, hygiène, droit...).

La direction a défini un plan de formation pluriannuel pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Des sessions d'information et sensibilisation sont organisés régulièrement (1/4h douleur, 1/4h hygiène...). Des flyers, articles dans le petit journal mensuel, réunions de services (le quart d'heure qualité) sont rédigés pour actualiser les connaissances de tous sur la qualité, y compris le personnel de nuit.

Un dispositif de gestion documentaire informatisé (GED) est organisé. Toutes les procédures sont dans la GED. La procédure des procédures est formalisée ainsi que la procédure de déclaration d'événements indésirables (FSEI). La gestion des EI est informatisée; tous les personnels y sont formés. La procédure de traitement des plaintes et réclamations est écrite et connue des personnels (RAQ et direction). Les procédures d'alertes ascendantes et descendantes sont formalisées pour toutes les vigilances.

Des postes informatiques sont à la disposition des personnels dans les salles de soins (hospitalisation et ambulatoire), bloc, accueil.

Un organigramme fonctionnel, intègre la GED précisant les responsabilités des différents acteurs" et décrit les structures décisionnaires, les structures de pilotage, les structures opérationnelles incluant les transmissions d'ordre et de résultats.

Le comité de pilotage (CPQR) permet la coordination du dispositif de vigilances et de veille réglementaire.

La communication est facilitée du fait de la taille de l'établissement par les responsables de services, les infirmières référentes, par les réunions hebdomadaires, sans oublier les 1/4h qualité (droit, médicaments pour exemple).

De nombreux audits sont conduits et des plans d'actions sont communiqués aux professionnels de terrain.

Les usagers, nouvellement présents dans l'établissement (juillet et septembre) participent à des audits qualité en allant visiter les patients dans leurs chambres. Les résultats de ces audits sont affichés dans les services et donnés en CDU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le PAQSS reprend les plans d'actions des services ambulatoire, chirurgie et bloc. Leur mise en oeuvre est assurée par les professionnels de terrain accompagnés par la DRQ.

Les responsables CPQR impulsent la mise en oeuvre de la démarche, le CPQR se réunit 4 fois par an au minimum. Les comptes rendus sont faits, archivés au sein du système documentaire de la clinique.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs qui ont participé à la priorisation des risques. Des audits, EPP, tableau de bord d'indicateurs permettent de mobiliser les professionnels pour la mise en oeuvre opérationnelle. Les référents transmettent ces résultats lors des réunions de service, 1/4h spécifiques, petit journal interne, flyers... La mobilisation des professionnels a été réalisée par le biais de formations-actions lors de la réactualisation massive des

procédures dans les mois précédents la visite.
Les actions du PAQSS sont mises en oeuvre à partir de méthodes qualité formalisées et maîtrisées par les professionnels de la clinique "Tous Vents": l'approche processus et l'approche gestion des risques.
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, en appui du DQR présent auprès des référents pour la conduite d'audits et mini-quick, enquêtes de satisfaction (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations relatives à la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients sont réalisées. Des sessions d'information et sensibilisation sont mises en oeuvre régulièrement (1/4h douleur, 1/4h hygiène...). Les pilotes et copilotes des processus sont formés à l'analyse de processus. La cellule qualité est formée à l'analyse des causes profondes. Une formation au CREX a été conduite auprès des référents ainsi qu'une sensibilisation à la démarche V2014 pour tous les personnels de terrain. Tous les professionnels sont formés aux méthodes EPP et à l'utilisation de gestion documentaire. Des flyers, articles dans le petit journal mensuel, réunions de services (le quart d'heure qualité) ont été menées pour actualiser les connaissances de tous sur la qualité, y compris le personnel de nuit. Les documents qualité sont accessibles dans la GED, via les postes informatiques. Les procédures ont fait l'objet d'une réactualisation massive les mois précédents la visite.
L'avancée de la démarche d'amélioration continue de la qualité fait l'objet de communication au sein des comités concernés, du journal interne et des réunions de service.
Divers moyens de communication sont utilisés pour communiquer sur l'état d'avancement de la démarche d'amélioration continue de la qualité.
L'ensemble des outils : flyers, "infos Tous Vents", présentation dans les divers services de la V2014 par la DQR, réunions plénières, affiches...
L'ensemble de ces outils et informations sont accessibles 24/24, 7J/7 sur la GED.
L'évaluation de la satisfaction des usagers est en lien avec la CDU.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans les divers services les professionnels sont mobilisés par leur responsable pour la mise en oeuvre effective des plans d'actions du PAQSS qui concerne la prise en charge de leurs patients.
Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnels.
L'établissement par sa taille réduite permet un travail d'échanges et de collaboration des responsables de service plus facile. Les responsables de services se réunissent mensuellement avec la DQR et la responsable des soins. Les déclarations des EI augmentent régulièrement depuis janvier 2017, le logiciel de déclaration est connu et son utilisation maîtrisée. Une analyse est conduite mensuellement par la DQR et la direction. Des CREX sont organisés dès qu'un EI grave survient. Les causes profondes sont recherchées par la méthode ACRES, avec la cellule qualité et la participation des professionnels de terrain.
Les risques a priori sont étudiés à partir de la cartographie des risques, avec le risque identifié, l'analyse, l'action corrective mise en place et la réévaluation, tout ceci avec un pilote, un suivi et une date de fin d'action.
Les risques a posteriori sont faits à partir de l'analyse des EI lors des CODIR FI, des erreurs médicamenteuses et des dysfonctionnements (CREX, RMM). La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée dans le dossier informatisé.
Les EPP sont déployées et mises en oeuvre par la RAQ qui mobilise les personnels et qui forme les praticiens.
La GED est connue de tous et utilisée.
Les vigilances et la veille réglementaire sont opérationnelles. Un référent pour chaque vigilance est identifié.
La gestion de crise est opérationnelle : des exercices plans blanc sont réalisés dont le dernier exercice date du second trimestre 2017.
La clinique "Tous Vents" vient de recouvrer l'autorisation de Cancérologie. Elle va réinitialiser les réunions de concertation pluridisciplinaires dans le cadre de la prise en charge des patients de cancérologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique " Tous Vents" assure régulièrement l'évaluation et le suivi du PAQSS. Un plan d'audits annuel est défini, des audits sont conduits (douleur, nutrition, dossier, audit de patient traceur...) pour vérifier l'appropriation par les professionnels. Des EPP sont réalisées sur différents processus (antibioprofylaxie, prescription chez le sujet âgé, restriction de liberté, éléments du parcours patient, etc...). Les résultats des EPP enrichissent la cartographie des risques pour la faire évoluer.
Des enquêtes de satisfaction sont proposées et réalisées. Les questionnaires de satisfaction concernent les patients et les professionnels de l'établissement.
Il existe de nombreux tableaux de bord d'indicateurs du pilotage de la démarche QGDR. Une liste d'indicateurs a été élaborée depuis 2016 à ce jour.

Le bilan annuel d'activité est établi, présenté à la CME et à la direction générale.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. Ce dernier a été réajusté et de nouveaux objectifs ont été définis. Il intègre l'articulation du plan d'actions du compte qualité.

Le PAQSS est à disposition de tous les professionnels dans la gestion documentaire informatisée.

La communication des résultats et les actions du PAQSS est réalisée en interne par les pilotes et copilotes. Les référents transmettent ces résultats lors des réunions de service, 1/4h spécifiques, petit journal interne, flyers...

Tous les résultats des IQSS sont affichés dans le hall de l'établissement; ils sont aussi diffusés dans le petit journal mensuel.

Les usagers sont informés lors des réunions de la CDU.

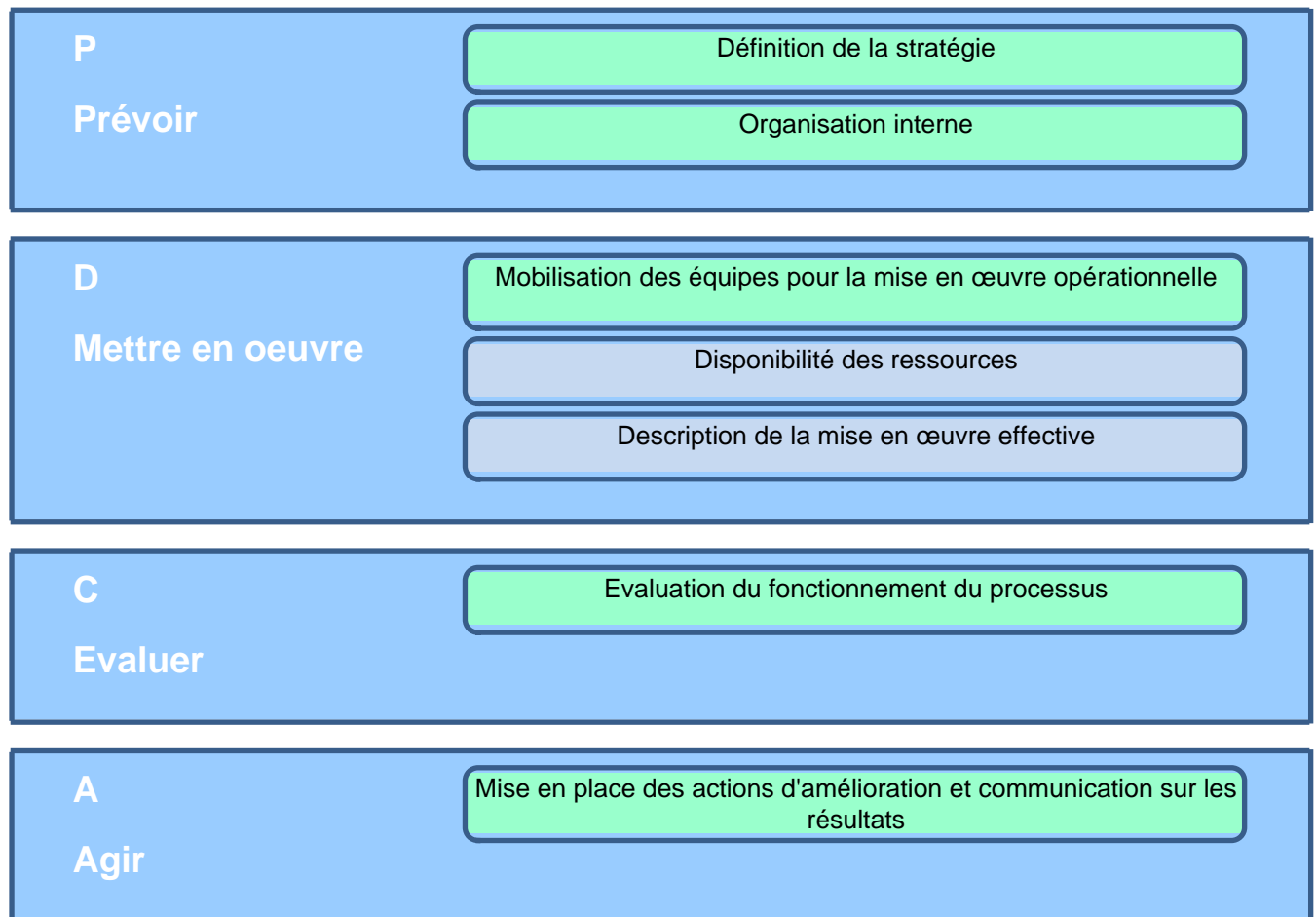
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 politique de gestion du risque infectieux et les objectifs liés sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Ils sont intégrés dans les orientations stratégiques du projet d'établissement (2013 – 2018) comportant un volet 2017 – 2018 qualité et gestion des risques. La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, définis en fonction des orientations nationales, de la réglementation, de l'analyse des risques, des résultats des précédentes évaluations réalisées et des besoins des équipes. Cette politique, définie en concertation avec les professionnels de l'établissement et discutée au sein du CLIN, est validée par les instances concernées (CME, CQGDR notamment). La cartographie des risques a été réalisée en juillet 2017, identifiant les risques prioritaires liés aux activités chirurgicales et d'endoscopie notamment, qu'il en soit du plateau technique, des services de soins ou de la stérilisation. Cinq risques ont été priorisés dans le compte qualité pour lesquels un plan d'actions est décliné. Les actions énoncées dans le compte qualité sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS) qui identifie, par ailleurs, un programme d'actions plus global établi et validé par le CLIN. Ce programme prévoit les actions à mener en matière de surveillance du risque infectieux, d'information, de formations, d'ateliers, d'audits et de contrôles au niveau de l'environnement. Ce programme d'actions, qui intègre les mesures de traitement des risques, les pilotes, les échéances et les modalités de suivi, a fait l'objet d'une validation par les instances (CQGR – CLIN). L'établissement intègre le réseau régional (CPIAS) et le réseau régional bas-normand des IDE hygiénistes (RRHBN).

La communication aux professionnels est prévue par la diffusion des comptes rendus du CLIN sur la GED et par le journal interne.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il dispose d'un CLIN, créé en 2004, qui est doté d'un règlement intérieur, réactualisé en 2017 et qui se réunit environ quatre fois l'an sous l'égide d'un président de CLIN, élu depuis 2004 et professionnel externe de l'établissement (praticien hygiéniste et référent en antibiothérapie). Le CLIN assure le pilotage institutionnel de la gestion du risque infectieux et la CAI est intégrée au COMEDIMS. Le règlement intérieur définit l'organisation mise en œuvre au sein de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux. L'équipe opérationnelle d'hygiène est constituée d'une IDE et de correspondants des différentes structures de l'établissement. Suite au départ de l'infirmière hygiéniste qui a quitté l'établissement en décembre 2016, une autre IDE est en cours de formation au DU d'hygiène hospitalière. Le temps partagé exercé par l'infirmière hygiéniste, entre deux cliniques du groupe permet de disposer d'une compétence en hygiène à hauteur de 0,15 ETP. Les actions de maîtrise du risque infectieux sont partagées entre plusieurs personnes ressources et concernent le bon usage des antibiotiques, le suivi des prélèvements microbiologiques, l'hygiène des locaux et l'évaluation.

Les rôles et responsabilités des professionnels "correspondants en hygiène" de chaque service de soins sont identifiés. Leurs missions font l'objet de fiches de poste formalisées.

De nombreuses procédures ont été réactualisées et sont intégrées dans le GED qu'il en soit de l'hygiène des locaux (co-validées avec le prestataire), de la prévention liée aux activités opératoires (préparation cutanée, précautions standard, précautions complémentaires) ou de la bonne utilisation des antibiotiques (antibiothérapie et antibioprophylaxie).

Le matériel nécessaire à la prévention du risque est prévu.

En terme de politique de formation, un effort soutenu et constant permet, chaque année, de consacrer plusieurs actions à la maîtrise du risque infectieux (certaines rentrant dans le cadre du DPC) qu'il en soit du risque en établissement de santé ou du risque au bloc opératoire. Cette politique intègre notamment les formations développées par le réseau départemental de maîtrise du risque infectieux et des infections nosocomiales et la participation aux congrès. Des formations sur le terrain sont organisées sur les précautions standard, précautions complémentaires et la désinfection des mains. Les formations peuvent être suivies de quizz. Ces formations sont prévues dans le plan de formation, qu'il en soit du personnel médical ou paramédical. Des actions de sensibilisation sont organisées (sensibilisation des professionnels à l'utilisation du SHA en mars 2016, sensibilisation à la vaccination contre la grippe et participation à la journée des IDE hygiénistes en avril 2016). Un cahier des charges du prestataire bionettoyage et attestation de formation des prestataires définit la politique d'entretien des locaux.

Les interfaces entre secteurs sont organisées.

Un Inter-CLIN avec le Centre Hospitalier permet de traiter les problématiques communes (carnet sanitaire), de partager sur les EPP et la surveillance microbiologique (BHRE pour exemple).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les risques propres à chaque secteur d'activité ont été identifiés, les professionnels y sont sensibilisés (bloc opératoire, secteur adulte). La mobilisation des équipes est réalisée en transversalité et/ou de façon spécifique, selon que les risques soient génériques (transmission croisée - sondage urinaire - signalement des IAS - consommation des SHA) ou spécifiques de la prise en charge (bloc opératoire).

Compte tenu de ses risques et besoins constatés, la Direction, en lien avec le CLIN et la CME, organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le plan d'action des référents par secteur traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients). Des réunions régulières sont organisées avec les correspondants en hygiène.

Leur compte rendu est diffusé auprès des services de soins, de même que les réunions de CLIN. Le prestataire externe chargé du bionettoyage applique des procédures validées par le CLIN de l'établissement. Les responsables de secteur s'assurent de la conformité des pratiques, par supervision. Ils informent les professionnels de leurs résultats. Les résultats des différents prélèvements sont remis au service concerné de manière à ce que les pratiques, si elles sont défaillantes, puissent être optimisées, y compris au prestataire externe. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les professionnels bénéficient de formations externes et/ou internes. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une journée d'intégration. Des ressources sont disponibles au sein du groupe d'appartenance de la clinique. En l'absence d'infirmière hygiéniste sur site, une IDE du groupe assure les fonctions à temps partagé à hauteur de 0,15 ETP. De nombreux documents (protocoles - procédures) sont accessibles dans la gestion documentaire via l'intranet. Ils ont été réactualisés en 2017. Il est à noter la production d'outils très synthétiques destinés à l'affichage et dénommés "Aide à l'observance" qui facilitent la consultation des bonnes pratiques en hygiène hospitalière et leur appropriation par les professionnels. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés. La maintenance est assurée, par le service informatique et/ou le service technique. Les ressources matérielles et produits sont à la disposition des professionnels (matériel relatif aux précautions standard - à la mise en oeuvre de précautions complémentaires pour exemple).

Des formations régulières à la maîtrise du risque infectieux sont réalisées intégrant notamment les formations développées par le réseau départemental de maîtrise du risque infectieux et des infections nosocomiales et la participation aux congrès. Des formations sur le terrain sont réalisées sur les précautions standard, les précautions complémentaires et la désinfection des mains. Les formations peuvent être suivies de quizz.

Le bionettoyage est sous-traité. Les professionnels de la société de sous-traitance sont formés. La référente met à disposition les ressources nécessaires (protocoles - matériels) et assure le contrôle des prestations sous forme d'audits.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services de soins et plateaux techniques (bloc opératoire - endoscopie) connaissent et mettent en oeuvre les organisations, procédures et protocoles prévues pour la maîtrise du risque infectieux. Les correspondants en hygiène de chaque service ont un rôle prépondérant dans le développement et l'accompagnement de la démarche. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et la traçabilité assurée par la coordination du CLIN et le rôle transversal tenu par l'infirmière hygiéniste. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'AES (affiche). Un avis médical par rapport à la consultation médicale est assuré par les médecins du CHI et un Kit mis à disposition dans la clinique. L'information donnée au patient et à sa famille par rapport aux précautions complémentaires est tracée dans le dossier patient informatisé. Les mesures sont connues et mises en oeuvre et le statut du patient transmis aux structures d'aval.

Les procédures d'hygiène des locaux sont mises en oeuvre sous la surveillance de la responsable du service prestataire, des cadres de santé et des référents. La traçabilité de l'entretien des locaux est effectuée. La traçabilité de l'entretien des salles de soins, ainsi que la traçabilité du relevé des températures frigos sont effectives. Les prélèvements microbiologiques ou particuliers (eau, air, surfaces et endoscopes) sont planifiés, réalisés par un prestataire extérieur et suivis par en particulier la responsable de bloc et l'EOH. La méthode HACCP en restauration est garantie par le prestataire. Le circuit du linge et des déchets est conforme à la réglementation (DASRI - tri sélectif - et prestataire pour certains recyclages). Un affichage des indicateurs est effectif dans chaque service. Le signalement par la fiche Evènement indésirable (FEI) de l'établissement est mis en oeuvre. Le CLIN s'est réuni 4 fois en 2017

sur convocation du médecin Président de l'instance. Les comptes rendus des réunions sont rédigés et diffusés. La réévaluation de l'antibiothérapie est rendue systématique par le biais de l'alerte générée par le logiciel de prescription informatisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'EOH et le CLIN. De nombreux indicateurs sont suivis par l'établissement, dont les indicateurs nationaux inclus dans le tableau de bord des infections nosocomiales. Un bilan annuel est réalisé.

Un programme d'audits a été mis en œuvre : lavage des mains et désinfection suite à la baisse de l'indicateur - déchets - bionettoyage en audit contradictoire avec le prestataire - endoscopie. L'établissement a été soumis à deux visites de risques (ARLIN pour le bloc opératoire et SHAM pour l'ensemble). Le CLIN produit un rapport d'activité annuel assorti d'un plan d'actions évaluables pour l'année suivante. Il exerce le suivi des AES (2 en 2016).

Les résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont communiqués aux professionnels et aux usagers de même que les résultats des indicateurs internes définis. Des supports et modalités de diffusion sont établis. En sont destinataires les instances, commissions (notamment CME et CDU) et l'ensemble des services de soins. Les patients et leur famille peuvent accéder directement aux résultats des indicateurs par voie d'affichage. Les prélèvements environnementaux sont réalisés par un laboratoire et font l'objet d'un contrat qui concerne les contrôles microbiologiques des airs et surface de l'environnement – les contrôles microbiologiques du réseau d'eau et les contrôles particuliers et aérauliques au bloc opératoire. Les résultats sont analysés par l'IDE hygiéniste et font l'objet d'un plan d'actions en cas de résultats non conformes. Les prélèvements des endoscopes sont traités par ce même laboratoire.

A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle. Les actions d'amélioration sont identifiées et mises en place par le CLIN : les comptes rendus des réunions en font état. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

Les résultats des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales sont communiqués aux professionnels et aux usagers de même que les résultats des indicateurs internes définis. Des supports et modalités de diffusion sont établis. En sont destinataires les instances, commissions (notamment CME et CDU) et l'ensemble des services de soins. Les patients et leur famille peuvent accéder directement aux résultats des indicateurs par voie d'affichage.

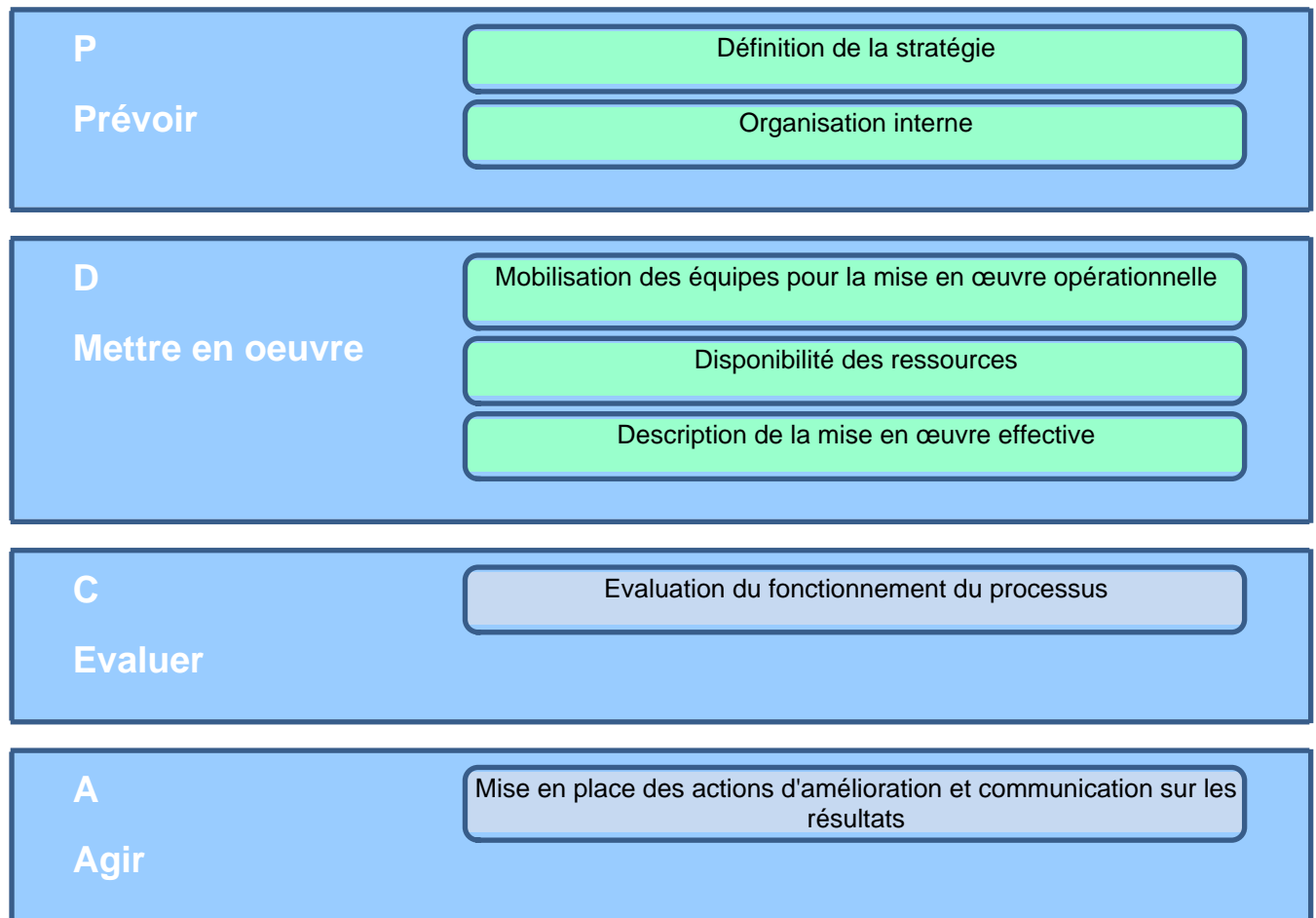
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du respect des droits du patient est inscrite dans le Projet d'Etablissement et dans la politique générale qualité et sécurité des soins. Cette politique est validée par les instances concernées.

Les objectifs de cette politique sont d'accueillir et d'accompagner les patients, d'optimiser le parcours de soins, de favoriser l'implication des usagers et de leurs représentants dans le projet d'établissement.

Des objectifs prioritaires sont définis et déclinés en plan d'action dans le PAQSS institutionnel.

Un axe fort concerne la bientraitance. Un état des lieux a permis d'identifier le risque de maltraitance, les usagers sont informés, le programme est présenté à la CDU.

Une cartographie des risques de maltraitance a été réalisée avec les représentants des usagers, et cette cartographie est déclinée à tous les secteurs d'activité. Les risques identifiés sont dans le compte qualité.

Un état des lieux des exigences et attentes des patients et professionnels à tous les stades de la prise en charge a été élaboré.

La mise en oeuvre de cette politique est inscrite dans le PAQSS. Elle est portée par la Directrice qualité.

Des modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage sont définies et réalisées chaque fois que nécessaire.

La promotion du respect de liberté est intégrée dans le projet d'établissement.

Des indicateurs concernant la satisfaction des usagers sont régulièrement recueillis au cours des enquêtes de satisfaction et questionnaires de sortie.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par la responsable des soins, une IDE et un médecin gastro-entérologue. Le rôle et les responsabilités sont définis, identifiés dans les fiches de missions. Le comité d'éthique vient de se constituer, il se réunit avec le groupe éthique de la clinique de Deauville.

Le groupe "droit du patient" travaille avec les usagers de la CDU. Des formations à la bientraitance sont organisées pour tout le personnel. Les outils et espaces de communication sont prévus : flyers, petit journal, quick audit, 1/4h bientraitance et réunions de services.

On retrouve aussi des informations sur les droits du patient dans le livret d'accueil du nouvel arrivant, et dans le règlement intérieur.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences pour mettre en oeuvre ses objectifs d'amélioration de la bientraitance par l'ensemble des professionnels, c'est une valeur partagée. La direction a en charge le recueil des plaintes et réclamations.

L'organisation réglementaire de la CDU (missions, composition, fonctionnement) est définie. Celle-ci est en place; les représentants des usagers (RU) y siègent. Elle assure le suivi du programme qualité; elle est destinataire des résultats des enquêtes et des indicateurs.

La CDU s'appuie sur les représentants des usagers pour recueillir le point de vue des usagers (réalisation des quick audits auprès des patients hospitalisés). De nombreux dispositifs d'information sont en place pour informer le patient dans l'ensemble de la clinique: livret d'accueil, flyers, affichage et le journal mensuel de la clinique.

Différentes procédures accompagnent le patient tout au long de son séjour : une fiche détaillant la personne de confiance, la personne à prévenir, et les directives anticipées. Cette feuille est scannée et mise dans le DPI. Les locaux et équipements permettent le respect de l'intimité, la dignité du patient et la confidentialité des informations.

En chirurgie dans les chambres à deux lits, un rideau sépare les deux lits. Les locaux neufs d'ambulatorio proposent des chambres seules. Lorsque le médecin ou les infirmières doivent s'entretenir avec le patient, il y a deux façons de faire: l'une consiste à faire sortir les visites de l'autre patient; l'autre à s'entretenir dans le bureau des infirmières ou dans le bureau du praticien, si le patient concerné peut se lever.

Les dommages liés aux soins, accueil et accompagnement de l'entourage sont des préoccupations de tous les personnels.

La prévention des libertés est organisée.

Une organisation est définie pour garantir la non divulgation de présence si le patient s'en exprime; le refus de soins est aussi tracé dans le DPI.

L'accès du patient à son dossier est effectif selon la procédure en cours. Peu de dossiers ont été demandés durant les deux dernières années.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable des soins avec la DQR impulsent les démarches de réflexion au sein des équipes sur la bientraitance et le respect des droits des patients.

Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients lors des réunions de service, des 1/4H bienveillance et autres.

Les minis staffs et réunions de service sont centrés sur la prise en charge du patient et au-delà sur la prise en charge globale du patient : le recueil de consentement, de la personne de confiance, la douleur, les habitudes alimentaires, le recueil de ses attentes, le projet personnalisé de soin (PPS), le respect de la dignité... font partie des attentions de l'équipe.

Les usagers sont partie prenante du travail avec les équipes.

Les EI concernant "les droits du patient" sont analysés par la Directrice qualité et des actions correctives sont mises en place.

Les professionnels mesurent le bénéfice/risque des actions proposées, un axe fort du programme qualité est de veiller aux droits du patients tout au long de son séjour.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en effectifs sont adaptées aux besoins de prise en charge.

Tout le personnel est formé à la bienveillance. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient et au respect des libertés individuelles.

Des flyers et affiches sont faites sur des sujets comme le patient en fin de vie, la loi léonnetti, la charte de la bienveillance, la charte de l'enfant hospitalisé.

Le respect de l'intimité et la dignité des patients ainsi que la confidentialité sont au coeur de la démarche de bienveillance.

Les conditions d'hébergement permettent presque toujours de respecter l'intimité lors de la toilette (paravents, rideaux...).

Les ressources documentaires nécessaires à l'activité sont actualisées et disponibles dans la gestion documentaire informatisée.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé tout particulièrement sur l'information en cas de dommage lié aux soins est connu des professionnels rencontrés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en oeuvre les dispositions prévues, afin de garantir le respect des droits du patient. Les patients sont informés de leurs droits (flyers, charte du patient hospitalisé, charte de l'enfant hospitalisé, affiche...) ainsi que des missions de la CDU et des Représentants des Usagers.

Dans les services de soins, un accueil individualisé est organisé et les entretiens médicaux, paramédicaux sont tracés dans le DPI. Le patient est informé de son état tout au long de son séjour y compris en cas de dommage lié aux soins. Le consentement du patient est recueilli pour les actes invasifs et les refus de soins tracés. Les patients mineurs ou sous tutelle sont accompagnés pour toutes décisions les concernant. Ces décisions sont tracées dans le DPI.

La traçabilité dans le DPI est assurée, notamment en ce qui concerne les constantes, la mesure de la douleur, les divers comptes rendus des paramédicaux prenant en charge le patient. Ceci est confirmé par le patient traceur.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée à périodicité définie (toutes les 48h). L'attitude et le langage des professionnels sont adaptés et respectent le patient. Dans les pratiques professionnelles, la confidentialité des informations est respectée et l'intimité/dignité des patients également lors des soins : l'IDE demande au patient son accord pour qu'un élève lui fasse un soins, ou même assiste au soins. Chaque patient est appelé par son nom de famille, il n'y a pas de tutoiement. Les personnels font attention aux habitudes des patients, les repas sont distribués en respectant les religions et les goûts des patients. Les soins sont faits dans le respect des personnes, surtout lors des toilettes.

Le délai d'accès du patient à son dossier respecte les délais réglementaires : les dossiers sont envoyés dans les 8 jours pour ceux de l'année en cours et ceux qui sont archivés, ils sont envoyés dans les 15 jours.

Pour les patients à risque suicidaire, une procédure est en place, et le psychologue passe voir le patient.

Les enquêtes de satisfaction, ainsi que les questionnaires de sortie permettent de recueillir la satisfaction des usagers. Des actions d'améliorations sont menées et les résultats analysés. Les RU participent à la révision des protocoles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont suivies et évaluées.

Le dispositif d'évaluation est structuré.

Une évaluation des droits des patients est réalisée régulièrement par le biais d'enquête de satisfaction du patient et de son entourage, des fiches d'évènements indésirables, d'enquêtes sur la bienveillance auprès des patients et des professionnels, du suivi des plaintes et réclamations etc.

Le suivi de la mise en oeuvre est assurée par la Directrice qualité et la pilote du processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs et tableaux de bord).

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

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. Les résultats sont communiqués aux professionnels lors des 1/4h droits du patient, dans le journal de la clinique et lors du bilan de fin d'année à la CDU.

Ces évaluations périodiques sont exploitées pour identifier les actions correctives.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

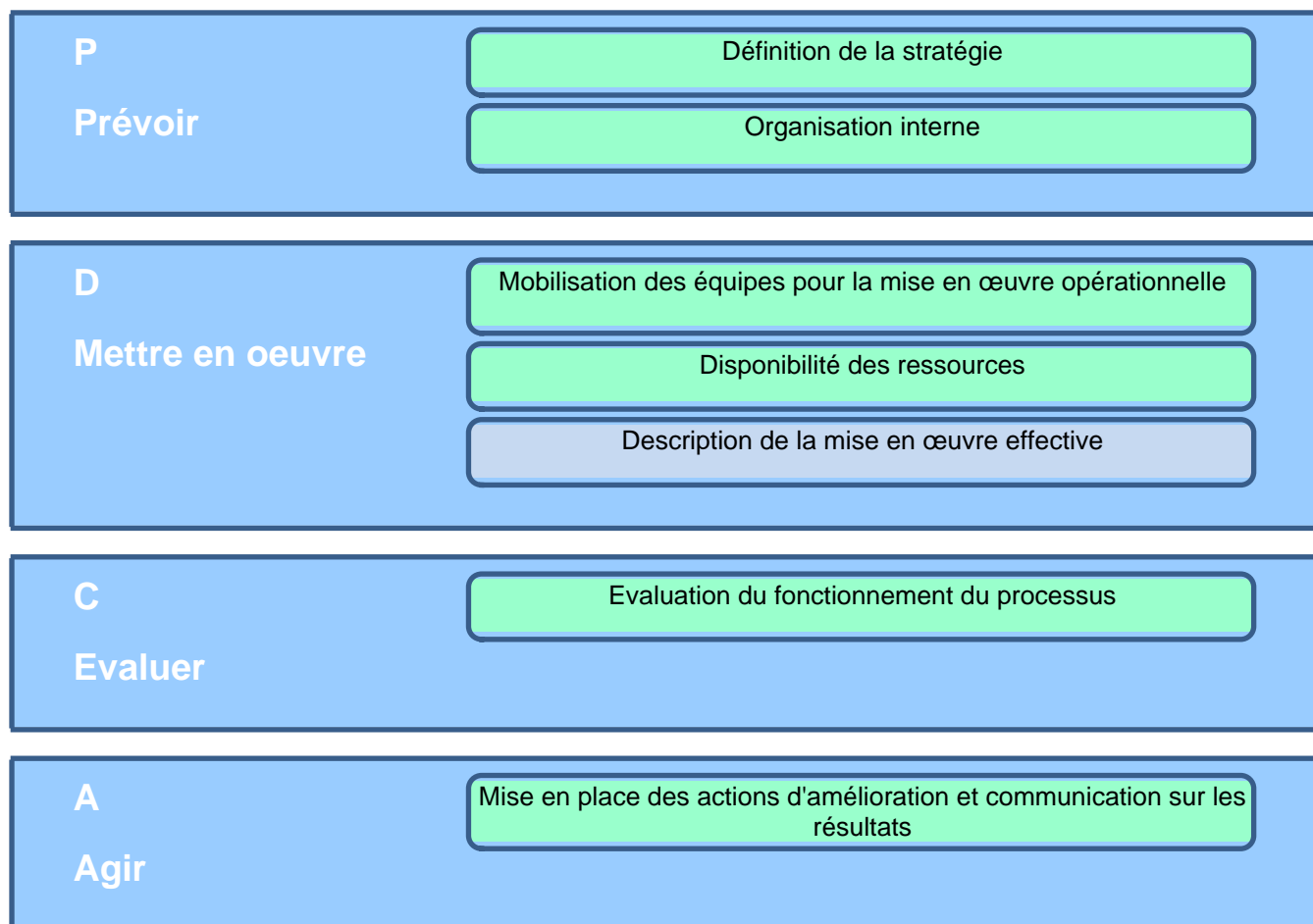
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 clinique "Tous Vents" est autorisée pour exercer l'activité de soins de chirurgie (4010 actes opératoires en 2016 dont 3539 programmés soit 88%) et d'endoscopie (1793 actes). Elle vient de récupérer l'autorisation de carcinologie digestive. Elle dispose d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle et d'un secteur ambulatoire et de 6 lits de soins continus.

La politique du parcours patient et les objectifs liés sont, élaborés sur la base d'une identification des besoins dans un contexte de maillage de l'offre de soins (populations – pathologies – typologies de parcours) sur Lillebonne, et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique, validée par les instances concernées (CODIR – CME), est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement (2013 – 2018). L'identification des besoins au plan de l'offre de soins est assurée sur la base de besoins exprimés par les équipes, à partir des données régionales et nationales de l'offre sanitaire. L'analyse stratégique pose le cadre des développements de l'offre de proximité par des équipes opérationnelles (86% des admissions sont réalisées en programmé et 14% environ adressées par la structure d'urgences du Centre hospitalier Caux -Vallée de Seine)) : développement des partenariats et collaborations avec le centre hospitalier Caux - Vallée de Seine et ancrage de la clinique comme acteur local du parcours patient, développement de la chirurgie ambulatoire, prise en charge de la personne âgée, inscription dans la filière des patients obèses, maintien de l'activité d'endoscopie, recours à l'hospitalisation à domicile; le tout dans un souci de soutenabilité économique. La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptées aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les valeurs de l'institution (Efficience – Normes – Transversalité - Soins) président à toute réflexion en terme d'offre de soins. La cartographie des risques sur le parcours patient a été travaillé à plusieurs niveaux : l'accueil – la sortie – les parcours en fonction des modes d'entrée et des spécificités de prise en charge. Elle a été enrichie par les résultats relatifs au suivi de la V2010, les événements indésirables déclarés et les résultats des EPP, des CREX et RMM. Quatre risques prioritaires ont été identifiés. Un plan d'actions institutionnels construit par le CQGR, validé par le CODIR et la CME est articulé avec le compte qualité et en précise les modalités de mise en œuvre.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus reposant sur le responsable des unités d'hospitalisation, en articulation avec le président de CME. Des professionnels paramédicaux et les personnes ressources sont associés aux pilotes. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches métier des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, axes de formation sur l'acquisition de compétences en cohérence avec les orientations stratégiques), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc... intégrés dans le plan d'investissement) et documentaires (procédures, protocoles intégrés dans le dispositif de gestion documentaire) nécessaires. Les protocoles sont déclinés selon les étapes de la prise en charge – les parcours spécifiques et/ou les situations particulières. Les effectifs et compétences sont adaptées aux fluctuations des besoins et des formations sont proposées pour y répondre, intégrées dans le plan de formation (AGFU ...). La gestion des interfaces est organisée, tant en externe qu'en interne, pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, en externe notamment avec le service d'urgences du CH Caux - Vallée de Seine. Le rôle des relais entre les équipes et le management est important, permettant une fluidité des échanges et une adhésion des équipes à la dynamique de l'institution. L'accueil, la prise en charge et l'orientation des patients relevant de l'urgence sont organisés. Des conventions de partenariat avec des structures sanitaires, médico-sociales et réseaux sont signées. Elles permettent, en outre, d'orienter les patients vers les structures adaptées et l'accès aux compétences complémentaires (secteur de psychiatrie – soins palliatifs). L'outil trajectoire facilite l'accueil et l'orientation des patients en soins de suite. Les règles de présence médicale et paramédicale et la coordination des professionnels sont définies. L'établissement a mis en place une astreinte administrative. Pour l'astreinte technique, la clinique a conventionné avec l'hôpital pour assurer la sécurité des biens et des personnes, compte tenu de la situation de la clinique dans l'hôpital. Pour les astreintes techniques, dix heures par mois sont contractualisées avec un prestataire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité et les personnes ressources organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels concernant le parcours patient intégrant notamment la réalisation de l'accueil, la

formalisation d'un plan de soins personnalisé, l'éducation thérapeutique, la prise en charge de situations ou de populations spécifiques (enfants - personnes âgées – personne atteinte de handicap – personnes démunies – personnes sous tutelle – maladies chroniques). Un groupe de travail sur la bientraitance a permis de formaliser une charte de bientraitance. Les responsables des secteurs d'activité et personnes ressources sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières). Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) au regard des résultats des audits et EPP réalisées et communiquées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations régulières), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activités. Les formations réalisées intègrent la formation AFGSU niveau 1 et 2. Le plan de formation comporte les actions citées. Les professionnels sont formés à la prise en charge des décès, accompagnés par l'EMDSP. Cinq patients traceurs ont été réalisés dans un objectif d'appropriation de la méthode.

Les ressources documentaires actualisées sont accessibles via la gestion documentaire et concernent les compte-rendus de réunions, les procédures et protocoles (en 2017 ont été créés un protocole stomato en ambulatoire - un protocole contention - un protocole dénutrition pour exemple). Les prises en charge spécifiques concernent par ailleurs les patients porteurs de stomies, les plaies et cicatrisation. Les prises en charge des populations spécifiques font l'objet de procédures et concernent les patients à risque suicidaire, les patients atteints de handicap, les patients à risque de chutes.

Le matériel est adapté à la population accueillie, grâce au recours à la location dans certains cas (matériel pour patients obèses, escarres), les lits disposant tous de matelas à mémoire de forme. Les équipements (ascenseur) et outils utilisés sont adaptés au profil patient (échelle douleur EVA - algoplus - enfant et patient mal voyant, par exemple). Des flyers destinés au patient les informent sur la maladie de Crohn, la recto colite hémorragique, les stomies, le diabète, les AVK, la nutrition et les régimes alimentaires. L'encadrement veille à la bonne adéquation des ressources. Le système de garde et d'astreintes, garantissant la permanence des soins, est opérationnel. La direction en lien avec les professionnels d'encadrement a en charge le développement de la communication et la diffusion de l'information.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (Ambulatoire - Hospitalisation complète – SSR – HAD - prestataires de l'établissement). La traçabilité est assurée. Le parcours du patient repose sur un accueil organisé, structuré et personnalisé (présentation du livret d'accueil et de l'environnement). La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé intégrant une évaluation des risques (troubles nutritionnels - risque suicidaire - risque d'escarre - évaluation sociale) et la mise en place d'actions de prévention, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Cette évaluation médicale, et sociale est tracée au dossier (macro cible d'accueil). Le projet de soins est personnalisé, concerté, y compris avec l'entourage. Il intègre la réflexion bénéfice-risque. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés. Pour tout problème identifié, il existe une concertation entre professionnels en vue d'améliorer la prise en charge. Toute information utile à la continuité des soins est tracée dans le dossier patient. La prise en charge de l'urgence vitale est organisée [procédure connue des professionnels, numéro d'appel, matériel opérationnel et contrôlé à périodicité définie]. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence (AFGSU). L'éducation thérapeutique du patient est déployée dans une démarche pluriprofessionnelle. Elle concerne les thérapeutiques, les suites opératoires (stomie). Des supports éducatifs sont disponibles et remis au patient. Le suivi est assuré en consultation en cas de besoin. La prise en charge de la personne âgée fait l'objet d'une réflexion autour du développement d'une politique de bientraitance et d'un axe particulier en terme de iatrogénie médicamenteuse. La sortie permettant d'assurer la continuité des soins est anticipée, associant les patients et leurs proches et se déclinent selon les critères éligibilité en retour à domicile - HAD – domicile avec mise en œuvre des aides au besoin. Les éléments de sortie sont préparés et transmis dans des délais réglementaires au regard des indicateurs IPAQSS concernant les éléments de sortie qui montrent des résultats atteignant la cible. La sortie permettant d'assurer la continuité des soins est anticipée, associant les patients et leurs proches.

Le comité d'éthique concourt à la réflexion sur les prises en charge complexes. La prise en charge des patients décès est accompagnée par l'EMDSP. La prise en charge psychiatrique est facilitée par les collaborations organisées avec les IDE et/ou psychiatre de liaison. La continuité de la prise en charge repose sur une permanence médicale et paramédicale organisée sur le principe d'astreintes médicales de spécialités. Des avis compétents sont recherchés en cas de besoin en intra et extra hospitalier (infection – médecins de l'hôpital).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des audits sont réalisés (information du patient – jeun pré-opératoire – prise en charge de la douleur post-opératoire – identitévigilance – prise en charge nutritionnelle - Prise en charge en soins palliatifs). Des enquêtes de satisfaction concernent la prise en charge. Par ailleurs, les indicateurs IPAQSS, les RMM et 5 patients traceurs (réalisés en fonction du mode d'entrée et de la prise en charge) participent de ce processus d'évaluation. Il en est de même que les analyses de situations : quart d'heure bientraitance – quart d'heure douleurs.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des 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. Les référents transmettent les résultats lors des réunions de service, quarts d'heure spécifiques, petit journal interne, flyers. L'affichage requis des IQSS à destination du public est effectif. Les actions d'amélioration décrites dans le compte qualité sont suivies par les pilotes. Elles ont été actualisées en novembre 2017. Les usagers sont informés lors des réunions de la CDU.

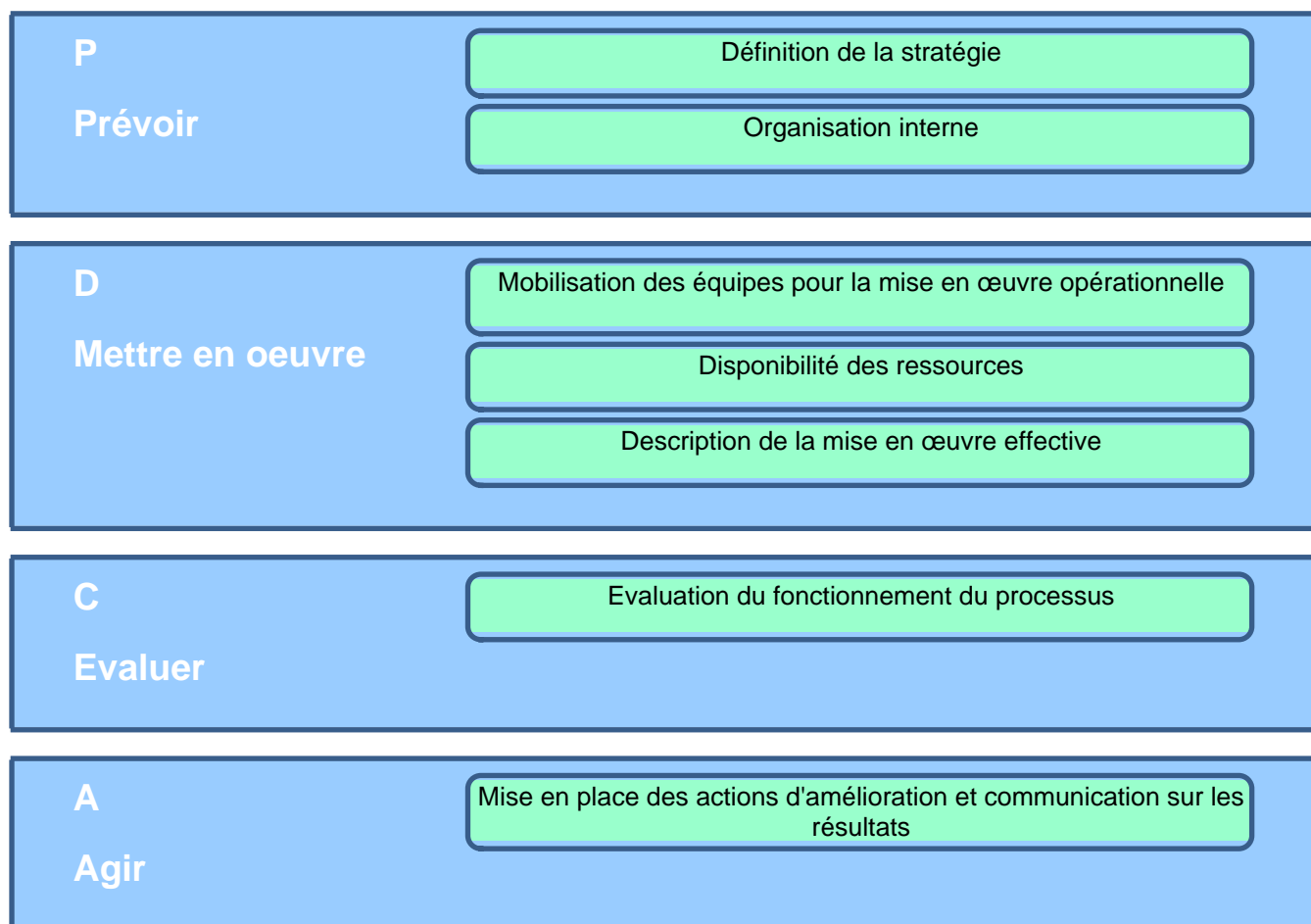
DOSSIER PATIENT

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 clinique « Tous Vents » a initié en 2013 son projet de déploiement d'un dossier patient informatisé pour répondre aux orientations nationales (Hôpital numérique) et à ses besoins propres liés aux modes de prise en charge qu'il assure (hospitalisation complète et ambulatoire). Pour élaborer sa stratégie, l'établissement a mobilisé des données telles que les résultats de la visite de certification V2010, des IQSS, des EPP et des audits menés en interne sur la thématique du dossier patient, ainsi que les objectifs du CPOM. Les indicateurs Hôpital Numérique ne sont pas disponibles à ce jour, l'établissement venant d'être déclaré éligible. Les risques du processus sont identifiés. Ils ont été priorisés selon la grille HAS avec les professionnels et sont en cohérence avec le contexte et les besoins de l'établissement. Les objectifs poursuivis et les risques prioritaires identifiés sont inscrits au compte qualité. Les mesures d'amélioration sont retrouvées dans le programme d'actions institutionnel (PAQSS) présenté et validé par les instances (CODIR et CME). La politique d'amélioration de la qualité, sécurité et gestion « dossier patient » est intégrée dans le projet d'établissement 2013-2018 en termes d'amélioration de la coordination présenté et validé par les instances (CODIR, CME, CTE, CQPR). Cette politique actualisée pour 2017 - 2018 énonce quatre objectifs stratégiques : faire du dossier informatisé un outil :

- de suivi de la prise en charge du patient en temps réel
- d'aide à la décision pour les praticiens et les soignants afin de sécuriser les soins
- accessible aux professionnels selon leurs droits dans un souci de coordination
- de partage avec les professionnels extérieurs pour sécuriser la continuité des soins

ORGANISATION INTERNE

La clinique « Tous Vents » a établi une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus « dossier patient ». La déclinaison opérationnelle passe par un groupe pluriprofessionnel piloté par une infirmière référente DPI. Celle-ci a été identifiée sur ce pilotage en octobre 2017 pour avoir mené un travail sur la formalisation, la mise en œuvre et l'évaluation du processus « dossier patient » depuis 2013. Ce groupe de travail est en lien avec l'instance CIV (Cellule d'Identitovigilance) et le référent informatique/dossier informatisé du groupe intervenant sur Lillebonne de façon privilégiée, s'agissant du déploiement du respect des règles relatives au dossier. Les missions et rôles du pilote du processus dossier ont été définis, formalisés et communiqués. Les missions de la CIV sont formalisées dans une charte de fonctionnement. Le suivi des indicateurs IQSS de tenue du dossier patient est organisé et piloté par référent DPI en lien avec la cellule qualité. Les acteurs impliqués dans la gestion du dossier et dans la gestion des demandes d'accès sont identifiés et leurs rôles sont formalisés (référent informatique, médecin DIM, responsable système d'information, président de CME, agent d'administration, secrétaires médicales, secrétaire PMSI, responsable d'unité).

L'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Sur le plan des ressources documentaires, les organisations sont formalisées. L'accès du patient à son dossier est organisé et l'information en est donnée par le livret d'accueil et par affichage à l'entrée des services. Cet accès est cité comme élément favorable à la politique de bientraitance, consignée dans une charte. Une procédure « circuit du dossier patient » et « tenue du dossier patient » est à disposition dans la gestion documentaire informatisée. Elle traite de la création du dossier jusqu'à son archivage. Les procédures dégradées pour la gestion du dossier patient en cas de rupture du système sont établies (procédure de conduite à tenir en cas de panne du logiciel). Les habilitations des droits d'accès sont données par profil métier. L'organisation est décrite dans la procédure d'accès au dossier patient. Le traitement des anomalies est prévu (procédure fusion des doublons) et le suivi est organisé au niveau de la CIV-DPA. Un système de communication du dossier du fait de la juxtaposition papier et informatique est en place (fiche de liaison) entre professionnels de l'établissement et/ou correspondants externes.

Sur le plan des ressources humaines, la formation des utilisateurs du dossier patient est prévue au plan de formation institutionnel (identitovigilance, formation des référents, formation mise à jour du logiciel,...). Le dispositif d'information/formation des professionnels repose sur le guide d'aide à l'utilisation du logiciel dossier patient informatisé versus hospitalisation complète – ambulatoire - SSPI. Pour les nouveaux arrivants et étudiants ce dispositif est complété d'un temps de formation intégré au parcours d'intégration. La sensibilisation aux risques spécifiques est organisée et les utilisateurs des applications informatiques signent une charte à leur arrivée dans l'établissement.

Sur le plan des ressources matérielles, les équipements nécessaires au système d'information, support du dossier patient, sont identifiés et leur mise à disposition est organisée. La politique d'investissement de l'établissement en matériel informatique a permis le déploiement du dossier informatisé. La gestion du renouvellement des équipements et leur maintenance est de la compétence du responsable du système d'information.

La coordination des circuits est assurée par la pilote du processus qui fait partie des instances de management de la qualité : CQGR, CIV et groupe DPI. La gestion des interfaces est organisée pour

faciliter la concertation entre les professionnels et les services médico-techniques (analyse pharmaceutique), administratifs (notamment le service des admissions pour l'identitovigilance et le service informatique), le laboratoire d'analyse externe (liaison et messagerie sécurisée permettant au laboratoire d'analyses de déposer dans le dossier informatisé les résultats d'examens qu'il a réalisés). Les professionnels communiquent les informations nécessaires à la prise en charge du patient via le dossier patient informatisé. En cas d'hospitalisation en urgence par le CHI Caux ; une fiche « transfert en urgence » permet une communication immédiate des renseignements cliniques du patient (dossier de liaison pré-programmé).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La pilote du dossier patient, l'encadrement de proximité, le référent informatique sensibilisent et accompagnent les professionnels sur la gestion du dossier patient. Les informations en lien à la gestion du dossier sont notamment délivrées lors des réunions de service, des temps de transmissions ou encore par internet et/ou journal interne « Infos Tous Vents ». Les réunions de service admissions – administration – secteurs d'activité permettent des échanges pluriprofessionnels. Les événements indésirables sont déclarés et analysés. Les résultats sont communiqués. La conformité des pratiques est évaluée au sein des services, les personnels des services participent aux audits ponctuels de tenue du dossier patient ou encore aux démarches d'EPP (audits de dossiers pour exemple). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, suivi des indicateurs, etc.) avec la participation des professionnels du terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, en compétences et en effectifs, sont adaptées aux besoins de l'établissement (formations à l'utilisation du logiciel dossier patient, formations identitovigilance, formation des référents). La formation à l'utilisation de l'outil informatique est assurée auprès des personnels permanents, des nouveaux arrivants et des personnels remplaçants par le référent DPI ou encore via les procédures et guides disponibles dans la GED. Le suivi quantitatif de ces actions de formation est assuré annuellement. Le responsable du système d'information intervient en soutien. Une fiche formalise les numéros d'appel en cas de problèmes informatiques (au sujet du matériel, des logiciels et des réseaux extérieurs). Les ressources documentaires sont disponibles sur les postes informatiques des services (procédure gestion du dossier patient, procédures dégradées). Elles sont dématérialisées, connues, utilisées par les professionnels et actualisées au fur et à mesure de l'évolution de l'informatisation du dossier (installation d'une nouvelle version). Toute nouvelle procédure fait l'objet d'une communication par le référent DPI et d'un affichage en salle de soins. Une liste d'émargement en confirme la prise de connaissance. Les matériels informatiques pour l'accès au dossier patient sont fonctionnels et déployés dans tous les services permettant une validation en temps réel. Le matériel informatique fait l'objet d'un plan de renouvellement et d'une maintenance adaptée. La politique qualité prend en compte les impacts environnementaux et prévient les pollutions environnementales potentielles en traitant ses déchets en matériels informatiques en lien avec un ESAT pour le reconditionnement.

L'établissement prévoit les dispositifs visant à garantir la disponibilité, l'intégrité des données. L'accès à la salle serveur localisée dans le bâtiment administratif est sécurisé. Un matériel de détection incendie est installé. Les données sont sauvegardées quotidiennement et répliquées sur un boîtier secondaire localisé sur un étage différent. Les accès au local des archives, aux salles de soins sont sécurisés. Les sécurités mises en place sur le plan informatique et en termes d'organisation et de conservation du dossier papier permettent une coexistence efficace des supports utilisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient est créé par le bureau des entrées pour les admissions programmées. En dehors, des heures d'ouverture du bureau ou en cas de retour d'hospitalisation par exemple, l'infirmière est amenée à créer le dossier. Les règles relatives à l'identitovigilance sont respectées et une pièce d'identité est demandée lors des formalités d'admission. Les habilitations sont données en fonction des profils. Le contenu du dossier du patient répond à l'organisation fixée par l'établissement et aux procédures formalisées pour sa création, sa tenue, son archivage. Le support informatique est déployé en hospitalisation (complète et ambulatoire) et SSPI. Pour les actes réalisés au bloc opératoire, l'informatisation est en cours de finalisation. Le dossier comporte trois parties dont certains volets sont papier : volet administratif (étiquettes, différents formulaires : désignation de la personne de confiance, à prévenir, inventaire...), volet de coordination (fiche de liaison service et bloc opératoire). Dans le dossier informatique sont retracés les transmissions, le plan de soins, les prescriptions pharmaceutiques, l'évaluation initiale, la prise en charge de la douleur, la prise en charge du risque d'escarres, l'évaluation de l'état nutritionnel, les soins spécifiques, La prise en charge en USC comporte des éléments de surveillance complémentaires enclenchés tous les jours.

La coexistence du support informatisé et du support papier est encadrée à l'échelle de l'établissement, permettant ainsi de garantir une constance des pratiques. Une double sauvegarde est effectuée en miroir

sur deux étages distincts, voire trois. La CIV-DPI est en charge de la gestion des doublons et fusions d'identité. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en interne comme en externe, sont tracés en temps utile dans le dossier patient, ce qui permet une communication en temps utile des informations relatives au patient entre les professionnels impliqués en interne et en externe dans la prise en charge comme le confirment les parcours patients traceurs effectués. L'accès du patient à son dossier est réalisé conformément à l'organisation en vigueur et dans les délais prévus par la réglementation. Les interfaces entre les différents services sont opérationnelles.

Le CIV-DPA se réunit quatre fois par an. Les comptes rendus de ces réunions sont établis et intégrés dans la gestion documentaire. La communication sur les actions et sur les résultats d'évaluation, dont les indicateurs, est effective et passe par différents supports, mise à disposition des indicateurs IQSS dans les unités, réunions de service, temps de transmissions, Infos "Tous Vents", journée Semaine Sécurité des Patients. La CDU est informée des demandes des patients pour l'accès à leur dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier patient. Les demandes d'accès du patient à son dossier sont suivies, nombre de demandes, délais de transmission. La feuille de déclaration des événements indésirables (FEI) permet de signaler les dysfonctionnements liés à la gestion du dossier patient et à l'identitovigilance (doublons, collisions). La clinique "Tous Vents" participe aux campagnes de recueil des indicateurs IQSS et mène des audits spécifiques de tenue du dossier sur certains items (tenue du dossier en ambulatoire – traçabilité PEC de la douleur – traçabilité risque d'escarre, par exemple). L'établissement a par ailleurs mené une évaluation de son système d'information via un cabinet extérieur en vue de répondre aux attendus des indicateurs Hôpital Numérique (audit le 12/01/2016 sur les pré-requis).

Les résultats des différentes évaluations sont exploités et concourent à la définition d'actions correctives. Des actions ciblées sur les indicateurs non performants sont mises en œuvre : traitement de sortie – courrier de fin d'hospitalisation ou courrier de sortie - tenue de dossier d'anesthésie . Les bilans annuels de la CIV-DPA, de la CDU (accès du patient à son dossier) sont établis et présentés aux instances (taux de disponibilité des applications cliniques "Tous Vents").

A / AGIR

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

L'établissement prend en compte les résultats des évaluations externes pour définir des plans d'actions. Les indicateurs sur le document de sortie, dont le score pour le recueil 2015 est faible, a amené la structure à travailler sur ce sujet. Des actions ont ainsi été conduites à l'échelle de l'établissement à savoir : refonte du courrier de sortie et dictée numérique. En interne, les résultats des audits et des signalements des événements indésirables sont pris en compte dans la définition des actions d'amélioration à apporter au fonctionnement du processus. Les actions engagées sont intégrées au PAQSS de l'établissement et pour celles à caractère prioritaire, au compte qualité. La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (instances, CDU, affichage, réunions de Service, Semaine Sécurité des Patients, etc.). L'affichage des indicateurs à diffusion obligatoire est effectif. Les nouvelles itérations des évaluations et recueils d'indicateurs permettent d'objectiver l'impact des actions menées et de réajuster les objectifs ainsi que la politique.

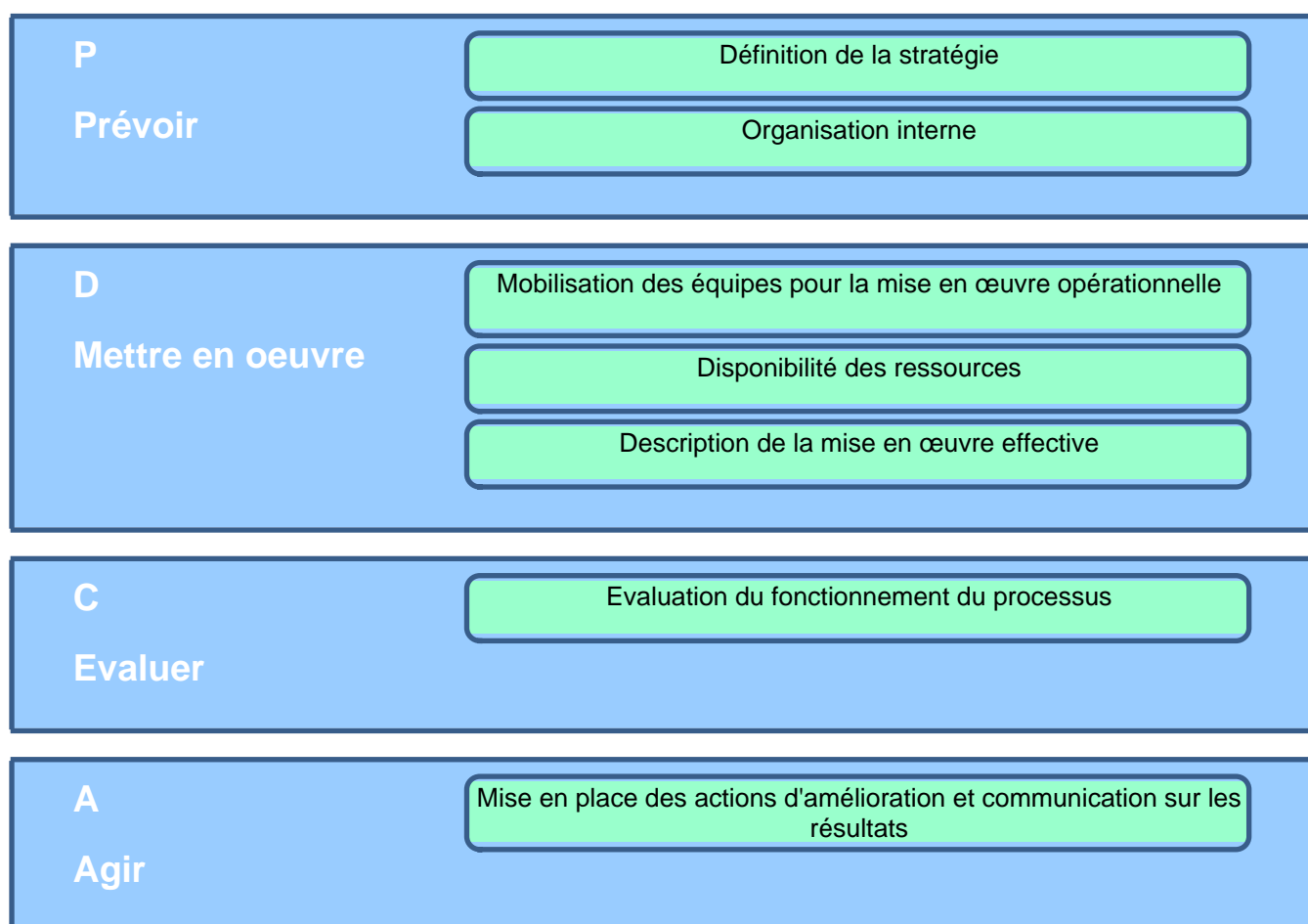
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient est formalisée. Elle intègre la dimension "lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé".

Elle est élaborée en prenant en compte les exigences de l'arrêté du 6 avril 2011 et l'analyse des risques propres à l'établissement. La cartographie des risques du circuit du médicament intègre l'analyse des risques a priori propres à la clinique "Tous Vents".

Cette politique, validée par le COPIL-COVIRIS/CME, est révisée chaque année. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées avec des objectifs, ce qui permet l'élaboration d'un programme d'actions.

Le contrat de bon usage du médicament (CBU) est élaboré par l'établissement.

Des objectifs sont définis, des actions sont mises en place, les responsables sont nommés. Un échéancier est réalisé avec des modalités de suivi (tableau de bord, quick audit, réunions de service, 1/4h médicaments).

Il existe une articulation entre le compte qualité et le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "management de la prise en charge médicamenteuse du patient" est assuré par la pharmacienne et la directrice qualité (DQR). Les rôles et responsabilités sont identifiés, formalisés dans leurs fiches de missions respectives.

Un manuel qualité de la nouvelle PUI est réalisé, du fait de son installation dans des nouveaux locaux début novembre 2017. Le responsable qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCM) définit le programme d'actions prioritaires.

Les risques et les besoins sont identifiés, la clinique " Tous Vents " prévoit les ressources, en conséquence et elle organise la formation des personnels. La pharmacienne est présente sur ce site 5 demi-journées par semaine.

Les règles et supports de prescription sont décrites dans la procédure du circuit du médicament, tout est informatisé de la prescription à l'administration au lit du patient.

La pharmacienne tient à jour la liste des praticiens habilités à prescrire.

Une liste de médicaments à risque est rédigée par le COMEDIMS.

La nouvelle PUI permet une gestion du stock, en temps réel.

Lorsque la pharmacienne n'est pas sur site, une procédure dégradée est en place : une armoire scellée de médicaments se trouve dans l'infirmerie du service de chirurgie. Si le médicament ne s'y trouve pas, un dépannage auprès du Centre Hospitalier de Lillebonne (CHI) est possible. Sinon les professionnels ont recours au pharmacien de ville, puis au CHU de Rouen. Des conventions sont signées avec le CHI et la pharmacie de ville, pour le CHU de ROUEN, c'est une entente tacite.

Cette procédure dégradée est intégrée dans la base documentaire informatisée, mais un classeur papier est à disposition des équipes en cas de panne informatique sur un mode dégradé.

La pharmacienne prépare les armoires fermées par un code, ces dernières sont montées dans les services par un factotum. Les médicaments, en chirurgie, sont dans des placards fermés par un cadenas à code. En ambulatoire, les médicaments sont dans le chariot de distribution qui lui est fermé par un digicode.

Les stupéfiants sont montés dans une caisse scellée, puis mis dans un coffre à l'infirmerie, qui lui même se trouve dans une armoire codée.

L'analyse pharmaceutique est complète avec la prise en compte du traitement personnel du patient (les jours où la pharmacienne est présente sur le site). La conciliation médicamenteuse est réalisée par rapport aux ordonnances du médecin traitant, par rapport aux prescriptions de l'anesthésiste, la vérification du traitement apporté, ainsi que le nom du pharmacien de ville noté.

L'établissement informe le patient de la nécessité de transmettre à l'arrivée son traitement personnel, qui est géré par les infirmières avec une information ciblée et éducative lors de sa remise à la sortie.

Lors de la consultation de pré anesthésie (CPA), le médecin anesthésiste photocopie l'ordonnance du traitement personnel du patient qui lui aura été demandé d'apporter.

L'anesthésiste évalue le traitement et décide alors de le conserver, de le modifier, ou de supprimer tout ou une partie du traitement pour la période per-opératoire. Le traitement est alors reporté sur la prescription informatisée. Le praticien doit prescrire le médicament référencé dans le livret thérapeutique. Si le médicament est non substituable ou ne pouvant être interrompu, l'IDE prévient la pharmacienne via le logiciel.

Les médicaments apportés par le patient sont alors retirés, étiquetés, rangés dans une armoire sécurisée dans l'infirmerie et ils lui seront rendus lors de son départ.

En post-opératoire le traitement est réévalué et prescrit sur le DPI par le praticien.

L'interface entre les services de soins et la PUI est facilitée par l'outil informatisé et la collaboration efficiente entre les responsables de service, la pharmacienne et la directrice qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et un plan d'actions concrets ont été identifiés. Le management de proximité (DQR, responsable des soins, IDE référentes) anime leur mise en œuvre auprès des équipes.

Des actions régulières de sensibilisation des professionnels sont organisées en particulier sur les "Never Events" et leur déclaration, l'accent est mis sur les médicaments comme par exemple les anticoagulants.

La déclaration des événements indésirables liée au circuit du médicament est connue, appropriée par tous les professionnels de la clinique "Tous Vents". Les erreurs médicamenteuses sont signalées ainsi que les "presqu'erreurs". Le traitement de ces événements indésirables est effectué par le COMEDIMS/CME.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats.

Le niveau de connaissance et d'appropriation par les professionnels de terrain des bonnes pratiques est suivi régulièrement par la DQR, la pharmacienne, notamment pour la préparation des pilluliers, la distribution et la traçabilité du médicament aux patients.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise de médicament du patient chez le sujet âgé est effective. Une EPP fut réalisée sur ce sujet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les deux responsables, la pharmacienne et la DQR sont formées au processus du circuit du médicament, ainsi que tout le personnel soignant.

Des flyers sont distribués sur les sujets comme : la règle des 5B, le médicament, le traitement personnel, les Never Events. Des rappels sont faits régulièrement dans le petit journal mensuel, ainsi que dans les 1/4h spécifiques à ce sujet.

Des documents d'éducation à la gestion du traitement sont remis au patient lors de sa sortie.

La pharmacienne étant présente sur site cinq demi-journées par semaine, les conciliations médicamenteuses peuvent être décalées dans le temps.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de bonne prescription sont mises en œuvre, de la prescription à la traçabilité de la distribution au lit du patient en temps réel. Toute anomalie est tracée dans le DPI (non prise de médicament, refus de prise etc).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, l'analyse pharmaceutique est réalisée, elle inclut le traitement personnel du patient.

Lorsque le patient vient des urgences du CHI de Lillebonne, une feuille avec son traitement est transmise avec le dossier.

Le recueil des erreurs médicamenteuses est assuré, c'est un objectif du COMEDIMS.

Les règles de gestion, transport, stockage et rangement sont respectées.

La traçabilité sur le DPI de la prise du médicament est faite en temps réel, après que l'IDE se soit assurée que le patient avait bien avalé le médicament.

Les chariots d'urgences sont vérifiés chaque mois. S'ils sont utilisés l'IDE remplace le médicament sorti en notant sur la fiche de traçabilité, il est ensuite scellé avec un lien de sécurité vert s'il est incomplet et un lien rouge de sécurité si ce dernier est complet. Ainsi, il est toujours fermé et sécurisé. Le défibrillateur est lui vérifié chaque jour, sa vérification est tracée.

Les professionnels non habilités ne peuvent pas pénétrer dans la pharmacie. Les infirmeries sont fermées par un digicode.

Un stock d'urgence est mis en place à la pharmacie de l'infirmerie de chirurgie, dans une armoire fermée par un digicode. Une procédure dégradée est en place pour répondre aux urgences éventuelles en l'absence de la pharmacienne.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du circuit du médicament est régulière (audit médiéval sur la dispensation, l'administration, la prescription dont la prescription chez la personne âgée). D'autres audits sont réalisés sous forme de quick audits.

Les EPP réalisées concernent l'antibioprophylaxie, la gestion des anticoagulants, le CRO /ORTHORISQ.

Les antibiothérapies sont réévaluées toutes les 48 h et/ou 72 h de façon systématique dans le DPI, grâce à l'alerte générée par l'outil de prescription informatisé.

La politique du médicament est réajustée en fonction des résultats des actions conduites, un bilan annuel du programme de prise en charge médicamenteuse est conduit et présenté aux instances. Les représentants des usagers en sont informés.

Un tableau de suivi des indicateurs est en place.
Une cartographie de risques a priori et a posteriori est réalisée, suivi et réajustée si besoin.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées au PAQSS. Il intègre également l'analyse des risques du compte qualité, la politique du médicament, et il tient compte des résultats des actions conduites et des audits. L'analyse des erreurs médicamenteuses se fait en CREX et donne lieu à des recommandations. Des actions visant le bon usage du médicament sont réalisées (guide de bon usage des antibiotiques, livret thérapeutique, liste des génériques), toutes validées en COMEDIMS. Le journal "Infos Tous Vents" qui paraît chaque mois, mentionne les étapes d'avancement du plan d'actions. La communication des résultats des actions est réalisée en interne lors des réunions de services, dans le journal, flyers et dans la gestion documentaire informatisée. Les usagers sont informés lors de la présentation du bilan qualité et gestion des risques réalisée et communiqué annuellement.

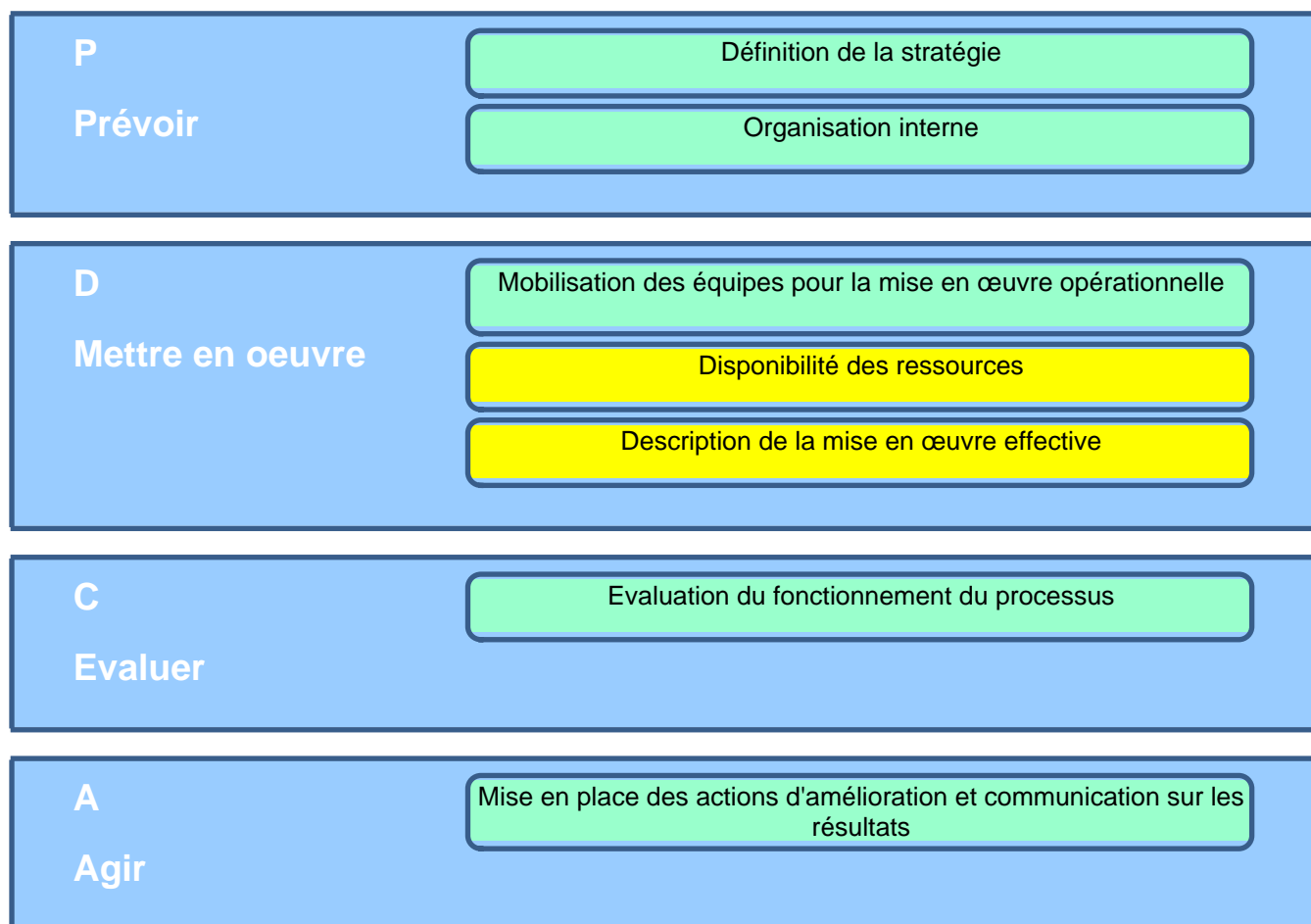
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique de Lillebonne « Tous Vents », groupe Santé développement, réalise une activité interventionnelle, en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire. Le bloc opératoire est situé au 1er étage comportant 5 salles (1 salle servant d'arsenal stérile) avec 8 postes de SSPI. Une salle est dédiée à l'activité de chirurgie gynécologique et aux césariennes, réalisées par le Centre Hospitalier Intercommunal Caux Vallée de Seine (CHI). Les activités chirurgicales de la clinique sont la chirurgie orthopédique-traumatologique, chirurgie viscérale, ORL, ophtalmologie, stomatologie et endoscopie.

L'unité d'ambulatoire, est localisée au 3ème étage, tout comme le secteur d'hospitalisation conventionnelle.

L'activité globale pour 2016 est de 4010 actes interventionnels dont 3439 actes programmés (86%).

Une analyse des risques a priori a été actualisée en 2017 avec les pilotes et les professionnels au regard des besoins et des missions propres à l'établissement. Six risques ont été identifiés et intégrés au compte qualité. Ces risques sont hiérarchisés et donnent lieu à 6 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).

L'identification et l'analyse des missions et des objectifs sont inscrites dans le projet d'établissement 2013 – 2018, validé par les instances CoDir et CME. Il précise en particulier le développement de l'activité de chirurgie orthopédique programmée, de la chirurgie ambulatoire, s'inscrivant également dans des objectifs territoriaux décrits dans le CPOM 2014-2019.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique "Tous Vents" a mis en place une organisation interne pour piloter le processus bloc opératoire. Il s'agit de la responsable du bloc (professionnelle en retraite depuis 2012 et embauchée en CDD en date du 18/10/2017) et de l'infirmière hygiéniste (intervenant depuis le 1er novembre 2017 sur le site à hauteur de 0,15 ETP sur un temps partagé avec d'autres cliniques du groupe).

Le comité de bloc commun avec le centre hospitalier intercommunal est l'instance de pilotage mise en place. Ses missions sont spécifiées dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire, actualisée en 2017, en attente de validation par les deux parties prenantes. Il existe également une charte de fonctionnement de l'unité chirurgicale ambulatoire mise en place depuis septembre 2017.

Les pilotes 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 pour assurer la prise en charge des patients en heures ouvrables et non ouvrables.

Il existe un plan de formation institutionnel (AFGSU, hygiène au bloc opératoire...) et un accompagnement personnalisé des nouveaux arrivants IDE.

Pour la prise en charge des « urgences » chirurgicales 7 j/7, 365 j/365, l'établissement a mis en place plusieurs lignes d'astreinte médicale et paramédicale :

- un médecin anesthésiste-réanimateur

- un chirurgien viscéral

- un chirurgien orthopédiste

- deux professionnels du bloc opératoire (astreinte de 18 h 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. Il est à noter que les césariennes en urgence réalisées au bloc opératoire de la clinique font appel aux gynécologues, aux anesthésistes et IADE du centre hospitalier intercommunal.

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 responsable du bloc. Les maintenances sont annoncées.

Les différents circuits (patient, personnel, déchets) sont définis ainsi que les différentes interfaces : la stérilisation interne à la Clinique, les laboratoires, l'EFS, le laboratoire extérieur pour les prélèvements d'anatomopathologie, 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 Intercommunal Caux Vallée de Seine de janvier 2013 pour les urgences chirurgicales et la gynécologie-obstétrique. L'échange des informations et la coordination entre les différents secteurs est organisé (fiche de liaison service - bloc...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel de la démarche qualité sécurité, est assuré par la responsable du bloc opératoire et le responsable du secteur ambulatoire, appuyées par le comité de bloc.

Elles relaient les objectifs, les actions et les résultats auprès de leurs équipes lors de réunions de service réunissant l'ensemble des professionnels paramédicaux. Les comptes rendus sont communiqués aux professionnels.

Une visite de risques hygiène au bloc opératoire a été effectuée mi octobre 2017. Elle a permis de mettre en place plusieurs actions avec les professionnels et a conduit à une « journée OFF » le 20/11/2017 pour communiquer, informer et échanger avec les professionnels.

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 « sécurisation de la prise en charge des patients obèses et hypertendus au bloc opératoire » en 2016, la « gestion des déchets » en octobre 2017 suite à la visite de risques hygiène et conduisent à des actions correctives.

Les événements indésirables sont intégrés au système institutionnel et font l'objet de plus en plus de déclarations électroniques : 12 EI ont été déclarés en 2016 sur le bloc opératoire et 37 jusqu'en mai 2017. Ils sont analysés par la cellule qualité gestion des risques de l'établissement avec les responsables concernés. Des plans d'actions sont mis en place.

Les baisses des indicateurs IPAQSS du dossier d'anesthésie en 2016 ont fait l'objet de communication en CME et conduisent à des plans d'action spécifiques en particulier sur la douleur en lien avec le CLUD.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des fiches de poste ou fiches de fonction sont formalisées pour certaines fonctions des paramédicaux au bloc opératoire en particulier chef de bloc, infirmière de bloc, PCR, secrétaire de bloc, brancardier. Il existe plusieurs référents au sein du bloc opératoire : PCR, responsable hémovigilance, hygiène, référente SSPI (IADE).

Les formations des professionnels paramédicaux sont réalisées en interne (hygiène, radioprotection patient) ou par des prestataires extérieurs et sont suivies. Les fiches de formation à la « radioprotection travailleur » sont récupérées par le PCR pour la plupart des praticiens. Les nouveaux arrivants ont un livret d'accueil institutionnel. Un tutorat est mis en place jusqu'à une autonomie dans la fonction Faisant Fonction IBODE (FFIBODE) et un livret d'accueil spécifique au bloc avec un plan de formation est en projet.

Les six IDE travaillant au bloc sont en cours de VAE (livret 1 actuellement). Les autres professionnels travaillant au bloc sont 1 ASH, 1 AP et 1 AS, 2 brancardiers (brancardier interne et brancardier externe) et 3 IDE de SSPI dont une partagée avec la chirurgie. Une ASH, référente hygiène, est affectée au traitement des endoscopes. Néanmoins, tous les professionnels du bloc ne sont pas qualifiés pour les postes occupés, notamment sur les astreintes. Dans l'effectif du bloc opératoire, il existe 1 agent de service hospitalier (ASH) et 1 auxiliaire de puériculture (AP) qui ont des attestations signées par le directeur régional des affaires sociales de Haute Normandie en date du 23 décembre 2002 de satisfaction à l'épreuve de vérification des connaissances des personnels aides opératoires et aides instrumentistes. L'ASH est habilitée à exercer l'activité d'aide opératoire ou d'aide instrumentiste en chirurgie orthopédique et ophtalmologique. L'AP est habilitée pour les activités de gynécologie obstétricale et urologie. Il n'y a pas eu de formation ou d'actualisation des connaissances depuis 2002. Par ailleurs, il existe dans l'effectif du bloc opératoire une aide soignante diplômée travaillant 4 jours par semaine, pour laquelle il n'y a pas d'habilitation particulière.

Pour assurer l'activité d'urgence 24h/24, 365j/365 j, deux professionnels du bloc sont d'astreinte et sont déplacées systématiquement dès lors qu'un patient est opéré. En raison des déplacements des professionnels en astreinte, des arrêts maladie (2 au moment de la visite), la validation des compétences ne peut pas toujours être respectée. De plus, les listes d'astreinte fournies (octobre, novembre et décembre 2017), montrent qu'en particulier l'Aide Soignante Diplômée qui n'a pas de validation de compétence, est notée sur la liste d'astreinte au même titre que les autres professionnels (ASH et AP). En procédure dégradée, la césarienne en urgence a fait l'objet d'une convention avec le Centre Hospitalier Intercommunal pour que la sage-femme (centre hospitalier) puisse ouvrir le bloc en attendant l'arrivée des professionnels. En urgence, la nuit, week-end et jours fériés, les activités prises en charge au bloc opératoire sont les activités d'orthopédie ou de chirurgie viscérale, et l'activité d'obstétrique et gynécologique, pour lesquelles les professionnelles sus-citées ne sont pas toujours habilitées.

Les ressources en locaux sont pour la plupart adaptées aux besoins et fonctionnels. Les cinq salles utilisées sont classées :

- ISO 5 pour la salle d'orthopédie et ophtalmologie
- ISO 7 pour les quatre autres salles dont la salle de césarienne.

Il existe sur la gauche du sas de transfert deux salles pour l'ORL et l'endoscopie. La salle de chirurgie viscérale et autres spécialités est située en face de la salle d'orthopédie. La salle de césarienne-gynécologie est un peu excentrée.

La SSPI comporte 8 postes et a un accès direct du sas de transfert.

Les circuits des patients ainsi que ceux des déchets, DASRI et DAOM sont définis, actualisés et validés par le CLIN. Ils sont affichés au Bloc Opérateur.

Les ressources documentaires sont accessibles aux professionnels dans le système documentaire institutionnel électronique. Les actualisations sont récentes pour beaucoup de procédures.

Les matériels nécessaires aux interventions sont disponibles et fonctionnels dans les différents secteurs d'activité. Il existe une maintenance préventive et curative gérée par la cadre de bloc.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité (bloc opératoire et unité de chirurgie ambulatoire ou secteur d'hospitalisation conventionnelle) ont globalement mis en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne précisé dans les chartes respectives.

Les planifications opératoires sont faites pour leur grande majorité par les secrétaires des praticiens dans le logiciel prévu, sur les vacances opératoires offertes, sauf pour la gynécologie (Centre Hospitalier Intercommunal). En cas de besoins spécifiques et d'urgence, un contact direct avec la responsable du bloc est pris (urgence, déprogrammation...). La vérification des demandes d'intervention, faxées, est assurée par la responsable du bloc qui organise le programme opératoire de la semaine suivante dans les vacances dédiées, et vérifie la disponibilité des matériels demandés. Néanmoins, il n'y a pas de demande d'intervention pour tous les patients pris en charge au bloc opératoire.

La validation de programmation opératoire, le jeudi de la semaine précédente est mis en place avec les cadres des différents secteurs (Bloc, ambulatoire), un médecin anesthésiste et un chirurgien, conformément à la charte du bloc opératoire. Une impression papier de ce document est réalisée pour le bloc opératoire, les brancardiers et les secteurs d'hospitalisation. De plus, le programme opératoire est actualisé la veille en début d'après-midi en fonction des urgences et des aléa éventuels. Il est accessible par les différents secteurs électroniquement mais peu utilisé (informatisation totale de l'ambulatoire 15 jours avant la visite de certification). Une impression papier est réalisée et distribuée.

Les patients sur des brancards ou dans les lits, sont accompagnés au bloc opératoire par un brancardier extérieur dédié, avec leur dossier.

La consultation d'anesthésie est réalisée et tracée informatiquement dans le logiciel prévu depuis 2016, pour les patients programmés. Une impression papier de cette dernière est réalisée sur une feuille dédiée jaune dont le recto sert de traçabilité de la période peropératoire. La signature de sortie de SSPI est informatisée.

Les patients sont accueillis et pris en charge par un brancardier interne au bloc opératoire et accompagnés jusqu'à la salle interventionnelle prévue. La régulation quotidienne est assurée permettant le respect de la programmation et la sécurité des patients par la responsable du bloc 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 (version 2016) et disponible en version papier.

La traçabilité des DMI est organisée et effective. Elle est effectuée sur le cahier de salle, sur le cahier spécifique « traçabilité des DMI » ainsi que sur la feuille patient (fiche de liaison – Check List). Les vérifications des ouvertures des salles interventionnelles sont effectuées par les professionnels ou pour la partie anesthésique (matériel en salle et en SSPI). Cependant, l'ouverture de la salle de césarienne n'est pas tracée tous les jours.

La traçabilité des actes est notée sur le cahier de salle avec en particulier les tops horaires des heures d'entrée et de sortie des patients. Ils sont repris a posteriori afin de permettre la mise à disposition d'indicateurs quantitatifs comme le TROS, par praticien.

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 préopératoire...). L'appel du lendemain est assuré par l'IDE (le lundi pour les actes du vendredi), tracé et également informatiquement. Néanmoins, les patients d'ophtalmologie ne sont pas appelés (veille et lendemain).

Différents indicateurs sont également relevés d'après les fiches d'appel.

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

- Une fiche de liaison service bloc, renseignée et insérée dans le dossier patient, de même la partie droite de cette feuille concerne la fiche de liaison bloc-service
- Le compte rendu opératoire, lorsqu'il est fait au bloc opératoire est imprimé et mis dans le dossier patient,
- La traçabilité des DMI...

Les interfaces avec les autres secteurs sont également opérationnelles (fiche de liaison avec la stérilisation, examens biologiques avec accès aux résultats du laboratoire extérieur...). Le bionettoyage est externalisé depuis 2016 et fait l'objet d'une convention avec le prestataire extérieur. Un audit des pratiques a permis de mettre en place des actions d'amélioration.

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

Les traçabilités sont pour la plupart d'entre elles assurées (chariot d'urgence adulte et enfant, frigidaires...). Néanmoins, les comptes rendus opératoires des interventions bénéficiant de l'utilisation de l'amplificateur de brillance ne précisent pas l'appareil utilisé ni la dose patient. De plus, les visites pré anesthésiques ne sont pas toujours renseignées.

Des réunions d'informations sont réalisées et tracées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

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 comité de bloc.

En chirurgie ambulatoire, plusieurs indicateurs qualité sont également suivis comme le nombre d'appels aboutis, le nombre de réhospitalisations, la douleur, la satisfaction des patients à l'aide des fichiers d'appels de la veille et du lendemain.

Plusieurs EPP et audits ont été réalisés comme par exemple la conformité de l'habillage au bloc opératoire (78,2% en mai 2017) ou l'audit bionettoyage en 2017 avec le second tour en novembre 2017 (bionettoyage entre deux interventions).

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 ont été actualisées en novembre 2017.

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 comité de bloc.

Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. A noter l'organisation d'une « journée OFF » le 20 novembre 2017, réservée à la communication.

L'affichage requis des IQSS à destination du public est effectif.

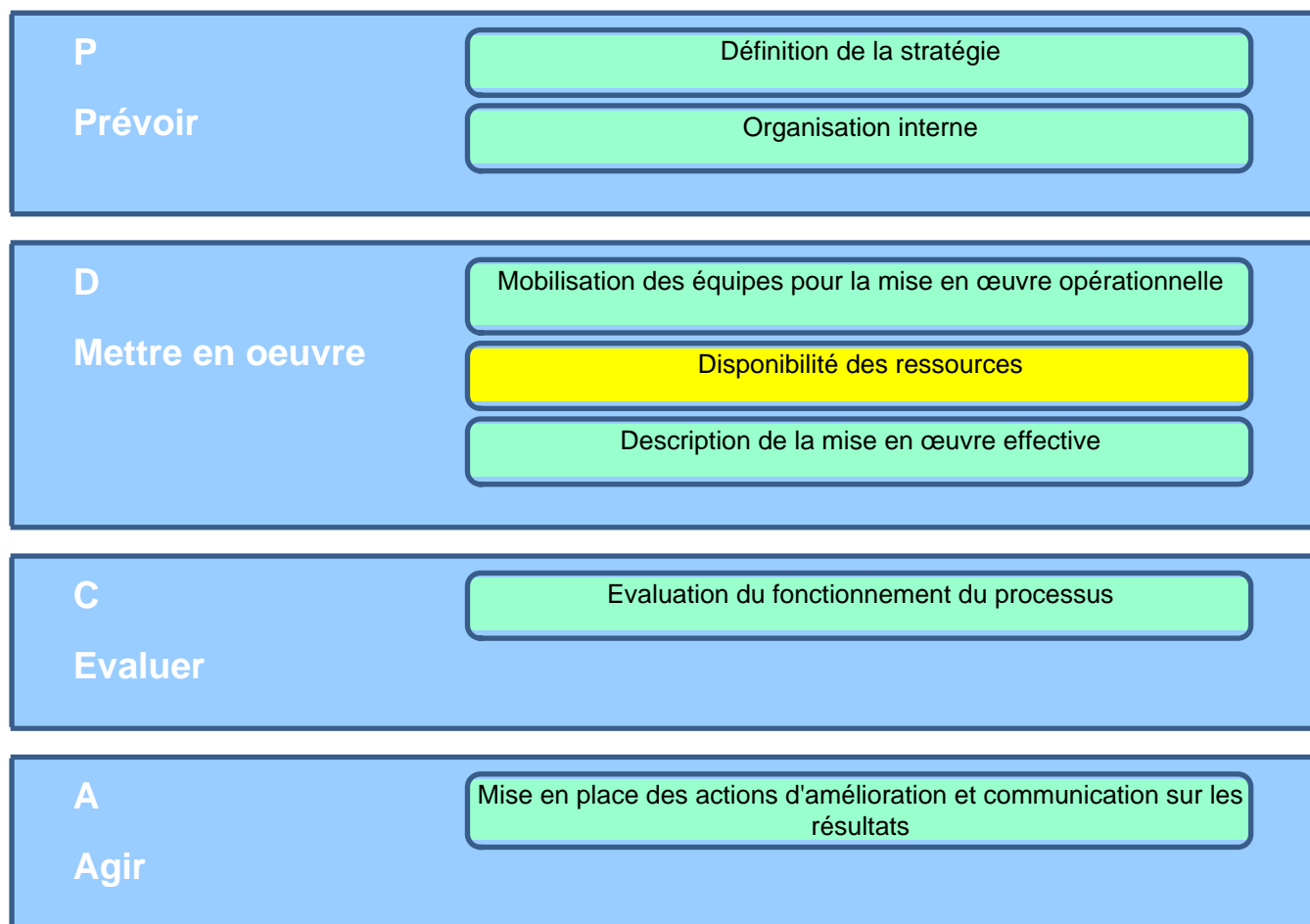
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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 clinique "Tous vents" appartenant au Groupe Clinique Développement a une activité d'endoscopie intégrée au bloc opératoire pour tous les gestes sous anesthésie générale. Il n'y a pas d'activité externe.

Il existe une salle dédiée aux endoscopies intégrée au bloc opératoire, situé au 1er étage. Cette salle est en accès direct après le sas de transfert patient, et attenante à la salle de traitement des endoscopes avec laquelle elle communique par un sas. La porte d'accès à cette salle donne dans le couloir de passage.

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.

Plusieurs risques ont été extraits pour le compte qualité. Ils sont hiérarchisés et conduisent à un plan d'action avec un responsable, une échéance ainsi que les modalités de suivi définis. Le plan d'actions est actualisé et intégré au PAQSS institutionnel.

La stratégie d'endoscopie est intégrée au CPOM 2014-2019, le projet d'établissement 2013-2018 intégrée au bloc opératoire et la politique qualité-gestion des risques 2017-2018 avec la sécurisation des prises en charge.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation interne avec comme pilote, la responsable du bloc opératoire récemment recrutée (18 octobre 2017) et comme copilote, l'infirmière hygiéniste (temps partagé à hauteur de 0,15 ETP depuis le 1er novembre 2017 avec d'autres cliniques du groupe). Ils disposent d'une lettre de mission spécifique.

Les besoins en ressources humaines nécessaires pour l'activité sont identifiés, tant pour la prise en charge des patients lors de la réalisation de l'acte d'endoscopie sous anesthésie, que pour le nettoyage et le traitement des endoscopes ainsi que la traçabilité des différentes opérations. La responsable 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 bloc opératoire, actualisée en 2017. Il existe un focus spécifique endoscopie. Afin d'assurer la prise en charge des endoscopies digestives en urgence (aucun geste urgent n'a été réalisé la nuit ou le week-end en 2016 et en 2017), une liste de praticiens est mise à disposition des professionnels.

Il existe une gestion documentaire informatisée, actualisée récemment et les protocoles ont intégrés l'instruction de juillet 2016 comme par exemple la procédure du double nettoyage et de la désinfection des endoscopes dans le soluscope-LDE...acquis récemment.

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

Le parc des endoscopes a été augmenté en avril 2017 avec l'achat d'un coloscope et d'un endoscope. Il est en nombre suffisant. Un LDE a été acquis en juin 2017.

Il existe une maintenance préventive gérée par la responsable 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 ambulatoire essentiellement, 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 démarche institutionnelle qualité-gestion des risques est déclinée dans le secteur d'endoscopie. La responsable de bloc s'assure de la conformité des pratiques et informe les professionnels. Il existe des réunions de service régulières.

Plusieurs EPP ont été réalisées :

- 2015 : audit du GREPHH avec réévaluation du traitement des endoscopes et septembre 2017
- Juillet 2016 : suivi microbiologique eau-air-surfaces + prélèvements endoscopes
- Prévention des risques en endoscopie

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. Il n'existe pas de CREX spécifique endoscopie.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de bloc participent à la prise en charge des endoscopies : une IDE en salle et une ASH pour le traitement des endoscopes, référente hygiène du bloc opératoire. De fait, ils ne sont pas tous

qualifiés pour le traitement des endoscopes. La professionnelle référente pour la décontamination est une ASH, référente hygiène. Elle n'a pas de VAE. Elle est en charge du traitement des endoscopes en semaine. Elle a fait plusieurs formations spécifiques comme « hygiène en endoscopie : actualités et évolution » en 2009, « maîtrise du risque infectieux lié au matériel d'endoscopie thermosensible » en septembre 2017, « prélèvements sur endoscopes, surfaces et eaux » en juin 2017.... Sur les professionnels de bloc qui effectuent des astreintes, il reste encore 2 IDE non formées au LDE installé en juin 2017. A noter cependant l'absence d'actes d'endoscopies réalisés en urgence en 2017.

Il existe des fiches de poste spécifiques au bloc opératoire sans spécificité pour l'endoscopie en particulier pour le traitement des endoscopes.

Les formations réglementaires comme l'hygiène des mains 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) et formation sur les prélèvements des endoscopes en juin 2017.

Les documents permettant une prise en charge sécurisée du patient sont mis à la disposition des professionnels et sont intégrés dans le système informatique institutionnel, comme le stockage des endoscopes dans l'armoire. Le circuit des endoscopes a été élaboré par l'EOH et validé par le CLIN. Les documents ont intégrés l'instruction de juillet 2016, concernant le traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux.

Les équipements et matériels prévus pour l'activité d'endoscopie sont disponibles, adaptés et entretenus. Le parc d'endoscopes digestifs a été augmenté en 2017.

Les opérations de maintenance préventive et curative sont suivies par la responsable de bloc.

Il existe un cahier de vie pour chaque endoscope.

Pour le traitement des endoscopes, il existe une salle, dans le bloc opératoire, contiguë de celle où sont réalisés les gestes. Cette salle est exigüe et comporte une paillasse manuelle de quatre bacs et un espace de séchage, un laveur-désinfecteur d'endoscopes mono cuve acquis en juin 2017. Cette salle est munie d'un système de ventilation efficace. Le matériel de protection est mis à disposition. L'armoire à rangement vertical des endoscopes, est positionnée dans la salle d'endoscopie. Un passe-plat permet la sortie de l'endoscope usagé dans un bac protégé enveloppé en rouge vers la salle de traitement, d'où il sort après traitement dans un bac protégé vert, pour être rangé dans l'armoire dédiée. L'étiquette de traitement est collée sur le sac vert.

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, à l'aide d'une feuille de programmation papier traçant le risque ATNC. Les patients sont programmés dans le logiciel prévu par le cadre du bloc. La majorité des actes sont réalisés sous anesthésie générale et en chirurgie ambulatoire.

La régulation de l'activité quotidienne est assurée par la responsable du bloc et permet d'assurer la continuité de la prise en charge et la sécurisation des patients. le matériel de protection est mis à disposition des professionnels. Les bonnes pratiques sont mises en oeuvre.

Les endoscopes sont tous identifiés par une bague avec un numéro. La traçabilité de l'ensemble des étapes de la prise en charge de l'endoscope est assurée : prétraitement avec l'identification du professionnel et des différentes étapes réalisées, édition du ticket du LDE (un 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 préopératoire. Elle est tracée sur une feuille spécifique. Il n'y a pas d'utilisation de DMI lié aux activités d'endoscopie réalisées à la clinique.

La check list sécurité du patient endoscopie est réalisée et tracée sur le document papier.

Les compte-rendus des actes interventionnels sont faits et intégrés dans le dossier du patient. Ils comportent le numéro de l'endoscope ainsi que la date de mise en circulation et le traitement réalisé.

La planification, la réalisation et le suivi des prélèvements microbiologiques sont assurés et suivis a minima par l'EOH et la responsable du bloc (LDE, surfaces,...). Les résultats sont transmis et conservés dans le cahier de vie de chaque endoscope. En cas de non conformités, de nouveaux prélèvements sont réalisés.

Les endoscopes séquestrés sont isolés dans un bac marqué séquestré, sous la paillasse manuelle dans le local de traitement des endoscopes. Il n'existe pas de prêt de matériel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit et diffuse des tableaux de bord interne d'activités et suit la déclaration électronique des EI. Plusieurs indicateurs de suivi ont été mis en place comme le nombre d'interventions par praticiens, le nombre de gestes en ambulatoire...

Des audits et/ou EPP ont été menés comme l'Audit du GREPHH en 2015 pour les endoscopes souples non auto-clavables avec canaux, actualisé récemment (septembre 2017) et l'Audit étiquettes endoscopes en

juin 2017.

Le suivi des taux de conformité et des non-conformités des prélèvements est réalisé avec un retour annuel au CLIN. Une évaluation quantitative et qualitative périodique des activités est réalisée et communiquée aux professionnels lors des réunions de service.

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 et inscrites dans le PAQSS. Elles ont été actualisées en novembre 2017.

Le suivi des indicateurs, les résultats des évaluations et des prélèvements conduisent à l'identification d'actions d'amélioration structurées, validées par la direction et le CLIN de la clinique voire l'interCLIN commun avec le centre hospitalier intercommunal Caux Vallée de Seine.

Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels. A noter l'organisation d'une « journée OFF » le 20 novembre 2017, réservée à la communication.