



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE D'ALENÇON

**62 rue candie
61000 ALENCON
JANVIER 2019**

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	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE D'ALENCON	
Adresse	62 rue candie 61000 ALENCON
Département / région	ORNE / 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	610006413	S.A.S.U. CLINIQUE D'ALENCON	62 rue candie 61000 ALENCON
Etablissement de santé	610006421	CLINIQUE D'ALENCON	62 rue candie 61000 ALENCON

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	36	/	22
SSR	SSR	51	10	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie HC	ligamentoplastie sur déchirure ligamentaire du gen	programmé	simple	MCO
2	Adulte	Secteur Ambulatoire	coloscopie	programmé	simple	MCO
3	Adulte	SSR	rééducation reprise PTH	programmé	complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

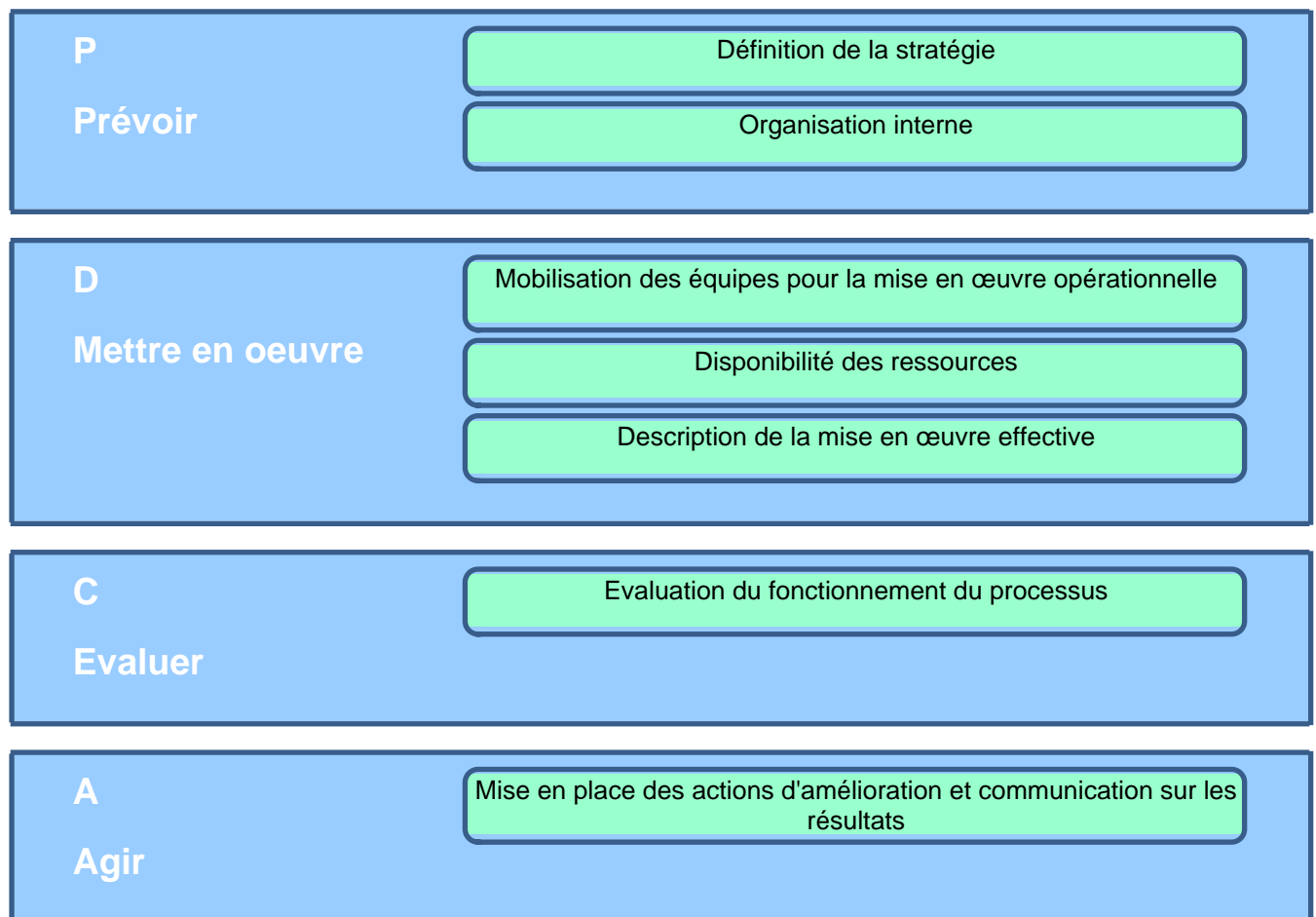
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La direction de la clinique d'Alençon a identifié les besoins et analysé les risques avec les professionnels en utilisant plusieurs sources de données pour réaliser une cartographie des différents processus dans le cadre de l'analyse de la gestion des risques a priori.

Pour l'analyse des risques a posteriori, la clinique a utilisé les déclarations d'événements indésirables, les bilans des démarches collectives d'analyse approfondie comme les démarches de retour d'expérience (CREX), les Revues de Morbi-Mortalité (RMM), l'analyse des plaintes et des réclamations des patients ainsi que les résultats de différentes évaluations.

L'analyse des risques spécifiques à l'établissement tient compte également des orientations nationales choisies dans le cadre du programme national pour la sécurité des patients et régionales menées par l'ARS.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie.

La clinique a identifié des objectifs d'amélioration dans le cadre de sa politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins inscrite dans le projet d'établissement 2017-2022 et portée par le management, elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques. Elle est validée par le Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques (CPQR) et la Commission Médicale d'établissement (CME) avec la participation de la Commission Des Usagers (CDU). Elle fixe des objectifs d'amélioration déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité. Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité comme par exemple la sécurisation du circuit du médicament, le développement de la culture sécurité des soins, la sécurisation des prises en soins, la continuité et la coordination de ceux ci.

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise est le résultat d'une concertation entre les professionnels de santé et les gestionnaires.

Une stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins est mise en oeuvre.

Le management de la clinique promeut dans sa politique une logique d'organisation apprenante, de culture positive de l'erreur et une implication des différents professionnels de l'établissement.

L'élaboration du compte qualité a été réalisée par les pilotes des processus avec la participation des membres des groupes de travail engagés dans la démarche en y associant des représentants des usagers dans le cadre de la CDU.

La mise en oeuvre de cette politique est inscrite dans un programme global d'amélioration de la qualité et de gestion des risques (QGDR).

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles, ou/et des instances. Elles sont déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité.

Le programme est unique pour l'établissement, décliné par thématiques. Il est établi pour deux ans. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi (responsabilités pour chacune des actions, planification des actions dans des délais fixés modalités de suivi des actions).

La communication de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la stratégie de développement de l'EPP sont diffusées aux membres des différentes instances, aux pilotes des processus, aux responsables des différents secteurs qui relayent l'information auprès des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est mise en place dans le cadre du CPQR qui assure le pilotage et la coordination de la démarche à l'échelle de l'établissement de santé. Il est composé du directeur, de la directrice Adjointe /RAQ-GR, du président de CME, les référents des services de Chirurgie, du bloc opératoire, SSR et plateau technique, la pharmacienne, l'assistante de direction.

Le rôle, les responsabilités et les missions des professionnels en matière de qualité et de sécurité sont définis et précisés dans les fiches de poste ou les fiches de missions des professionnels impliqués.

Les pilotes du processus sont le directeur, la directrice adjointe, le directeur qualité du Groupe.

Le CPQR est placé sous l'autorité directe de la Direction et de la CME. Cette instance travaille en étroite collaboration avec les autres instances de l'établissement.

La direction ainsi que la CME approuvent et légitiment la démarche qualité et gestion des risques.

Les différentes instances (CLIN, CLUD, CLUD, CDU, COMEDIMS) assurent les missions transversales

Le CPQR exerce deux types de missions : une mission de proposition et d'évaluation, une mission de supervision de la démarche qualité et gestion des risques. Le CPQR est garant de l'implication de l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs ou techniques dans la démarche qualité et gestion des risques. Le CPQR a pour mission d'entretenir la dynamique de la démarche jusqu'au stade de mise en oeuvre des actions d'amélioration et se porte garant de la méthodologie employée.

Les membres du CPQR valident notamment le contenu du compte qualité en collaboration avec la Direction de l'établissement.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée par la directrice adjointe en charge de la qualité et gestion des risques. Ses missions sont définies dans sa fiche de poste. Elle est en relation fonctionnelle pour les questions les concernant, avec les référents des services de soins et des secteurs opératoires, la pharmacienne, la CME et les praticiens individuellement. Elle assure ainsi le pilotage de la démarche qualité auprès des différents services et professionnels de l'établissement.

Le CPQR favorise la déclaration des EI par les professionnels, la direction s'est engagée sur le caractère non punitif, vis-à-vis des déclarants.

Les ressources humaines nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de la clinique.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels.

Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Le management a identifié et formalisé en fonction des besoins et des risques spécifiques les documents utiles dans le cadre de son activité. Ils sont intégrés au dispositif de gestion documentaire comme les fiches de signalement et d'analyse des événements indésirables, la gestion des plaintes et réclamations, la satisfaction des usagers en lien avec la CDU.

L'établissement s'est engagé dans le programme hôpital numérique.

L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés) est prévue dans le cadre de la politique EPP intégrée au projet d'établissement 2017-2022.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge est prévue.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

La coordination des dispositifs de vigilances, de la veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire. Les différents responsables des vigilances sont identifiés dans l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La directrice adjointe RAQ-GR et les responsables hiérarchiques impulsent la mise en œuvre de la démarche au sein des services. Les responsables des différents secteurs d'activité (médicaux, soignants et administratifs) se sont saisis des enjeux liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Ils communiquent auprès de leurs équipes sur la démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, qui permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement. Ils mettent en œuvre une déclinaison opérationnelle structurée du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins selon les besoins et les risques spécifiques de leurs secteurs d'activité. Ils développent en équipe, des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité en lien avec le programme global QGDR, les attentes des usagers, les procédures de gestion de crise.

Les points critiques des processus à risque sont sous surveillance et contrôle au niveau de chaque secteur d'activité concerné.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

L'établissement dispose d'un pool interne de soignants ainsi que d'un effectif de vacataires identifiés et fidélisés qui assurent régulièrement des missions en interne.

Le dispositif de gestion documentaire est connu par les professionnels. Le système de mise à jour des documents est opérationnel.

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent comme la procédure de gestion des événements indésirables, la procédure de gestion des plaintes et réclamations, des guides de bon usage des soins. Ils ont la possibilité de participer à leur élaboration.

La clinique dispose d'un plan blanc et d'un document d'évaluation des risques professionnels actualisés.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins (accessibilité, confidentialité). Le

fonctionnement des postes informatiques répond aux attentes des utilisateurs.
Une procédure déclinant le mode dégradé en cas de panne est disponible dans la GED.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La directrice adjointe/RAQ-GR assure un rôle de conseil et d'accompagnement auprès de l'ensemble de l'encadrement, des services et des praticiens dans leurs projets de formalisation, de formation et d'évaluation liés à la qualité et à la gestion des risques.

Elle assure le développement au sein de tous les services, ainsi qu'auprès des praticiens, d'une culture qualité-gestion des risques débouchant notamment sur la prise de conscience par l'ensemble des professionnels des nécessités et des possibilités en matière de formalisation, de maîtrise des processus, d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

Une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle permet la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

Le dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permet une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.

Les professionnels ont réalisé plusieurs CREX, RMM. Les Réunions de concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont réalisées avec les établissements envoyeurs de patients dans la structure. Les médecins sont destinataires des conclusions du dossier des patients.

L'exploitation des plaintes et réclamations est effectuée avec la participation des professionnels concernés et les représentants des usagers. Elle contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

L'établissement a mis plusieurs EPP en œuvre dans le cadre : de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, de la promotion de la bientraitance, de la sécurité au bloc opératoire, de la prise en charge de la douleur, de l'identitovigilance, et de la méthode du patient traceur.

Des objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des secteurs d'activité en fonction de leurs besoins et/ou de leurs risques spécifiques notamment ceux inscrits au compte qualité.

Les plans d'actions d'amélioration concernent notamment la satisfaction des usagers, les résultats issus des démarches d'EPP, les actions correctives suite aux analyses des événements indésirables et retours d'expérience, les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux (Indicateurs en C, D, E), les actions visant le bon usage des médicaments ainsi que ceux issus des exercices de gestion de crise.

Le plan blanc de l'établissement est opérationnel et fait l'objet d'exercices réguliers destinés à tester une situation définie par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le CPQR est consulté sur tous les sujets relevant de la gestion de la qualité et des risques. Il se réunit 4 fois par an au minimum. Les comptes rendus de cette instance sont rédigés par la RAQ-GR qui se charge de leur diffusion et de leur archivage au sein du système documentaire de l'établissement.

Les documents constituant des éléments de preuve du bon fonctionnement du processus sont disponibles comme, par exemple, les fiches d'événements indésirables, les fiches de retour d'expérience, les tableaux de bord des indicateurs, les tableaux de bord des EPP, les résultats des questionnaires de satisfaction des patients, les comptes rendus des retours d'expérience d'exercice, des RMM, les conclusions des exercices de gestion de crise.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La qualité et l'efficacité du processus sont évaluées à périodicité définie. Cette évaluation globale est réalisée par le CPQR. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement par la directrice adjointe en charge de la qualité et la gestion des risques associés aux soins.

L'évaluation du système de management de la qualité et de la gestion des risques est réalisée à partir de l'analyse du tableau de bord de la clinique décliné par thématiques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, les indicateurs nationaux, les indicateurs régionaux, les indicateurs locaux.

L'évaluation de la satisfaction des usagers à l'aide de questionnaires personnalisés pour chaque secteur d'activité (Hospitalisation complète, chirurgie ambulatoire, SSR) est réalisée en lien avec la CDU.

A / AGIR

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

Le réajustement du programme et de la politique qualité / gestion des risques est réalisé en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non

totalément satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.
La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs et comprend le suivi des adaptations éventuelles.
Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis.
L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres établissements du Groupe.
La directrice adjointe, les pilotes de processus, les instances, les responsables des secteurs d'activité diffusent en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.
Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés.
La diffusion est assurée à l'aide du journal interne de la clinique.
Une diffusion externe est assurée lors de révision du CPOM, de l'envoi du bilan de la CDU auprès de l'ARS.

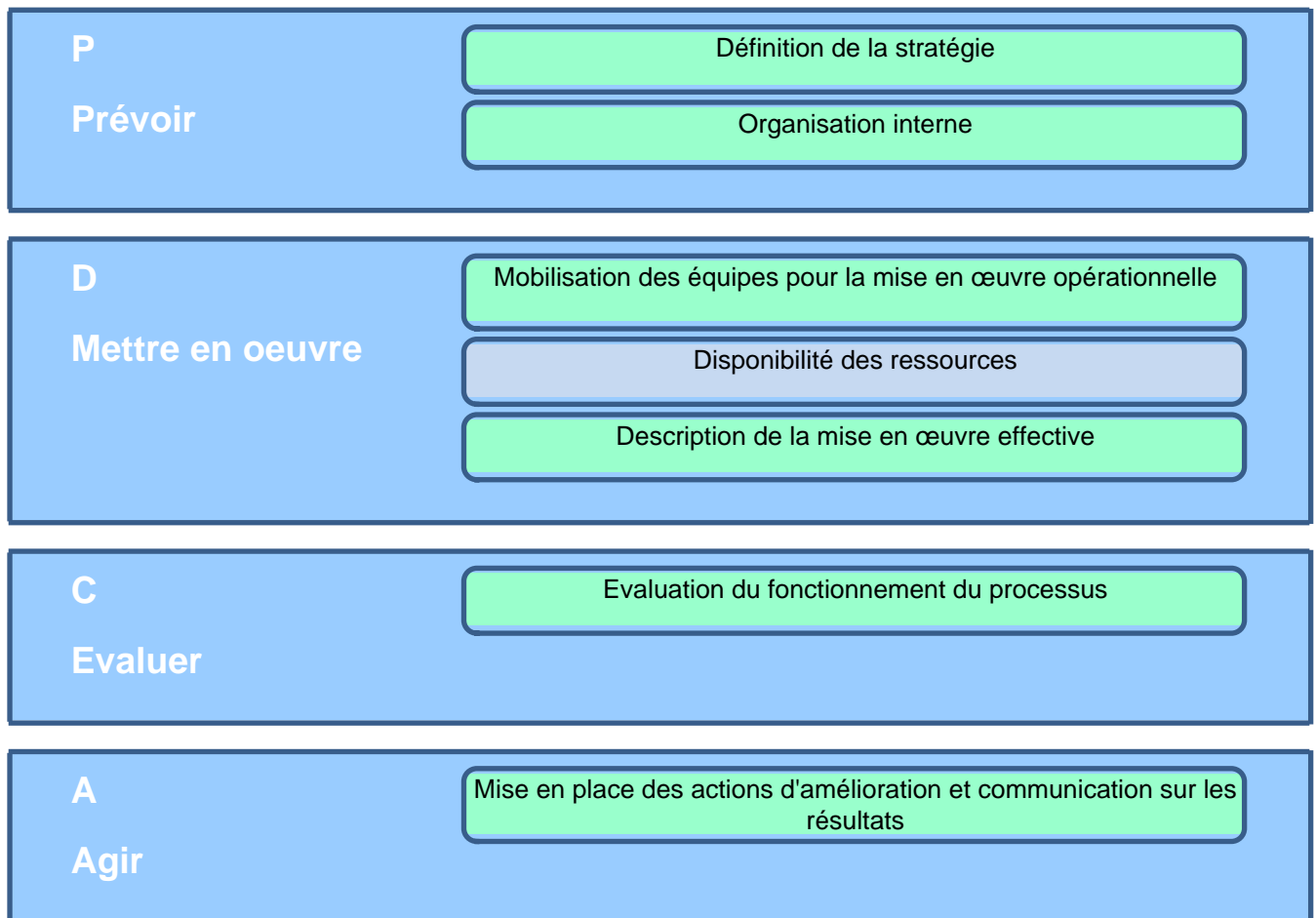
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 clinique a identifié ses besoins spécifiques au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales notamment dans le cadre du Programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

L'établissement a mobilisé plusieurs sources pour identifier et analyser ses risques.

Les professionnels ont réalisé une cartographie du processus à l'aide du support du Centre d'appui à la Prévention des Infections associées aux soins régional (CPIAS) en groupe de travail pluri professionnel. Il s'est appuyé sur les résultats des indicateurs nationaux, les résultats des indicateurs internes (audits, enquêtes surveillance), les fiches d'évènements indésirables.

La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie.

Les risques prioritaires définis par les pilotes du processus(4) ont été inscrits dans le compte qualité de l'établissement.

Les professionnels ont identifié des objectifs d'amélioration en matière de lutte contre les infections associées aux soins qui sont déclinés dans un programme institutionnel d'actions formalisé, unique. Les modalités de mise en œuvre du programme : objectifs, actions, responsables, échéances, sont définies.

Cette stratégie est formalisée dans sa politique de gestion du risque infectieux qui comprend un volet sur la gestion des antibiotiques. Elle est intégrée au projet d'établissement 2017-2022, et validée en Comité de Pilotage Qualité Risques (CPQR) en collaboration avec la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) et présentée aux différentes instances de l'établissement.

La Commission Des Usagers (CDU) a été consultée pour avis dans le cadre de l'élaboration du programme d'actions. Elle est portée par le management (direction, pilotes, responsables des différents secteurs d'activités).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène pour maîtriser le risque infectieux(RI).

Les pilotes du processus sont : un médecin anesthésiste, un cadre de santé ayant un diplôme en hygiène et le pharmacien de l'établissement. Les responsabilités sont identifiées et les missions sont définies dans leur fiche de mission ou/et leur fiche de poste.

La structure a identifié ses besoins et ressources nécessaires.

Le management de la clinique a mis en place un plan de formation institutionnel des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux.

La formation en hygiène hospitalière pour les nouveaux personnels recrutés est programmée périodiquement.

Une convention avec le médecin biologiste, infectiologue du laboratoire d'analyses biologiques pour répondre aux objectifs et besoins en ressources humaines est disponible.

Un dispositif structuré de gestion documentaire informatisé intégrant les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux est défini et formalisé.

Des plans de maintenance, travaux, achats sont prévus pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements.

Les circuits et interfaces sont définis avec les secteurs cliniques (statut infectieux des patients par exemple) ainsi qu'avec les secteurs médico techniques dans le cadre de l'activité de l'EOH, du laboratoire d'analyses biologiques (Conseils de l'infectiologue, alerte Bactéries Multi Résistantes (BMR), Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRé)) de la pharmacie à usage intérieur par rapport à la gestion des antibiotiques ainsi qu'avec la CDU.

La directrice adjointe en charge de la qualité et la gestion des risques est la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Dans ce contexte, elle est ce cadre impliquée dans le processus RI.

La clinique dispose d'une Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), de l'EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène) composée de la pharmacienne, de la cadre de santé formées à la gestion du risque infectieux. Un règlement intérieur de cette instance est établi.

Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est prévue (moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques) est en place.

Une formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques est prévue.

L'organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi) est formalisée.

L'établissement a signé une convention avec un prestataire pour assurer l'hygiène des locaux hors bloc opératoire. Le bio-nettoyage du bloc est réalisé en interne.

Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont

définies avec l'EOH en collaboration avec le CLIN, la CME, il a été remarqué, lors des investigations terrains, la propreté des locaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel du programme dans les secteurs d'hospitalisation en chirurgie (complète et ambulatoire), en SSR ainsi qu'au bloc opératoire est réalisé par les membres de l'EOH, les pilotes du processus, et les responsables des différents secteurs d'activité en fonction des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme d'actions institutionnel.

Ces professionnels assurent la sensibilisation régulière des équipes sur les objectifs de leur secteur ainsi que l'évaluation périodique des activités et l'information des professionnels sur leurs résultats.

Différentes évaluations de pratiques professionnelles ont été réalisées sur le lavage des mains, le port de bijoux, l'hygiène des locaux, l'utilisation des antibiotiques.

Ils identifient les actions correctives avec les professionnels.

La déclaration des évènements indésirables est débutante dans les différents secteurs d'activité.

La communication des résultats des évaluations est réalisée via les instances concernées, les réunions d'encadrement, les CME, les bulletins d'information trimestriels «Clinique info».

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En hygiène des locaux, une professionnelle responsable opérationnelle de l'activité sous convention au sein de la clinique, est présente quotidiennement et assure la coordination des activités entre les professionnels de l'entreprise et les responsables de secteurs d'activité de l'établissement.

Un conseil en infectiologie est disponible par convention avec le laboratoire d'analyses médicales.

Le recrutement d'une infirmière hygiéniste au niveau du Groupe a été réalisé afin d'apporter son soutien à l'équipe EOH du site.

La documentation actualisée est accessible aux professionnels sur support informatique. Les procédures et protocoles concernant les précautions standard et complémentaires, le lavage des mains, la pose et la surveillance des cathéters et chambres implantables, le signalement interne et externe d'infection nosocomiale, le protocole de prise en charge en urgence des Accidents d'exposition au Sang et liquides biologiques (AES) sont connus des professionnels.

Les professionnels ont participé à leur élaboration comme, par exemple, les procédures du bio-nettoyage au sein du bloc opératoire. Une procédure d'information du patient lors d'un dommage lié aux soins.

L'information relative à la lutte contre les infections nosocomiales figure dans le livret d'accueil destinée aux patients.

Un guide et des protocoles de bon usage de prescription des antibiotiques sont diffusés aux professionnels.

La sensibilisation et la formation périodique des professionnels à l'hygiène notamment des locaux et à la prévention du risque infectieux sont assurées en interne par l'infirmière hygiéniste pour les professionnels du bloc opératoire et des services de soins (Journée hygiène des mains, en endoscopie, formation BMR, BHRé, Prion, campagne vaccinale).

Le prestataire en hygiène des locaux assure la formation des professionnels sous sa responsabilité à périodicité définie.

L'infectiologue assure la formation auprès des médecins sur l'antibiothérapie.

La référente infirmière du dossier patient informatisé assure la formation à l'utilisation du dossier patient informatisé notamment à la prescription et la réévaluation.

L'établissement dispose des ressources matérielles nécessaires ses activités.

Les locaux sont conformes, adaptés et entretenus.

Les équipements et matériels sont disponibles, adaptés et entretenus pour la réalisation des activités.

L'achat de matériels sécurisés est privilégié pour la réalisation des actes invasifs.

Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le respect des règles, protocoles, procédures est effectif comme par exemple la préparation de l'opéré en hospitalisation complète et ambulatoire. La coordination des professionnels est assurée par les responsables des différentes secteurs d'activité, les pilotes du processus, la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. La mise en œuvre de l'organisation établie est adaptée dans les différents secteurs d'activité (bloc opératoire, endoscopies, secteurs d'hospitalisation, pharmacie, laboratoire, magasin). Les circuits sont connus et respectés. Les procédures en matière d'hygiène des locaux sont mises en œuvre. La traçabilité des actions est assurée pour le bloc opératoire par les agents assurant l'hygiène de ces locaux. Les professionnels employés par le prestataire assurent également une traçabilité sur un document accessible à l'ensemble des professionnels concernés. Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques, médico techniques, techniques, logistiques, et administratifs. La prévention du risque infectieux débute à la consultation préopératoire avec l'information du chirurgien et se poursuit par les différents professionnels impliqués sur la totalité de la prise en charge. L'

information en cas d'infection associée aux soins est diffusée à partir du compte rendu du laboratoire où figure la mention de BMR, BHRé à l'aide d'une messagerie sécurisée. Elle est insérée automatiquement dans le dossier du patient accessible aux professionnels médicaux et paramédicaux. Les mesures adaptées sont mises en œuvre en fonction de la situation avec l'aide de la cadre hygiéniste. Les avis du l'infectiologue, du pharmacien sont recherchés si la situation le nécessite. La traçabilité de l'information est retrouvée dans le dossier. Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements, sont mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH. Cependant, les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalement, ne sont pas toutes mises en œuvre par les professionnels, en lien avec l'EOH. Les signalements des infections du site opératoire ne sont pas incluses à cause d'une carence de ce signalement par les chirurgiens. Les comptes rendus de CME et du CLIN de l'établissement font état de cette situation qui est confirmée par les rencontres (avec le président du CLIN, la gestionnaire des risques associées aux soins, un pilote du processus (Infirmière hygiéniste), le directeur de la clinique, le directeur qualité du groupe) et la vérification de la gestion documentaire. Le risque a été identifié dans la cartographie des risques. Un plan d'actions a été défini et un suivi a été réalisé. Un protocole a été mis disposition pour la déclaration externe des infections. Des formations sont organisées à destinations des médecins, des rappels sont fait en CME, le Président de CME a rencontré individuellement ses collègues concernés avec le soutien du Président de CME. Les médecins ont été destinataire du protocole de déclaration et la liste des infections à déclaration obligatoire avec diffusion du protocole de surveillance globale agrégée des ISO du RAISIN. Un document « prêt à l'emploi » a été élaborer pour faciliter la déclaration des infections par les médecins. De plus, l'établissement s'est inscrit à la surveillance des ISO en 2018. L'établissement a réalisé un recueil hors protocole de l'indicateur ICALISO qui a permis de confirmer une amélioration de la classe de l'indicateur : E (score 2017 sur données 2016, recueil officiel) à C (score 2018 sur données 2017 - recueil hors protocole). Un système de dispensation contrôlée des antibiotiques est utilisé. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier informatisé du patient. Une alerte bloquante à 3 jours est opérationnelle. Dans certaines situations, sur justifications insérées sur avis de l'infectiologue elle peut-être à 7 jours dans le dossier. Le CLIN est opérationnel. Il se réunit au minimum 4 fois par an et plus en fonction des besoins. Une représentante des usagers a participé à plusieurs réunions. La traçabilité des réunions est effective. Le CPQR en collaboration CME assure le suivi de l'activité. Les professionnels, la CDU, le Comité d'Entreprise (CE) disposent également des informations.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les professionnels assurent des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux à l'aide d'indicateurs dans le cadre du bilan de lutte contre les infections associés aux soins.

Des audits mensuels sont réalisés sur les déchets, l'habillement, l'absence de port de bijoux ainsi que sur l'hygiène des locaux. Un bilan annuel est assuré dans le cadre du CLIN.

La clinique assure la surveillance épidémiologique et la surveillance aux résistances aux antibiotiques. Le bon usage des antibiotiques est évalué notamment par le suivi d'indicateurs à l'aide des indicateurs nationaux et régionaux à l'aide d'une évaluation sur le bon usage des antibiotiques de l'Omédit et l'audit de prévalence du CPIAS.

La consommation annuelle est surveillée à l'aide d'un logiciel adapté et qui permet de croiser les données avec le suivi des résistances.

L'établissement a mobilisé à plusieurs reprises la méthode du patient traceur. Les professionnels ont également mis en place une chambre des erreurs.

Dans le cadre du tableau de bord institutionnel, le comité de pilotage assure le suivi des évaluations et met en œuvre des actions au regard des résultats obtenus.

A / AGIR

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

Un dispositif institutionnel d'amélioration continue est en place dans le cadre un programme institutionnel. Il comporte des d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. Elles concernent notamment l'amélioration de la prise en soins des patients porteurs BMR, BHRé par la mise en œuvre de formations et la création d'une alerte dans le DPI en cours d'installation.

L'informatisation du dossier patient qui a permis l'accès des informations à l'ensemble des professionnels impliqués avec un lien sécurisé avec le prestataire du laboratoire d'analyses biologiques, la création d'un document à l'attention des usagers en chirurgie ambulatoire concernant particulièrement la nécessité de la douche préopératoire.

La communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration est réalisée dans le cadre des différentes instances concernées notamment le CLIN, le CPQR, la CME, la CDU, le CE. Elle est assurée

auprès des professionnels par les pilotes du processus, la coordinatrice de la gestion des risques, les responsables des secteurs d'activité.

Le prestataire assure la communication pour les professionnels qu'ils emploient et les professionnels de la clinique. Le journal interne est également utilisé.

Les résultats des indicateurs nationaux sont par voie d'affichage dans plusieurs lieux de l'établissement à l'attention des usagers.

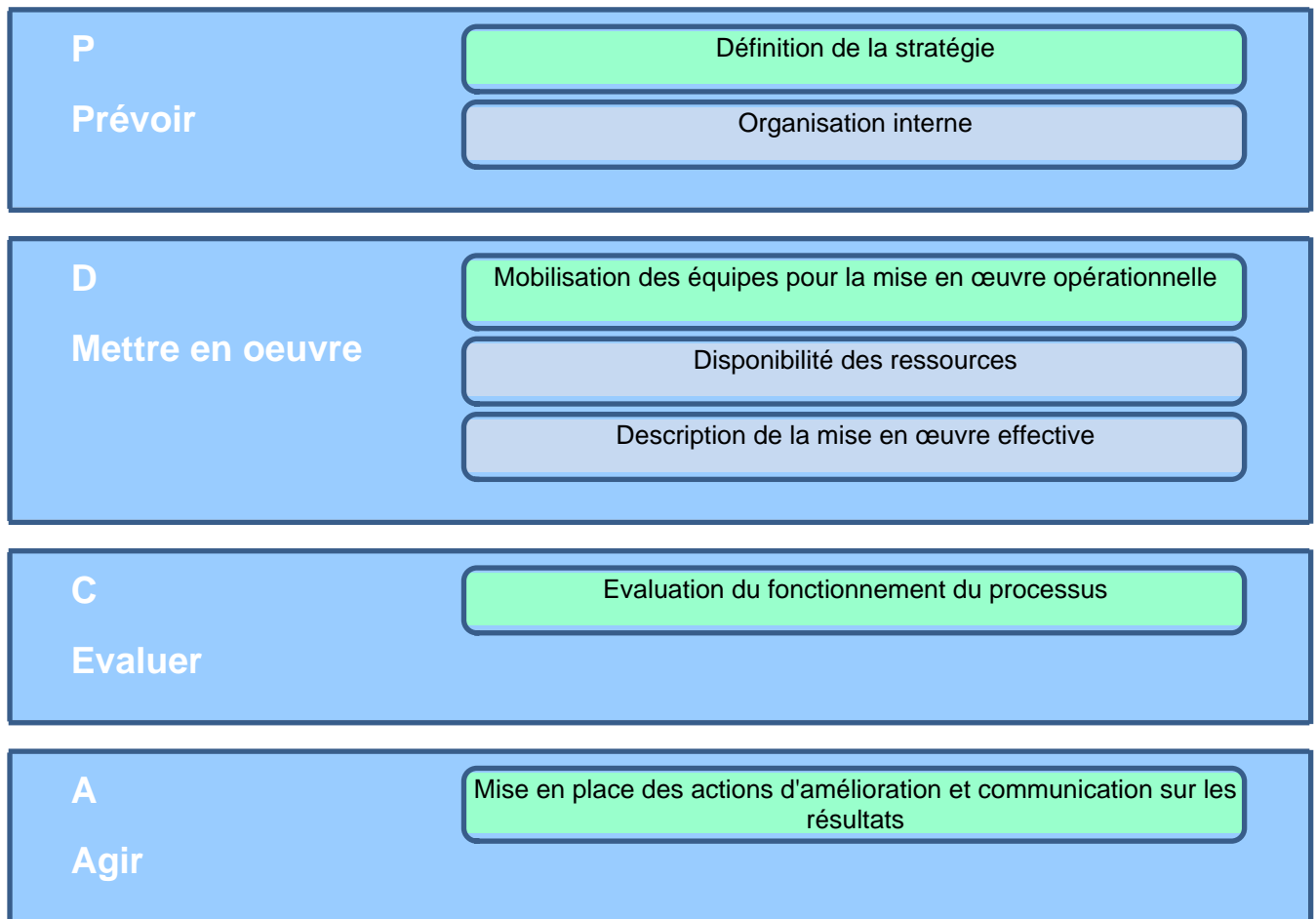
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le management et la clinique d'Alençon a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CDU et notamment les représentants des usagers, l'un d'entre eux a participé au groupe de travail sur l'ensemble de la thématique et sur la préparation de la politique des droits des patients.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont , les résultats des questionnaires de satisfaction, le recueil des événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, les résultats des indicateurs nationaux et internes, les comptes rendus des comités d'éthique et les résultats de la dernière certification.

L'analyse des risques ainsi que l'identification des besoins ont été réalisées à l'occasion de la réalisation de la cartographie des risques du processus «Droits des patients» et de la population accueillie notamment les personnes âgées et les enfants.

Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance a été réalisé en lien avec la CDU. Les mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie, qui permet de définir des priorités d'amélioration pour la prise en soins des patients, de repérer les droits non mis ou difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels.

Les risques prioritaires ont alimenté le compte qualité de l'établissement.

Une stratégie de promotion de la bientraitance est mise en œuvre dans le cadre des droits des patients. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques.

Elle comprend des objectifs et des indicateurs mesurables, déclinés par secteur d'activité, pour ceux qui le nécessitent comme l'amélioration de l'information du patient, des modalités d'accueil des patients, amener des actions de promotion de la bientraitance au sein des équipes.

La promotion de la bientraitance est intégrée dans le projet de l'établissement.

Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

La stratégie est diffusée à l'échelle de l'établissement après validation en CPQR et en CME dans les différentes instances.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration, qui intègre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles et déclinées pour celles qui le nécessitent en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activité.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi, la responsabilité pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés. Il est présenté aux instances de l'établissement, dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la stratégie du respect des droits des patients à l'échelle de l'établissement dans le cadre de la CDU.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis dans le règlement intérieur de l'instance validé institutionnellement. Elle est articulée avec l'activité du comité d'éthique.

Le pilotage du processus est assuré par l'assistante sociale qui dispose d'une fiche de mission et une infirmière comme copilote.

Les ressources nécessaires en effectifs, compétences sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Le directeur de l'établissement est le président de la CDU.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés.

Les actions de formation aux droits des patients sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies.

Une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est protocolisée

L'organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient, du refus de soin est définie, ainsi que le recueil de la volonté du patient la conservation des directives anticipées .

Les professionnels ont identifié les situations nécessitant une restriction de liberté, en particulier de la liberté d'aller et venir (sous forme de contentions physiques prescrites).

Les modalités d'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU sont prévues. Le livret d'accueil comporte un chapitre sur les droits des patients, présente la CDU et indique les moyens de contacter les représentants des usagers.

Les besoins en procédures sont identifiés. Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et

intégrées au dispositif de gestion documentaire. Les professionnels concernés et les représentants des usagers participent à leur élaboration.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont identifiées et formalisées.

Les modalités de recueil et d'exploitation des réclamations des patients et proches au sein de chaque secteur d'activité sont prévues.

Les besoins en supports d'information des patients (plaquettes, affiches, dépliants, brochures, matériel et vidéo) sont identifiés et les outils élaborés.

La clinique a adapté ses locaux, son équipement et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers dans le cadre de la restructuration en cours.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits des patients.

La gestion des interfaces est organisée, notamment celles avec l'ensemble des services d'hospitalisation, le service des admissions, l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier situé à proximité, le secrétariat de direction pour les demandes d'accès du patient à son dossier médical.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes de processus, les responsables des secteurs d'activité, la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins se sont saisis des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations de l'établissement.

Ces professionnels communiquent auprès des équipes sur la politique de bientraitance, la mise en œuvre des droits des patients de l'établissement, et impulsent une démarche au sein des secteurs d'activité.

Ils ont choisi des objectifs opérationnels et des plans d'amélioration et les mettent en œuvre. Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes comme la traçabilité de la douleur, de l'information et du recueil du consentement du patient, de la personne de confiance, la possibilité de recueil des directives anticipées dans le dossier).

Les professionnels connaissent les objectifs en matière de promotion de la bientraitance et des droits des usagers définis au sein du service et les mesures pour les atteindre.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies comme la révision des modalités d'accueil, l'information à certaines étapes du parcours notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la chirurgie ambulatoire et de la récupération rapide après intervention sur prothèse. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en matériel et documentaires (accessibles) sont disponibles dans tous les secteurs.

La clinique a mis en place un comité d'éthique, réactivé en 2016.

Une équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier situé à proximité intervient pour les situations qui le nécessitent. Des temps dédiés de psychologue, d'assistante sociale, de diététicienne sont mis à disposition dans la structure.

Les professionnels en poste sont formés. Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre sous la forme "le ¼ d'heure de la bientraitance".

Les professionnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Des actions de formation des professionnels à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont menées.

Les professionnels de l'établissement sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie.

Une formation spécifique à la douleur de l'enfant et de la personne âgée a été réalisée.

Dans le cadre de l'accueil des nouveaux arrivants une demi-journée d'intégration comprends un temps sur les droits des patients.

Au niveau de la disponibilité des documents, les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées sous la forme d'une procédure « Conduite à tenir en cas de maltraitance ».

Un registre des plaintes et réclamations regroupe tous les courriers.

Dans les services concernés, les procédures (prise en charge administrative adaptée aux différentes populations accueillies, accueil du patient, dispositif d'annonce en cancérologie, contention physique et/ou médicamenteuse, demande de communication d'un dossier patient) et autres documents (comme la politique des droits des patients, les tarifs hôteliers, la check list de documents à remettre à la sortie, le formulaire de recueil de la personne de confiance et des directives anticipées, la liste des interprètes internes) utiles sont disponibles, accessibles et à jour.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des relations avec les usagers dans le livret d'accueil du patient, les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles. Un livret spécifique pour les enfants a été réalisé.

Des affichages sont réalisés dans plusieurs points de l'établissement concernant la charte de la personne

hospitalisée, une charte bientraitance interne à l'établissement.
 supports d'information à l'attention des patients sont réalisés sur support vidéo avec des écrans situés dans les salons, sous format papier flyers (sur les médicaments, la réparation de l'opéré en ambulatoire) par voie d'affichage (résultats des indicateurs nationaux, sensibilisation au don d'organes).
 Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches, différents salons sont disponibles ainsi que des lits d'appoint, des repas accompagnants peuvent être servis.)
 Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients avec la mise en place de rideau de séparation dans les chambres doubles, et d'un paravent pour les enfants en salle de réveil.
 Les soins, y compris les soins d'hygiène (toilette, préparation de l'opéré) sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients.
 Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre sous la forme notamment des 1/4 d'heures qualité dans les services.
 L'organisation et les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : mise à disposition de bureau pour les entretiens avec les patients et leur entourage si la situation le nécessite, délimitation d'une zone de confidentialité au niveau de l'accueil, mise en place du dossier patient avec un code d'accès pour chaque professionnel, fermeture sécurisée des postes de soins et fermeture des sessions si le soignant n'est plus devant l'écran.
 Les modalités de partage des informations relatives au patient permettent le respect des libertés individuelles.
 L'entourage des patients bénéficie d'un accueil personnalisé et d'un soutien dans les situations qui le nécessitent.
 L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité notamment dans le cas des situations en fin de vie et les enfants.
 Les professionnels sont attentifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des enfants (gestion des délais d'attente, possibilité d'aller au bloc en « petite voiture ludique » au lieu du brancard, habillage par les parents avant passage au bloc).
 Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance, de rédiger leurs directives anticipées, des droits d'accès à leur dossier dans le cadre de la remise systématique du livret d'accueil par les secrétaires en consultation pour les hospitalisations programmées à l'entrée pour le secteur SSR.
 La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est favorisée. Le projet de sortie est défini avec le patient et son entourage avec mise à disposition de l'intervention de l'assistante sociale si besoin. La traçabilité est retrouvée dans la plupart des cas.
 Les professionnels mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins en cas de besoin.
 Le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin est mis en œuvre.
 Le dispositif d'annonce dans le cadre des prises en charge en cancérologie est opérationnel. L'infirmière qui le réalise est formée.
 La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée comme le confirme le patient traceur. Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur, la traçabilité est assurée dans la plus part des cas.
 Les restrictions de liberté (contentions) font l'objet d'une prescription médicale écrite, réévaluée quotidiennement (situation rare dans l'établissement).
 Les modalités de signalement de cas de maltraitance sont mises en œuvre.
 La CDU est opérationnelle, elle est informée du nombre de demandes d'accès au dossier médical, des délais de transmission. Elle est informée du nombre de plaintes et réclamations et de leur suivi.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est réalisée à l'échelle de l'établissement. Cette évaluation globale est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité dans le cadre, d'une évaluation de pratique professionnelle « Bientraitance » auprès des patients et des professionnels à l'aide d'un questionnaire.
 Différents audits, sur le recueil de la personne à prévenir, la personne de confiance sont réalisés.
 Les questionnaires de satisfaction adaptés aux différents secteurs de l'établissement sont exploités ainsi que les déclarations d'événements indésirables, les résultats issus de la méthode du patient traceur, les données issues du plan de formation mis en œuvre.
 Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de l'établissement en lien avec la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein de la CDU, du CPQR. Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé.

Des actions d'évaluation en matière de respect des droits des patients sont mises en œuvre dans chaque secteur d'activité, en lien avec la CDU.

Un rapport annuel de la CDU est rédigé et communiqué aux instances.

A / AGIR

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

Pour chaque risque inscrit au compte qualité des actions sont menées concernant la qualité de l'information du patient à son arrivée (accueil et amont de l'hospitalisation) les actions finalisées concernent la mise à jour du site internet, la création d'une vidéo pour présenter la structure, les types de prises en charge et le parcours du patient, le changement de signalétique interne à l'établissement, la modification du livret d'accueil, la parution d'un article dans le journal interne sur la personne à prévenir, la personne de confiance, les directives anticipées.

L'identification du manque de discrétion à l'accueil des patients a apporté des actions d'améliorations finalisées, qui portent sur la délimitation de la zone de confidentialité, la diffusion des codes de déontologie, la mise en place des ¼ d'heure de bienveillance, la charte interne de bienveillance.

Les documents nécessaires à l'hospitalisation non fournis à la pré admission, ont l'objet les actions portent sur la distribution aux patients du livret d'accueil et la révision de la liste des documents à fournir, la mise en place d'une check list aux pré admissions.

La méconnaissance du projet thérapeutique par le patient lié à un manque d'information et de sa formalisation en SSR, amènent à la révision du livret d'accueil afin d'améliorer les explications sur la prise en soins, l'informatisation du dossier patient, la modification des staffs pluridisciplinaires

L'identification des situations potentiellement "maltraitantes" ont obligé à remobiliser le comité d'éthique, à réaliser des actions de sensibilisation, de modifier la procédure de contention physique ou médicamenteuse, de créer une procédure.

La communication des résultats des évaluations et des actions conduites est réalisée dans le cadre du CPQR en collaboration avec la CME, de la CDU, du CE, du comité d'éthique.

Elle est relayée dans les services par la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, les pilotes du processus et les responsables des secteurs d'activité et par le journal interne.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

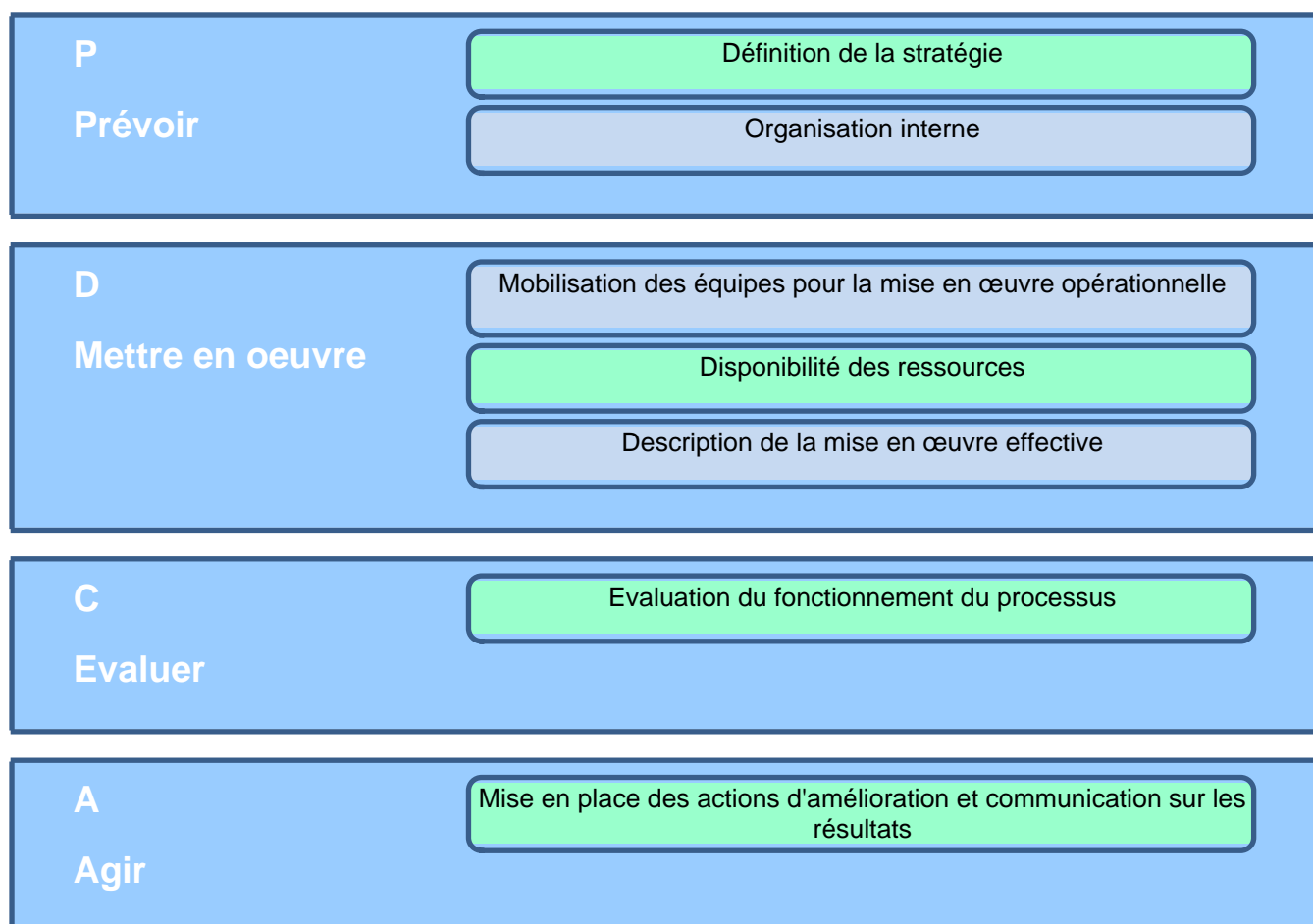
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 d'Alençon a mis en œuvre une stratégie pour le "parcours patient", cette dernière tient compte du contexte territorial, des besoins de la population, de l'offre de soins qu'elle propose tant chirurgicale en hospitalisation complète ou ambulatoire qu' en soins de suite et de réadaptation et de l'avenant du CPOM 2013-2018.

Celle-ci s'appuie également sur le bilan et les recommandations de la précédente visite de certification V 2010, la réglementation, ses indicateurs IQSS et institutionnels, ainsi que les objectifs de l'établissement sur les filières internes et externes.

Des conventions ont été formalisées et mises en place avec le centre hospitalier d'Alençon pour la prise en charge des urgences vitales, des accidents d'exposition au sang. La réalisation des actes de radiologie est effectuée dans le centre de radiologie voisin.

Les différents processus du parcours patients ont été définis au sein de l'établissement et une étude structurée des risques a été réalisée. Celle-ci porte sur le parcours du patient en SSR polyvalent et en chirurgie conventionnelle et ambulatoire. Un groupe de travail pluridisciplinaire composé de la direction responsable qualité, de l'encadrement soignant et de rééducation, des soignants, des agents des admissions, des secrétaires médicales, a réalisé cette étude.

Ces risques ont été hiérarchisés et priorisés, complétés des données issues de l'analyse des fiches événements indésirables, des conclusions des CREX et de la réalisation de "patients traceurs", ceux ci ont permis, l'élaboration d'objectifs d'améliorations. Un programme d'actions formalisé et priorisé avec identification de responsables, délais et modalités de suivi a été élaboré.

Celui-ci a été validé par les instances de la structure dont la CME et le comité de gestion de la qualité et de la prévention des risques (CGQPR), qui a servi à implémenter le compte qualité. Une « politique de la prise en charge et droits des patients en fin de vie » permet de gérer des situations difficiles avec l'aide d'un médecin officiant dans un autre établissement du Groupe. Une stratégie de communication sur la thématique du parcours patient a également été définie et formalisée dans une procédure dédiée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la thématique parcours du patient est confié à une IDE particulièrement impliquée, de la clinique en partenariat avec les chirurgiens et les infirmiers référents. Un groupe de travail pluridisciplinaire est constitué afin de proposer des améliorations pour les prises en soins. Le directeur et la directrice adjointe/ responsable qualité viennent en accompagnement et en soutien à cette organisation.

Les rôles et missions du pilote sont définis et formalisés par une fiche de mission. Les ressources humaines en effectifs et compétences nécessaires pour l'atteinte des objectifs sont prévues, tant en personnel médical que non médical et médico technique (soignants, assistante sociale, diététicien, psychologue...).

Le recours à des compétences spécialisées est organisé avec des structures extérieures (laboratoire, radiologie, équipe support soins palliatifs).

Un Conventionnement avec PRADO orthopédie, la mise en place de la RACC avec le recrutement d'une infirmière coordinatrice ont permis de répondre aux besoins des patients traités au sein de la clinique.

Les formations nécessaires pour l'entretien des compétences des professionnels en poste sont planifiées. La procédure d'accueil des nouveaux arrivants est formalisée.

Elle prévoit la remise d'un livret d'accueil, une présentation de l'établissement et des différents outils informatiques utilisés (dossier patient...).

Les procédures nécessaires à l'atteinte des objectifs, dans les différents registres de la programmation, de l'accueil, des prises en charge médicale, soignante, et sociale sont identifiées et formalisées.

Des fiches complémentaires visant à faciliter les interfaces ont été élaborées (check-list d'entrée).

Les procédures et protocoles sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée, ils sont mis à jour par la Directrice adjointe responsable qualité. Les matériels nécessaires (chariots d'urgence, lits électriques, planche de transfert, matériel de rééducation...) sont mis à disposition.

Les interfaces sont organisées en interne, entre les différents secteurs de soins et administratifs, et en externe avec les structures sanitaires extérieures et les prestataires (imagerie, biologie...) afin d'assurer la continuité de la prise en soins. Les médecins et paramédicaux utilisent le dossier médical informatisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Directrice des soins et les responsables soignants régulent l'activité du parcours du patient en fonction des priorités définies et des objectifs. Cette planification est réalisée en collaboration avec les plateaux

techniques et le bureau des entrées par l'intermédiaire d'un support commun. Une réunion hebdomadaire est réalisée afin d'optimiser la gestion des lits et mettre en adéquation la charge en soins. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est effective. Des réunions de services sont tenues périodiquement ou ponctuelles qui favorisent la communication dans tous les secteurs.

Les responsables de service/pilotes de processus ont un rôle de coordination qui permet :

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

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

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

L'encadrement s'assure de la conformité et de l'actualisation des pratiques en référence aux règles de bonnes pratiques. Une forte implication du personnel des secteurs de soins et de l'accueil est à noter sur les démarches qualité initiées (FEI, EPP, cartographie des risques...).

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

La cadre responsable des unités de soins de la structure et la cadre du plateau de rééducation sont en charge du déploiement opérationnel des actions portant sur le parcours du patient.

La communication avec les professionnels se fait par différents moyens par plusieurs types de supports : staffs hebdomadaires, affichage dans les unités, mails sur messagerie professionnelle, écrans informatiques.

Les référents de chaque groupe de travail communiquent également sur les thèmes de leur groupe, en lien avec les problématiques de la thématique du "parcours patient".

L'encadrement soignant s'assure de la conformité des pratiques, du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne sur les actes pratiqués par les agents. Les professionnels ont participé à l'identification des risques lors de l'élaboration des cartographies de risques ainsi qu'au décours des analyses des audits effectués selon la méthode du « patient traceur ».

Ils participent à la déclaration des événements indésirables. Lorsqu'un dysfonctionnement est constaté, il est analysé, des correctifs y sont apportés en collaboration avec les professionnels concernés, les résultats des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes, afin que l'appropriation soit faite et que le dysfonctionnement ne se reproduise plus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation quantitative et qualitative avec l'activité et la charge en soins. La gestion des lits se fait sur la base d'un logiciel prédictif d'hospitalisation et de gestion de bloc opératoire.

Une gestion documentaire informatisée (GED) est en place sur tous les postes informatiques et connue par l'ensemble des professionnels. Elle permet d'assurer une démarche qualité documentée et actualisée. La continuité des soins est assurée avec diffusion des astreintes pour chaque catégorie (médicales, paramédicales, administratives et techniques) par affichage.

Le matériel fait l'objet d'un plan pluriannuel d'achats permettant à ce jour une adéquation avec l'activité et la sécurité des actes. Les personnels sont formés sur les spécialités chirurgicales par les chirurgiens en interne mensuellement.

La polyvalence des infirmiers entre secteur permet des remplacements sécurisés, une équipe de remplacements fidélisée peut être également sollicitée en cas d'absentéisme au long court.

En tenant compte des attentes, de la réglementation, du profil des patients accueillis et des risques identifiés, les ressources en compétences sont en place.

Les effectifs soignants permettent d'assurer la continuité de la prise en soins des patients 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine.

En cas d'absence de soignant dans les unités de soins, des remplacements sont organisés selon une procédure en vigueur.

La continuité de la présence médicale est assurée dans la journée. La nuit, les week-ends et les jours

fériés un système d'astreinte est en place.

Le tableau de planification, mis à disposition des soignants, comporte les coordonnées du médecin d'astreinte.

L'ensemble des formations suivi par le personnel est inscrit dans le plan de formation global de l'établissement, notamment en ce qui concerne les gestes d'urgence, la prévention des escarres, l'éducation thérapeutique, la douleur ou l'actualisation des connaissances en gériatrie.

Un exercice ludique selon la méthode de la « chambre des erreurs » est réalisé annuellement dans le cadre de la semaine de sécurité des patients. Les nouveaux arrivants sont accueillis et intégrés selon les dispositions préconisées.

Les documents, procédures et protocoles, actualisés et nécessaires à la prise en soins des patients sont disponibles sur le logiciel métier, accessibles de manière sécurisée sur les postes informatiques mis à disposition.

Le matériel d'urgence vitale est disponible, un chariot d'urgence complet, un sac de secours, ainsi que de boîtes d'urgence spécifiques (pose de perfusion, oxygénothérapie, aspiration). Ce matériel est scellé et régulièrement contrôlé. L'établissement est équipé de défibrillateurs semi automatiques, faisant l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

L'ensemble de la structure est équipée afin de permettre l'accueil de patients à mobilité réduite.

Du matériel spécifique pour la prise en soins de personnes grabataires ou handicapées, des lèves malades, des matelas à air ou du matériel de transfert est disponible. Des documents à destination des patients sont mis à leur disposition dans les unités sur la gestion des anticoagulants, des stomies, des divers régimes.

Les postes informatiques sont en nombre suffisant. Ils permettent la continuité et la traçabilité de la prise en soins des patients.

En cas de panne informatique une procédure de fonctionnement en mode dégradé est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en soins des patients particulièrement ce qui concerne les vigilances : identitovigilance ...

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

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

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

Le dispositif d'accueil est organisé pour les admissions programmées. La permanence des soins est assurée, un système d'astreinte est proposé, planifié et affiché dans les secteurs de soins.

Une équipe de brancardage est opérationnelle. Un partenariat avec les entreprises de transports externes est en place. Un groupe de professionnels se réunit afin d'assurer la régulation, cette cellule est très active avec un accent particulier pour personnaliser l'accueil en considérant que celui-ci est le début du soin.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels : pharmacie /laboratoire /radiologie.

Les partenariats avec les établissements du secteur sont effectifs (soins palliatifs. Les évaluations initiales et continues médicales comme paramédicales sont tracées dans le dossier patient informatisé.

L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé, son projet de soins personnalisé est mis en place en chirurgie (RAAC et digestif long) et également en SSR avec l'adhésion signée du patient. La réflexion bénéfice risque est tracée dans tous les secteurs et le consentement du patient ou de ses parents est recherché dans tous les cas de situation iatrogénique ce qui a été retrouvé lors des investigations "patient traceur" tant en chirurgie qu'en SSR.

La prise en soins repose sur les réunions pluri-professionnelles voire pluridisciplinaires (staffs, réunions de synthèse) dans les secteurs de soins à des fréquences différentes selon les organisations du secteur et en lien avec les types d'intervention chirurgicales très spécifiques, des actions d'éducation à la santé sont menées.

Une démarche structurée de prise en charge des troubles nutritionnels dont la dénutrition est engagée dans les services avec la collaboration des correspondants du CLAN/service et diététicienne réalisant des évaluations et des enquêtes nutritionnelles tracées dans le DPI.

La traçabilité du dépistage et du suivi est assurée tant en secteur de pédiatrie que d'adulte.

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

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place, des mesures sécuritaires existent. La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est effective : attentions significatives portées pour les patients porteurs de maladies chroniques, pour les adolescents et enfants, pour les personnes atteintes d'un handicap. Les interfaces avec les services médico techniques, et les services logistiques sont opérationnelles. Les projets thérapeutiques sont

initiés dès l'admission du patient et tracés dans le DPI ainsi que

- les prises en soins particulières (personnes âgées, mineurs, risque suicidaire...);
- les consultations d'annonce en chirurgie cancérologique;
- la nutrition;
- les urgences vitales (formations, exercices de mise en situation, chariots).

La sortie est organisée dès le début du séjour, un courrier de liaison et de sortie est pré préparé dans le logiciel de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi structuré, portant sur le parcours du patient est en place. Il est géré par les pilotes du processus et le groupe de pilotage de la qualité.

La cellule Qualité assure le recueil et l'utilisation des indicateurs nationaux IQSS, ainsi que des indicateurs qu'il a mis en place. Ceux-ci sont regroupés dans un tableau de bord. D'autres indicateurs sont relevés en lien avec la prise en charge de la douleur, la prise en charge des patients en fin de vie ou l'identitovigilance qui sont des points de vigilance compte tenu des prises en soins et de la population vieillissante accueillie. Les audits réalisés selon la méthode du « patient traceur » ont permis d'évaluer les pratiques à toutes les étapes de la prise en charge du patient.

Des EPP sont déployées qui portent sur la prévention des risques de chute, la dénutrition chez la personne âgée ou encore la prise en charge de la douleur chez l'enfant et la personne âgée, la bientraitance, en ce qui concerne la thématique "parcours".

L'établissement assure également le recueil et l'analyse de ses fiches d'événements indésirables en lien avec le processus. Des CREX sont réalisés avec les personnels soignants concernés sur des dysfonctionnements signalés sur ce processus. Des bilans d'activité sont réalisés annuellement par le CLUD, concernant la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, ainsi qu'au niveau de la Cellule d'IdentitoVigilance.

Les questionnaires de sortie sont analysés et leurs résultats diffusés. Ils permettent d'évaluer la qualité des soins, des conditions hôtelières, la prise en charge de la douleur.

Le suivi de ces évaluations est régulièrement assuré et des synthèses sont réalisées, afin de permettre la mise en place d'actions correctives immédiates si besoin.

A / AGIR

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

L'établissement, par l'intermédiaire de ses pilotes et du groupe de pilotage de la qualité, mène des actions d'amélioration concernant le parcours du patient en s'appuyant sur le résultat des différentes évaluations et l'analyse de ses risques.

Les actions d'amélioration du PAQSS sont retrouvées dans le compte qualité de l'établissement. Des actions sont déjà en place notamment pour tout ce qui concerne la prise en charge des urgences vitales (formation des personnels, gestion du chariot d'urgence), le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Des actions portant sur l'identitovigilance ont été mises en œuvre en priorité : actualisation de la procédure de mise en place du bracelet d'identification, formation des professionnels sur les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance (audit ciblé).

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est régulièrement réévalué en fonction des résultats des indicateurs, de l'analyse des événements indésirables ou des comptes rendus des CREX.

Ces réajustements sont réalisés avec les instances concernées si besoin. La communication des actions menées auprès des professionnels est effective. Les outils de communication utilisés sont le journal interne remis avec le bulletin de salaire, les rencontres pluridisciplinaires, les réunions des différentes instances.

Le personnel rencontré lors des visites de terrain confirme être au courant des actions entreprises sur la thématique.

Les usagers par l'intermédiaire de leurs représentants sont informés lors de la CDU, de la mise en place des plans d'action de la thématique.

Des campagnes d'affichage sont également organisées.

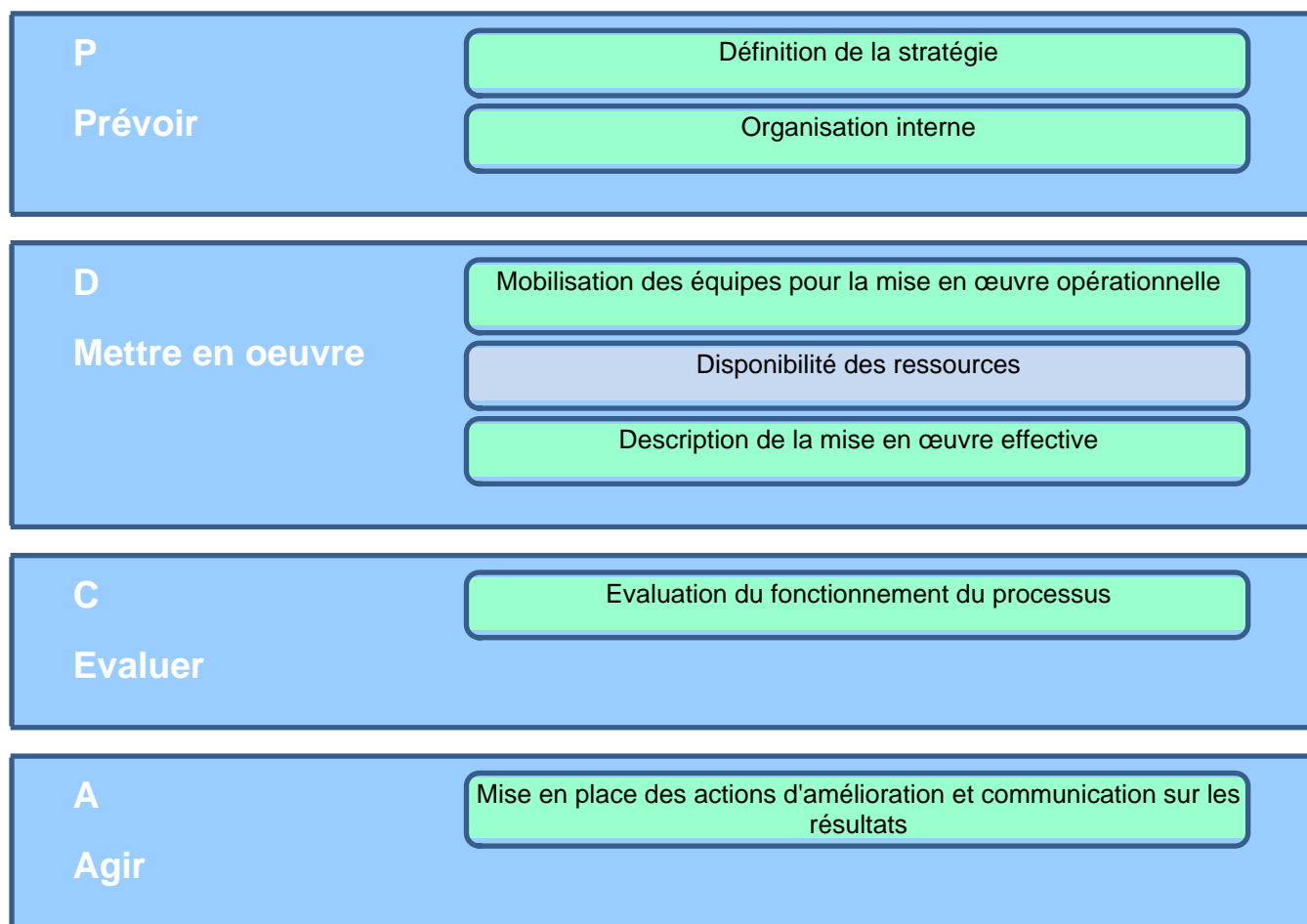
DOSSIER PATIENT

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 d'Alençon assure des activités réparties dans 2 pôles : la chirurgie, en hospitalisation complète et en ambulatoire ; les soins de suites et de réadaptation, en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Un plateau technique se trouve dans chacun des secteurs : le bloc opératoire et le secteur de kinésithérapie sur une surface adaptée aux activités.

De nombreuses spécialités chirurgicales et médicales sont assurées dans l'établissement .

L'ensemble des praticiens(libéraux et salariés) et tous les professionnels constituent l'équipe pluridisciplinaire qui assure la prise en soins des patients .

Celle-ci se fait autour du Dossier Patient (DP) qui est l'outil de partage des informations et de la continuité des soins.

Les orientations stratégiques de la clinique sont basées sur le développement des activités et de la culture qualité.

Une politique de gestion du Dossier Patient (D.P.) est définie sous la responsabilité des membres de la Direction.

Depuis 2015, son informatisation est quasi-totale. L'organisation de l'accès du patient à son dossier est en place sous la responsabilité de l'Assistante de Direction. Les délais de communication de celui ci sont évalués, validés par les Instances.

Un COMPTE QUALITE a été établi par le groupe pilote du processus animé par la RAQ, directrice adjointe.

Les données utilisées sont principalement les décisions de la V2010.

Les indicateurs nationaux (IQSS) de la tenue du dossier patient sont renseignés pour les 2 secteurs de soins.

Quatre risques ont été hiérarchisés à partir d'une cartographie,deux autres ont été rajoutés un peu avant la visite.

Cette analyse s'est faite selon la grille HAS : criticité et niveau de maîtrise.

Des plans d'action ont été mis en œuvre comportant des objectifs d'amélioration.

Cette stratégie, validée par les instances , est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

Dans le compte qualité, les risques identifiés et priorisés sont en lien avec les règles de tenue du dossier.

Les axes à améliorer concernent la sécurisation, l'accès, la traçabilité des actes.

Parmi les actions finalisées, la mise en place du dossier patient informatisé depuis la dernière visite de certification a permis une amélioration de la complétude du DPI.

L'un des risques concerne l'identito-vigilance, le suivant la continuité des soins.

Une sensibilisation des professionnels s'en est suivie. Ces actions se retrouvent parmi les objectifs d'amélioration du PAQSS.

Un responsable, des échéances, des modalités de suivi, un état d'avancement y sont précisés,qui sont déclinés dans un programme institutionnel d'action formalisé, unique et hiérarchisé. Le Compte Qualité est articulé avec le PAQSS de l'établissement.

Le plan d'actions a été présenté et validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'est organisé pour assurer le pilotage de ce processus.

La mise en œuvre de ce processus englobe la gestion du dossier patient, l'accès du patient à son dossier et son informatisation.

Le groupe pilote du processus est composé de l'IDE référent du Dossier Patient Informatisée (pilote), de la secrétaire médicale référent accueil (copilote), d'un kinésithérapeute cadre (qui a quitté récemment la clinique pour une autre établissement du Groupe), d'une IDE de bloc et du directeur qualité du groupe.

Des fiches de poste ont été établies qui définissent les missions de chacun.

Le médecin DIM est le PDG du groupe propriétaire de la clinique. Le TIM est en temps partagé au sein du groupe.

Un référent informatique est responsable de la gestion du SIH. Les instances, la Direction, la directrice adjointe/RAQ sont très impliqués dans la tenue du DPI et de son déploiement.

Les ressources humaines nécessaires à ce processus sont identifiées et en poste.

Le déploiement du logiciel médical est fait par l'IDE référent associée à l'IADE du bloc opératoire et à la pharmacienne. Tous les professionnels sont concernés et responsabilisés et formés sur le renseignement du Dossier Patient.

Tout au long du séjour du patient, les données médicales, administratives, paramédicales sont intégrées au DPI.

La secrétaire médicale ouvre le dossier médical dès la demande d'hospitalisation.

La secrétaire d'accueil ouvre le dossier administratif et se charge de la pré-admission. Les anesthésistes font le compte rendu de la consultation sur support papier. Au moment du séjour, les praticiens

enregistrent les éléments médicaux, Les IDE et AS établissent la planification des soins au regard des transmissions ciblées. Au bloc opératoire, lespanseuses et les IDE de SSPI tracent les données de la surveillance du patient tout au long de sa présence dans ces lieux.

L'archiviste intervient pour classer le dossier (IPP)lors de la sortie.

Les facturières ou assistantes TIM (PMSI) facturent les dossiers une fois complétés. Le dossier est alors archivé. L'accès du dossier patient est sécurisé. Tout nouvel arrivant – y compris les stagiaires – a un identifiant.

Des actions de formation sont organisées. Elles sont organisées par l'IDE référent du DPI. Elles sont toutes émargées,l'adhésion de tous y compris du corps médical est à noter. La confidentialité est préservée tout le long du séjour du patient.

L'accès du patient à son dossier est organisé, toute demande est adressée à la Direction, l'assistante de Direction en assure le suivi et l'envoi.

Un service d'accueil avec 2 postes informatiques se trouve à l'entrée de la clinique. Les locaux de consultation et les secrétariats médicaux sont situés au RDC ce qui en facilite l'accès,la consultation pré-anesthésique (CPA) y a également lieu .

Une salle de prélèvement sanguin dépendant du laboratoire de biologie s'y trouve aussi . Plusieurs pièces d'archivage se situent au sous-sol ; elles sont vastes, rayonnées et sécurisées. Les dossiers des séjours récents et à venir sont stockés dans le bureau de l'archiviste .

Au sein de tous ces locaux se trouvent des ordinateurs fixes ainsi q'au bloc opératoire et en SSPI. Des ordinateurs portables sont sur les chariots de soins dans les services. Les règles de confidentialité sont respectées. La maintenance du matériel informatique,est assurée par le Responsable du système d'information.

Les ressources documentaires sont nombreuses telles

- Un protocole « politique DP » définit les règles des différents intervenants dans la tenue du dossier d'hospitalisation.

- Une procédure « gestion DP » définit sa constitution qui se décompose en 3 parties : la partie administrative, le dossier papier fait de documents médicaux et légaux, le dossier informatique. 2 logiciels différents permettent le recueil des données administratives et médicales avec une passerelle entre les 2.

- Une procédure d' « organisation du DP » est destinée au personnel administratif et des archives. Une procédure de « demande de communication d'un DP » décrit les étapes à respecter par la Direction. Une fiche exhaustive « dossier SSR » décrit les documents le composant.

- Une procédure décrit l'organisation du contrôle « identité du P ». Ces documents intègrent le dispositif structuré de gestion documentaire informatisée

- une procédure de mise en place du mode dégradé

- Un guide et un « pense bête » d'utilisation du logiciel médical sont édités.

L'ensemble de ces données est connu des professionnels. Le système d'information dépend d'un Responsable. Deux logiciels sont utilisés au sein de la clinique pour gérer le DPI. Une sauvegarde est organisée toutes les 2h.

La totalité du DP est informatisée excepté la CPA et le déroulé anesthésique per opératoire. Des formations sur ces logiciels se font en continu. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les principales interfaces identifiées se font entre acteurs professionnels et entre secteurs d'activité. Avec le laboratoire de biologie, la saisie des résultats est possible ; ils intègrent le D.P.I.

La continuité des soins est également assurée vers l'extérieur,en cas de demande d'un dossier médical par un professionnel d'un autre établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le groupe processus a établi une cartographie selon les recommandations de la HAS en suivant le PDCA.

A chaque étape du processus, des risques a priori sont identifiés devant des situations problématiques.

Après analyse et définition d'un niveau de risque, 6 risques sont identifiés et priorisés.

Les plans d'action ont été mis en place avec des objectifs d'amélioration définis pour chacun. Ils rejoignent le PAQSS global de l'ES et intègrent le compte qualité.

Un suivi de l'efficacité des actions menées est tracé par le pilote avec respect des échéanciers . Pour la majorité d'entre elles, la réalisation est effective.

Les responsables soignants sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur service ainsi que sur le choix des plans d'action.

Les professionnels se sont mobilisés dans les réunions du groupe pilote du processus. Ils ont participé à la priorisation des risques et à l'élaboration des plans d'action. La sensibilisation est faite auprès des équipes médicales et paramédicales.

L'IDE Référent est très active. Le compte qualité et la notion de risques sont compris et retrouvés lors des investigations terrain.

Des actions d'évaluation sont réalisées avec participation des professionnels. La déclaration des Evènements Indésirables (EI) est faite par informatique, analysée par la cellule qualité,ceux ci restent peu

nombreux, un retour est fait régulièrement.

En cas de gravité, des RMM et des CREX sont organisés. Un compte-rendu assure leur traçabilité. Les professionnels sont informés des résultats.

Des actions correctives sont identifiées et suivies en cas de besoin avec les professionnels par la cellule qualité animée par la directrice adjointe /RAQ.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources en compétences est constatée sur le terrain.

L'IDE référent est présente dans les secteurs de soins autant que de besoin, ainsi que l'IADE au BO pour accompagner les professionnels dans la gestion du DPI. Lors de la constitution du D.P. informatisé, tout le personnel s'est senti concerné.

Les formations sont assurées en continu.

Au niveau de l'accueil, la référent et les secrétaires sont disponibles lors des démarches administratives : pré-admission et hospitalisation. Les professionnels sont investis et conscients de leur responsabilité.

Les médecins comme le personnel soignant consignent toutes les données et tous les actes de soins dans la prise en soins du patient.

A la fin du séjour, tous les intervenants s'emploient à clôturer le dossier.

L'archivage après facturation est assuré par l'archiviste.

Une liste des personnes habilitées à la sortie des DP des archives est formalisée elle est connue de tous.

En cas de demande de son dossier, le patient doit s'adresser à l'Assistante de Direction; il pourra alors accéder aux informations contenues et aux pièces demandées selon une procédure clairement établie.

La Direction s'attache à faire respecter les délais réglementaires. L'accès au DPI est sécurisé.

Les procédures et protocoles sont facilement accessibles dans la gestion documentaire. Leur remise à jour est effective. Ils sont connus par les professionnels. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont disponibles . Un guide d'utilisation du logiciel médical, un pense-bête accompagnent les utilisateurs.

Le déploiement du mode dégradé, à la moindre gêne constatée dans la sécurité des soins, est géré par l'IDE référent la journée, par l'administrateur de garde la nuit qui contacte l'informaticien. La procédure est connue, accessible. Il en est de même de la conduite à tenir en cas de reprise d'activité.

Dans le livret d'accueil, les informations sur la communication du dossier médical est formulée.

Un projet de déploiement à domicile de l'accès au logiciel médical par les spécialistes est en cours. Les ressources matérielles sont disponibles. Un plan de suivi et de maintenance est en place. Le matériel informatique est en nombre suffisant à tous les niveaux. Il est fonctionnel et adapté à l'activité.

La confidentialité des données est respectée. Des écrans informatifs situés dans les couloirs sont destinés aux patients ; ils communiquent sur les pratiques professionnelles.

L'ensemble des locaux est conforme et adapté à l'activité. Les locaux d'archivage permettent l'accessibilité des informations, ils sont conformes aux normes de sécurité recommandées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des règles de gestion du dossier patient sont formalisées sur sa composition, sa tenue, sa confidentialité, son utilisation, son accessibilité, son archivage, trois parties le constituent. Lors de la prise en soins du patient à chacune des étapes, les règles, les différents protocoles et procédures sont appliqués, ceux ci sous la responsabilité des membres de la Direction, des professionnels soignants et administratifs.

Le constat sur le terrain et lors des investigations du patient traceur l'a confirmé.

L'initialisation du dossier médical se fait dès la consultation chirurgicale. La demande d'admission est transmise à la secrétaire de pré-admission. Le médecin anesthésiste réalise sa consultation dans les délais réglementaires.

Les prélèvements biologiques sont faits avant la pré-admission. Le dossier est ainsi initialisé. C'est un dossier unique, constitué d'une pochette cartonnée avec l'étiquette du patient et le n°IPP. Il regroupe plusieurs sous-dossiers.

-Le dossier administratif est enregistré sur le logiciel médical (fiche patient), puis transféré sur le logiciel administratif via la passerelle. La fiche administrative est imprimée afin que les étiquettes d'identifications puissent être éditées.

-Le dossier PAPIER est constitué des documents médicaux et légaux (fiche de demande d'hospitalisation, identité-vigilance, CPA, consentements,...).

Au cours de l'hospitalisation, les informations, les évaluations, les observations, les prescriptions, les transmissions sont saisies par le corps médical et le personnel soignant sur des "pages" dédiées. L'ensemble des soins et les transmissions ciblées sont tracés par le personnel soignant. L'administration médicamenteuse est saisie en temps réel par l'IDE.

Lors de la PEC au bloc opératoire, les surveillances per-interventionnelle et post interventionnelle en SSPI sont informatisées ; seuls les actes d'anesthésie se font sur un support papier.

Au cours du séjour, l'accès du dossier est sécurisé. Les règles de confidentialité sont respectées. L'information du patient est assurée. A la sortie le dossier est clos. Son archivage se fait selon le classement IPP. Un fiche de complétude est tracée et vérifiée par l'archiviste. La facturation est réalisée par les facturières. Une fois classé, complet et facturé, le DP est archivé dans les locaux archives sécurisés.

L'accès aux archives est contrôlé. Une liste des personnes habilitées est en place

Toute sortie de dossier est tracée (protocole).

Des listes de pièces du dossier médical sont tracées en cas d'hospitalisation complète, d'hospitalisation ambulatoire, en cas d'hospitalisation en SSR.

La procédure de déploiement du mode dégradé est connue de tous.

L'accès de dossier est sous la responsabilité de l'Assistante de Direction qui remet un dossier complet après vérification de l'identité, elle suit la procédure de « demande de communication d'un DP ».

L'avis médical est systématique. La communication se fait selon le souhait du patient. Il est informé de cette possibilité par le livret d'accueil.

Les délais sont respectés et sont en moyenne de 3 jours; des indicateurs de suivi sont tracés.

La CDU informe quant aux droits d'accès, les patients peuvent solliciter les représentants des usagers.

Les modalités de communication des données du D.P. entre professionnels impliqués et correspondants externes sont organisées. Les circuits sont respectés.

L'accès aux résultats de biologie auprès du laboratoire est effectif par informatique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques de l'ensemble du processus sont réalisées.

Au niveau de la gestion du D.P. : Les indicateurs Nationaux ou IQSS sont suivis. Ils portent sur la qualité du D.P. La périodicité est biennale.

Des indicateurs internes permettent de comptabiliser les plaintes et d'appréhender leur délai de traitement, les demandes de DP et leur délai de transmission.

Un suivi informatique est fait sur l'indisponibilité des logiciels.

Un audit interne sur la tenue du dossier est annuel.

Une EPP sur l'identito-vigilance est active.

Les check-lists au BO et à la pré-admission sont des éléments bloquants si elles ne sont pas validées ou signées, s'il manque un des éléments du dossier.

La satisfaction des usagers est évaluée et suivie.

Les EI déclarés concernent essentiellement l'identito-vigilance.

Ces résultats sont communiqués systématiquement à la CDU.

Ces actions d'évaluation sont à poursuivre.

Le groupe pilote du processus est responsable de ce dispositif d'évaluation.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées:

- définir des indicateurs internes et organiser le suivi ;
- améliorer le recueil des indicateurs nationaux.

Des audits restent à réaliser : complétude du DP.

La mise à jour des procédures et protocoles est continue: gestion des doublons, documents à transmettre lors des transferts de patient, pose de bracelet en absence de CNI...

Les formations des professionnels sont à intensifier pour les nouveaux arrivants.

L'informatisation du DP est effective à 99% ; elle reste à déployer pour les anesthésistes (CPA, suivi per-opératoire).

Pour l'intégration au Compte Qualité, des actions ont été mises en œuvre : sécurisation du DP, check-list accueil, listing des documents manquants (en plusieurs langues).

D'autres sont en cours : compléter la passerelle avec le laboratoire, obligation de tracer les actes en temps réel pour les IDE, changer les bracelets...

Des actions d'amélioration sont demandées au prestataire de l'hôtellerie

Pour l'accès du patient à son dossier, les actions se mènent en continu en relation avec la Commission Des Usagers.

Les questionnaires de satisfaction avec évaluation sont en place. Le PAQSS est évalué régulièrement au niveau du processus. La sensibilisation à la déclaration des EI reste à poursuivre (CODIR). C'est la pilote qui est chargée de la mise en œuvre de ces actions. Un retour se fait au niveau du COPIL et de la Direction.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les modes de communication et de diffusion des résultats des évaluations et des actions mises en place sont essentiellement les réunions, les comptes rendus, les tableaux d'affichage, intranet, la boîte mail, les notes de services, le journal interne pour les professionnels.

Ces actions de communication dépendent directement du groupe pilote. Pour les patients, le livret d'accueil, des flyers dans les services, les écrans vidéo, les affichages (IQSS) sont en place. Par l'intermédiaire des rapports des instances et des commissions, les actions et les résultats sont

communiqués auprès des usagers.

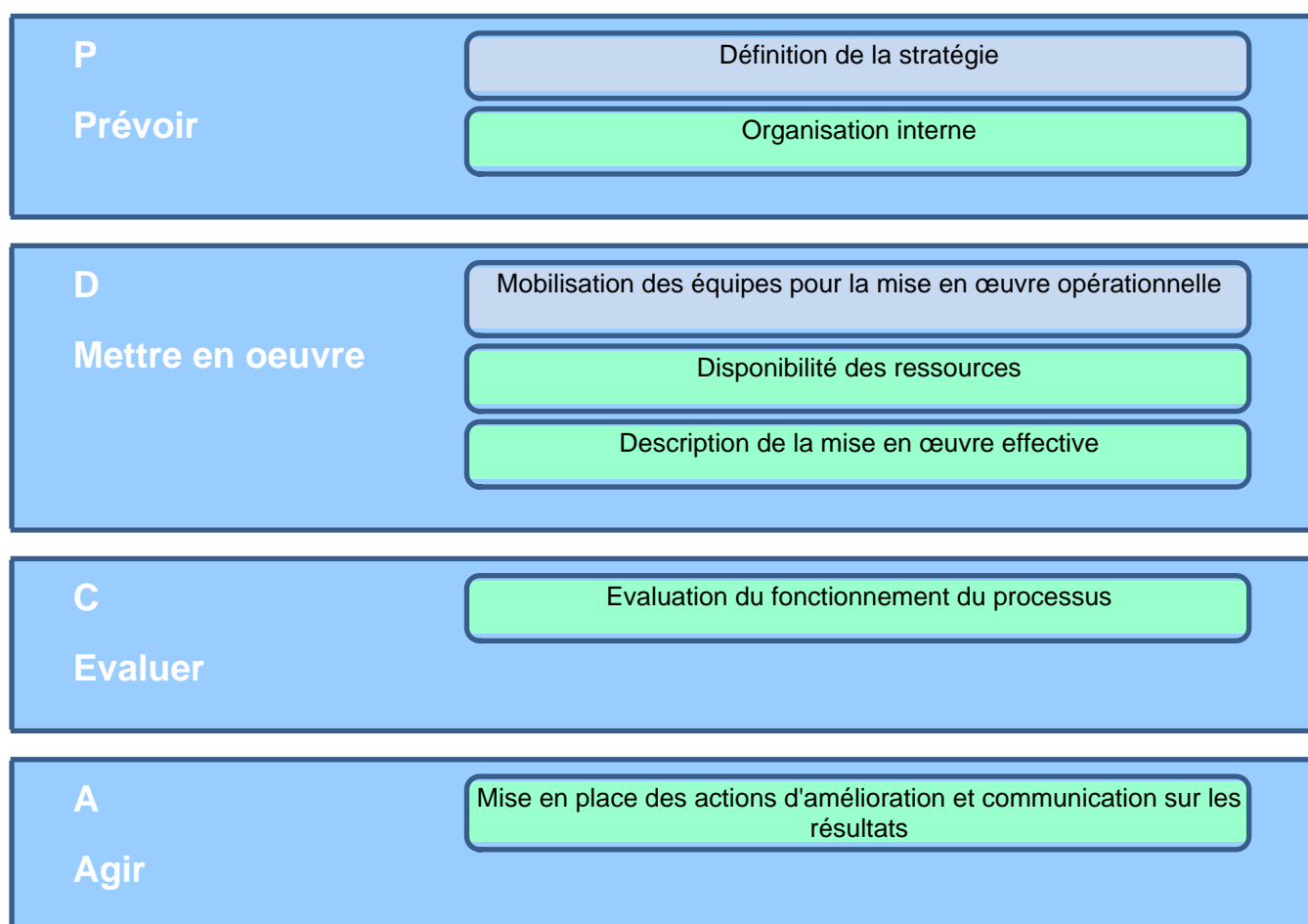
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le « Processus : Management de la prise en charge médicamenteuse » et dans un le manuel d'assurance qualité, qui constituent la base du système de management de la prise en charge médicamenteuse.

Le processus de management de la prise en charge médicamenteuse, reprend les valeurs du groupe propriétaire de la clinique d'Alençon (Innovation, qualité du parcours de soins, éthique professionnelle, communication) les axes d'orientations du CAQES et le projet d'établissement avec l'identification des risques.

Plusieurs dispositions de référence ont été prises en compte dans la définition des actions de sécurisation des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse : les indicateurs nationaux, les textes réglementaires (arrêté du 6 avril 2011), les recommandations de bonnes pratiques sur l'information des patients établies par la HAS en mars 2010, la circulaire DGOS du 14 février 2012 relative à la qualité de prise en charge médicamenteuse des établissements de santé.

La stratégie s'appuie également sur une identification des risques menée par la pharmacienne, l'encadrement des soins, des professionnels de l'établissement avec l'appui et l'accompagnement de la Directrice qualité gestion des risques. Pour ce travail, différentes modalités et résultats d'évaluations ont été exploités : la cartographie des risques, des résultats d'audits, des patients traceurs et des CREX menés suite à des signalements d'évènements indésirables.

Les risques identifiés sont hiérarchisés à l'aide de la grille de maturité de l'HAS.

Quatre risques prioritaires avec les moyens de maîtrise en place sont traduits dans le compte qualité où des objectifs d'amélioration sont définis en lien avec les mesures de traitement des risques identifiés.

Ces cinq risques identifiés dans le compte qualité sont extraits du Programme d'Amélioration programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (ou PAQSS) actualisé annuellement.

Chaque objectif de ce programme se décline en actions, ciblant les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse. Pour chaque action est défini un responsable, des échéances et des modalités de suivi.

Le COMEDIMS et le groupe de travail prise en charge médicamenteuse assure le pilotage de la prise en charge médicamenteuse en définissant le plan d'action annuel.

La CME détermine et s'assure de la mise en œuvre de la politique de prise en charge médicamenteuse.

L'élaboration et la mise à jour du compte qualité sont assurées par la pharmacienne, la cadre de santé, la Directrice adjointe QGR.

ORGANISATION INTERNE

Pour piloter cette démarche, l'établissement a choisi de s'appuyer sur la COMEDIMS, permettant de représenter toutes les professions (IDE, préparatrice en pharmacie) intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des patients.

Le suivi du processus de sécurisation du circuit du médicament est réalisé au niveau de la COMEDIMS et du groupe de travail.

Le pharmacien gérant de la PUI, Responsable du Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient coordonne la démarche avec l'appui de la Directrice Qualité. Ses missions sont précisées dans une fiche de missions. Des fiches de poste pour les préparatrices en pharmacie sont formalisées.

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI), qui assure l'approvisionnement des médicaments de l'ensemble des unités de soins.

Le service pharmacie dispose des ressources nécessaires à son fonctionnement (1 pharmacien, et 2 préparatrices à temps partiel).

Le pharmacien gérant est le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Pour piloter cette démarche, l'établissement a choisi de s'appuyer sur la COMEDIMS, permettant de représenter toutes les professions (IDE, préparatrice en pharmacie) intervenant dans la prise en charge médicamenteuse des patients.

Le suivi du processus de sécurisation du circuit du médicament est réalisé au niveau de la COMEDIMS et du groupe de travail.

La pharmacienne gérante de la PUI, Responsable du Management de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient coordonne la démarche avec l'appui de la Directrice Qualité. Ses missions sont précisées dans une fiche de missions.

Des fiches de poste pour les préparatrices en pharmacie sont formalisées.

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI), qui assure l'approvisionnement des médicaments de l'ensemble des unités de soins.

Le service pharmacie dispose des ressources nécessaires à son fonctionnement (pharmacienne et

préparatrice).

La liste des prescripteurs habilités, formalisée, à jour est disponible à la pharmacie. Les médecins intérimaires sont notés sur cette liste.

Des formations et séances d'information sur la prise en charge médicamenteuse sont réalisées.

Le dispositif d'intégration des nouveaux arrivants, prévoit un accompagnement des professionnels par l'encadrement sur la prise en charge médicamenteuse et l'utilisation des outils de tracabilité.

L'organisation du circuit est établie selon des modalités déterminées en commun par les professionnels de la pharmacie et des secteurs d'activité clinique, celle-ci est formalisée dans le manuel qualité.

Des procédures plus spécifiques sur l'organisation de la PUI, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé sont également proposées ainsi que quelques documents d'informations à l'attention des patients et des professionnels (livret thérapeutique, procédure de rédaction prescriptions ...)

Tous les documents sont intégrés dans le système électronique de gestion documentaire de l'établissement.

L'établissement met à disposition des matériels de stockage et de transport des médicaments adaptés : réfrigérateurs et armoires ou chariots sécurisés, coffres pour les stupéfiants, ainsi que des PC portables pour l'enregistrement en temps utile de l'administration.

L'accès à la PUI est sécurisé et les locaux disposent d'un bureau et de zones de stockage spécifiques (médicaments, dispositifs médicaux, solutés, consommables), d'un réfrigérateur muni d'un thermomètre et d'un coffre permettant le stockage des stupéfiants.

Une dotation pour besoins urgents en médicaments a été définie et mise en place dans les unités de soins.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète.

La PUI dispose d'un logiciel de gestion des stocks.

Les interfaces entre la PUI et les secteurs de soins sont organisés. Les circuits intègrent la gestion des déchets, la livraison dans les secteurs, le retour des périmés.

La continuité du traitement médicamenteux du patient est assurée ce qui a été constaté lors des investigations terrain et patients traceurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses sont conduites lors des réunions de service, du COMEDIMS, du groupe de travail et par la Directrice qualité qui rencontre régulièrement les équipes, et également à travers l'affichage, le journal interne .

Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient sont conduites au niveau de l'établissement. La pharmacienne, la Directrice qualité, l'encadrement des soins sont très impliqués, dans ces actions.

Il s'agit

- CREX (méthode ORION)
- d'Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ;
- du recueil des IQSS, organisé par le service Qualité
- Patient traceurs.

Lors des réunions de la cellule du CPQR une analyse des fiches d'événements indésirables est réalisée, pendant des échanges avec les équipes lors de CREX pour certains d'entre eux (erreur patient, erreur dosage etc...).

Des actions d'amélioration sont identifiées et intégrées au programme d'action médicament et partagées avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun.

Le service pharmacie dispose d'un pharmacien et de 2 préparateurs en pharmacie à temps partiel qui assurent la dispensation des médicaments . En dehors des heures d'ouverture de la PUI une organisation, connue des professionnels, permet de répondre à tout besoin urgent : une dotation pour ce type de besoins en médicaments divers est disponible dans les unités de soins.

Une séance d'information obligatoire sur les erreurs médicamenteuses et never events animée par la pharmacienne a été organisée et doit être pérennisée.

Afin d'optimiser la prescription de médicaments chez la personne âgée, un guide de bonne pratique sur le bon usage des médicaments chez la personne âgée est mis à disposition un audit ciblé a été mis en place en 2017.

L'ensemble de la documentation relative au processus est disponible à tout professionnel via un dispositif de gestion électronique. Ces procédures tiennent compte de l'évolution de la réglementation et des dernières recommandations.

Des procédures spécifiques sont disponibles comme : gestion des périmés, conditions de stockage, circuit du médicament procédure de déclarations des erreurs médicamenteuses etc....

Le logiciel de prescription permet l'analyse pharmaceutique de l'ensemble des prescriptions. La

pharmacienne peut alerter par le biais du logiciel le médecin prescripteur.
 L'évaluation de l'antibiothérapie à 48h00 et 72h00 est rappelée au médecin prescripteur par l'envoi d'une alerte informatique.
 Les professionnels de santé ont à leur disposition des supports d'information sur le bon usage des médicaments à risques tels que les anticoagulants, sur les modalités de conservation et d'utilisation des insulines etc.
 La PUI, située au RDC a un accès sécurisé.
 Une sonnette permet de solliciter le personnel de la pharmacie si nécessaire. Un local dans la PUI permet d'isoler la réception des livraisons de colis.
 Le dé cartonnage se fait dans la PUI.
 La PUI dispose d'un coffre permettant le stockage des stupéfiants.
 La traçabilité du suivi des stocks de stupéfiants dans les services et au bloc est conforme.
 La PUI dispose également d'un réfrigérateur, l'enregistrement quotidien et la traçabilité de la température se fait à l'aide d'un thermomètre intérieur.
 Les alertes descendantes se font sur le fax de la pharmacie en relai à la direction.
 Pour optimiser la sécurisation de l'administration des médicaments, la PUI veille à délivrer des médicaments clairement identifiés ayant un étiquetage spécifique pour les médicaments à risque (étiquette rouge).
 Dans les services de soins, les équipements où sont stockés les médicaments (armoires, coffres à stupéfiants, chariots) sont sécurisés, les réfrigérateurs sont entretenus.
 Les modalités de rangement sont formalisées, la trace de la prise en charge médicamenteuse du patient (prescription, dispensation et administration) est assurée dans le logiciel de prescription médicamenteuse.
 La procédure dégradée en cas de non accessibilité au logiciel est connue.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des mécanismes de coordination sont définis dès l'admission du patient, les informations concernant son traitement personnel sont recueillies par le médecin et le traitement est prescrit dans le logiciel de soins.
 En cas d'arrivée tardive, l'encadrement et la pharmacienne anticipent avec la structure d'amont pour le SSR ou depuis la consultation afin d'avoir disponible le traitement personnel du patient dès son hospitalisation.
 L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins et les infirmiers.
 Une mention sur la gestion du traitement personnel du patient lors de son hospitalisation est réalisée dans le livret d'accueil, dans lequel il est rappelé que ce traitement personnel ne doit pas être pris pendant l'hospitalisation, seuls les médicaments donnés par la pharmacienne sont utilisés.
 Les prescriptions établies pendant l'hospitalisation respectent les règles de bonnes pratiques comme le confirment les investigations de terrain et les patients traceurs réalisés par les experts visiteurs. Le conditionnement des médicaments comporte l'ensemble des éléments recommandés (nom commercial, DCI, dosage, voie d'administration, forme pharmaceutique, nom du fabricant, date de péremption, n° de lot) jusqu'au moment de la prise.
 Les prescriptions sont informatisées à l'aide d'un logiciel de soins unique.
 Les traitements personnels du patient sont gérés : les traitements sont remis à la famille à l'admission du patient soit gardés dans l'armoire à pharmacie du service dans des sachets identifiés au nom du patient.
 Une procédure sur la gestion du traitement personnel du patient est formalisée et connue des professionnels de santé. A la sortie du patient son traitement personnel lui sera rendu après actualisation des modifications de traitement réalisées pendant son séjour.
 La dispensation médicamenteuse est nominative, elle est réalisée par le personnel de la pharmacie pour une semaine en SSR et au quotidien pour les secteurs à DMS courte . Toutes modifications de traitement en cours de séjour font l'objet d'une nouvelle analyse et validation pharmaceutique avant dispensation par le pharmacien.
 En complément, des médicaments en "sur stockage" volontaire sont disponibles dans les armoires à pharmacie des unités de soins, une convention avec l'établissement hospitalier publique voisin et une officine de ville servent à pallier à un éventuel manque.
 L'administration des médicaments et la traçabilité sont assurées par les IDE en temps utile, directement sur le logiciel. Les motifs de non administration sont également tracés.
 Le double contrôle des piluliers est assuré par les infirmiers au moment de la validation ultime avant administration.
 La notion de médicaments à risque est connue : une affiche « never events » mentionne les médicaments identifiés sur la liste des médicaments à risques définis par l'établissement, un étiquetage spécifique est utilisé pour ces médicaments à risques (étiquette rouge).
 Le circuit de signalement de pharmacovigilance est opérationnel, les interfaces avec l'ensemble des services le sont également.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est réalisé (IQSS, nombre de FEI, nombre de CREX, nombre de personnes formées/sensibilisées au circuit du médicament, nombre de signalement pharmacovigilance).

Le dispositif d'audit est structuré avec le soutien et l'accompagnement de la pharmacienne de la Directrice QGR avec la mise en place des patients traceurs, des CREX selon la méthode ORION ,des déclarations dans le logiciel de gestion documentaire.

Le PAQSS et le rapport d'étape du CAQES est en place, réactualisé annuellement. Les risques prioritaires sont présentés dans le compte qualité.

Le suivi des indicateurs est assuré par la pharmacienne et la Directrice QGR et l'encadrement soignant. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des comités de retour d'expérience sont en place.

Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés à l'issue des audits internes (mise à jour de documents qualité ; poursuite de l'information sur le risque médicamenteux et les « never events » dans les services de soins et au bloc opératoire)

Le COMEDIMS assure un appui opérationnel dans les actions d'amélioration de la qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont suivies dans le cadre du plan d'actions annuel institutionnel. Ce plan d'actions couvre les différents champs de la thématique, il est piloté par le COMEDIMS et le groupe de travail, validé par la CME.

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, suivies et coordonnées suite aux différentes évaluations.

Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats d'audits, le suivi des événements indésirables, un ajustement régulier est réalisé dans le programme d'amélioration institutionnel et le compte qualité.

Le partage des résultats se fait de premier abord auprès du CODIR et de la CME. L'établissement prévoit différentes modalités et supports de communication auprès des professionnels tels que :

- Des séances d'information dans les unités de soins pour les équipes de jour et de nuit sur les stocks et la gestion des commandes, sur les médicaments à risques (AVK)
- Sensibilisation du corps médical sur l'importance de l'exhaustivité de la prescription informatisée
- La diffusion et l'affichage de note d'information

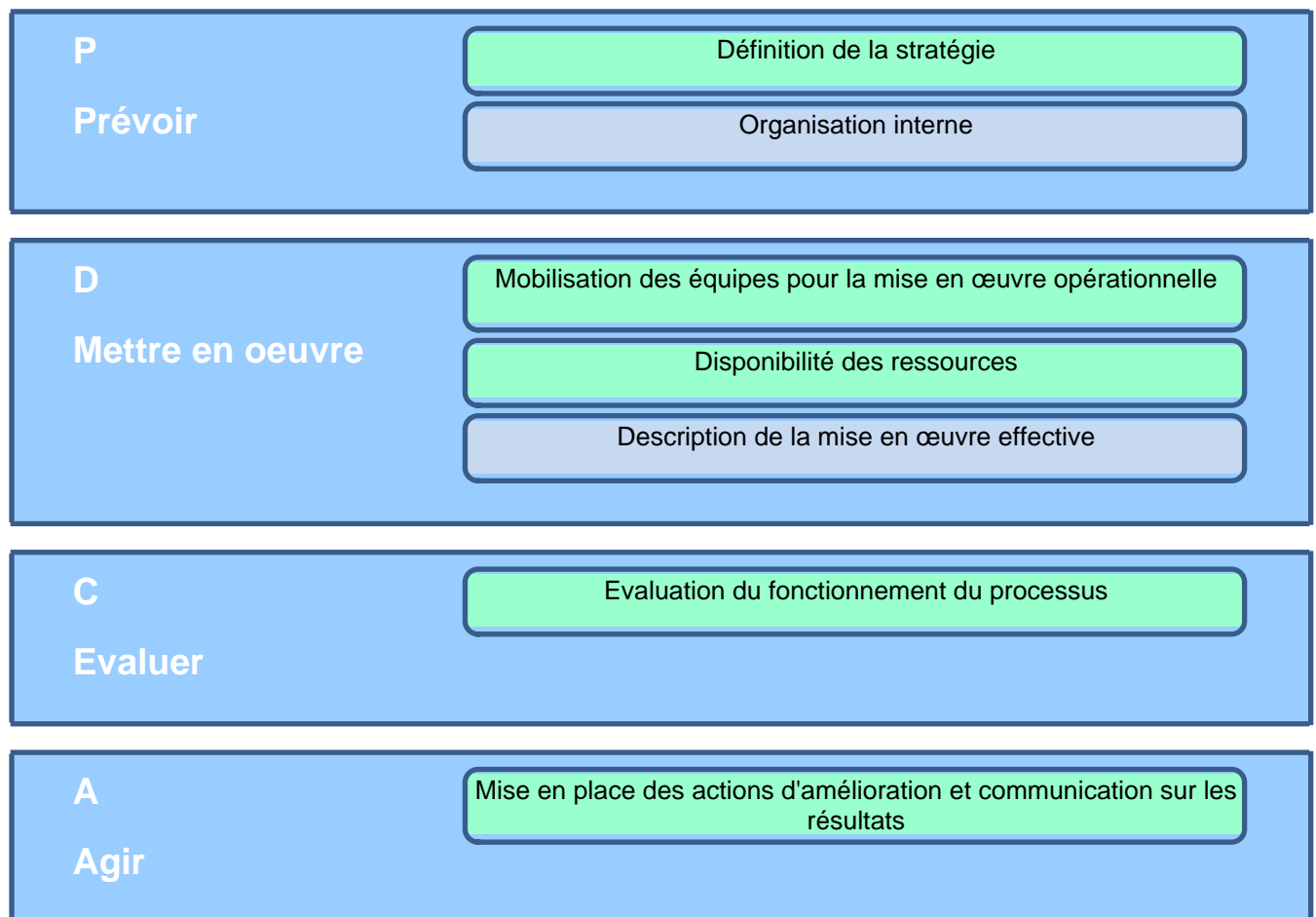
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 clinique d'Alençon est le seul établissement MCO privé de la ville, en recherche de partenariat avec le Centre Hospitalier Intercommunal (CHICAM). Son activité est essentiellement de la chirurgie et des Soins de Suite et de Réadaptation.

Le pôle MCO, est axé sur 19 lits d'Hospitalisation Complète (HC) et sur 35 places d'ambulatoire réparties sur 2 étages.

Le plateau technique est constitué d'un bloc opératoire (B.O.) de 6 salles d'intervention et d'une S.S.P.I. de 10 postes équipés.

Le pôle SSR comprend un service de 35 lits pour des pathologies polyvalentes, de 23 lits de pneumologie et d'un Hôpital de Jour (HDJ) de 10 lits autour d'un plateau technique.

Au total 32 praticiens libéraux et 5 médecins salariés y exercent leur activité.

Des conventions inter-établissements sont signées.

La stratégie de l'ES est de renforcer le développement de l'activité sur les 2 pôles d'activités et de recruter de nouveaux praticiens. Pour l'activité du Bloc opératoire (BO), la politique et les nouvelles orientations se sont précisées à l'arrivée de la Responsable IBODE en 2013 et de la nouvelle Direction en 2015-2016 avec réorganisation du plateau technique et un management plus orientée vers la qualité et la sécurité des soins. La charte de bloc se nomme par " Manuel Assurance Qualité".

Le déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) est effectif.

Une cartographie des risques a priori est réalisée par une équipe pluridisciplinaire à partir de différentes données :

- les Indicateurs Qualité de la Sécurité des Soins (IQSS),
- les résultats de plusieurs évaluations des bonnes pratiques au BO, une EPP sur le remplissage de la check-list Sécurité Patient.

Quatre risques sont identifiés selon la grille HAS. Des plans d'action sont mis en œuvre.

La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions unique, formalisé et priorisé.

Pour chacune des actions sont définis des objectifs d'amélioration et y sont précisés le responsable concerné, les échéances, le niveau d'avancement et les modalités de suivi.

Certaines actions sont finalisées, d'autres sont en cours. Pour sécuriser l'identification des patients : une check-list administrative est remise en systématique aux patients. Certains items sont remis à jour par le remplissage incorrect de la Feuille d'Ouverture de Salle d'Opération (FOSO).

Un point « ortho » pluridisciplinaire mensuel est mis en place pour mieux gérer les commandes importantes de matériel avec possible risque d'erreur.

Une procédure ATNC est établie pour une meilleure identification du risque. L'ensemble du groupe processus a participé à ces mises en œuvre. Le programme a été validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote est la Responsable du BO, soignante. Sa fiche de poste est formalisée. Elle est assistée d'un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) qui la remplace en cas d'absence, il est également le référent du DPI au BO, la Personne Compétente en Radioprotection (PCR), et responsable Biomédical.

L'instance est le Conseil de Bloc (CB) restructuré en 2017. Le Président de la CME en est le Président. Sa composition, ses missions, son fonctionnement sont précisés dans le MAQ. Il se réunit 8 fois par an avec un ordre du jour préétabli. Un compte-rendu est tracé et diffusé. Il valide le MAQ.

Une Unité de Régulation et Programmation de Bloc valide le programme opératoire les jeudis pour la semaine suivante.

La Responsable du bloc est à la tête d'une équipe pluridisciplinaire, les IDE sont les plus importantes en nombre : elles sont à la fois panseuses, polyvalentes, et aide-opératoires, des référentes par spécialité sont identifiées, au volontariat.

Elles assurent le bio-nettoyage avant l'arrivée de l'ASH dédiée à cette tâche à partir de 12h. Des brancardiers interne et externe transfèrent les patients.

En Salle de Soins Post-interventionnels (SSPI), 2 IDE sont postées.

Les praticiens exercent leur activité chirurgicale en libérale: orthopédie, viscéral, vasculaire, urologique, maxillo-faciale et esthétique, ophtalmologique, stomatologue, ORL. Les Médecins Anesthésistes sont aidés de l'IADE. Le personnel soignant est formé aux différentes pratiques et à la gestion des risques. Un plan de formation est assuré par la clinique pour le BO, la SSPI, les règles d'hygiène, les bonnes pratiques de la stérilisation, la radioprotection.

Les nouveaux arrivants sont sous la responsabilité d'une IDE référent le temps nécessaire à son intégration. Les remplacements se font de manière préférentielle en interne ou sinon par des vacataires.

Des réunions de service sont programmées tous les mois.

Des procédures et protocoles formalisés sont disponibles à tous sur l'ensemble du processus :

organisation, PEC du patient, fonctionnement du secteur, certains rappellent les vérifications et les traçabilités requises. Ils intègrent la GED qui est correctement structurée et organisée par thématique et informatisés. Leur actualisation est continue.

Des fiches d'intervention par praticien ont été rédigées par les soignants pour la préparation des salles. La gestion de l'ensemble est à la charge de la Responsable de Bloc.

La zone identifiée BO et protégée est constituée de 6 salles d'intervention et d'une SSPI: 2 salles hyper-aseptiques classées iso7 sont réservées à l'orthopédie et à l'ophtalmologie ; 3 salles Iso 5 sont utilisées par les autres spécialités. 1 salle est dédiée à l'endoscopie. Celles ci sont vastes, bien entretenues, équipées du matériel d'anesthésie et chirurgical : tables, colonnes, ordinateurs.

La SSPI est au cœur du secteur, 10 postes séparés par des paravents, sont réservés à la surveillance des patients opérés.

L'équipement est complet et normalisé sur chacun des postes. Un emplacement permet la réalisation des anesthésies locorégionales, écho-guidées.

Le chariot d'urgence et le défibrillateur sont mis à disposition, la vérification est organisée et tracée. Des kits pédiatrie, intubation difficile, hyperthermie maligne sont en place. L'armoire à toxiques est sécurisée.

Des arsenaux sont destinés aux Dispositifs Médicaux Implantables (DMI), aux DMS, aux boîtes d'intervention et aux ancillaires.

Une salle désaffectée permet le rangement des colonnes et de l'amplificateur de brillance. Un SAS de transfert à côté d'une salle d'attente vaste et neuve, des vestiaires, un bureau, un « aquarium » réservé au corps médical complètent l'équipement.

La stérilisation jouxte le BO.

La commande de matériel est centralisée par la Responsable qui l'adresse à la Direction.

La maintenance est sous traitée et gérée par le biomédical.

Les principales interfaces se font avec les secteurs d'hospitalisation de chirurgie et aussi avec les services médico-techniques, comme l'EOH; le laboratoire de biologie et d'anatomo-pathologie pour les extemporanés; l'imagerie, interne à l'établissement pour les contrôles radios ; la PUI dans la gestion des DMS et la stérilisation.

Les circuits de la « marche en avant » sont respectés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cartographie du processus « gestion des risques a priori au bloc opératoire » est réalisée selon le circuit du patient au BO.

Devant des situations potentiellement dangereuses, sont identifiés des risques. Pour chacun des risques priorités, des objectifs et plusieurs actions d'amélioration sont définis et rejoignent le PAQSS institutionnel.

L'état d'avancement est finalisé ou en cours. La Cadre du BO, la Direction générale et adjointe /RAQ sont les responsables désignés.

Les professionnels soignants et les médecins ont été sollicités pour assister aux réunions du groupe processus. Le groupe est pluridisciplinaire.

Une véritable sensibilisation et mobilisation se met en place. Le personnel s'imprègne de la culture qualité, qui participe activement à l'élaboration du Compte Qualité. Des évaluations sont réalisées. La tenue du dossier patient est mesurée par des indicateurs nationaux.

Des audits sur les bonnes pratiques au BO sont réalisés.

Le taux de remplissage de la check-list est quantifié.

La déclaration des Evénements Indésirables (EI) est organisée, elle se fait par intranet ; la procédure est connue de tous. Leur analyse se fait au coup par coup avec des actions mises en place. Le retour est organisé.

En cas de niveau de gravité identifié, des RMM ou des CREX sont organisés. Les déclarants sont conviés.

Un compte rendu est rédigé avec les actions mises en place ; il est diffusé.

Les instances sont informées et valident ces actions. L'ensemble des professionnels est mis au courant des résultats. Des actions correctives sont

identifiées en cas de besoin avec les professionnels. Leur suivi est assuré.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont identifiées et mises en poste dans les différents secteurs du BO.

La prise en soins sécurisée du patient est assurée par l'ensemble des professionnels d'abord en salle d'intervention puis en SSPI.

La Cheffe de bloc veille au bon fonctionnement du bloc avec efficacité.

Titulaire d'un D.U d'hygiène et de prise en charge de la douleur, elle participe aux réunions du CLIN et du CLUD. Son adjoint est IADE et collabore avec les anesthésistes, également PCR, il veille aux bonnes pratiques et assure les formations des soignants et organise la maintenance des matériels en tant que référent Biomédical.

Les IDE accueillent le patient, le préparent à l'intervention, assurent son suivi.

Les praticiens occupent les salles selon leurs vacances avec respect des horaires.

Les anesthésistes sont présents au BO et en SSPI ; ils valident toute sortie des patients de SSPI.
 Un listing d'astreinte des praticiens est en place. 2 IDE assurent les astreintes, l'une comme panseuse, l'autre comme aide-opérateur. Un n° de téléphone est inscrit en cas d'appel urgent.
 Un plan annuel de formation est institué ; la présence est émargée.
 Le MAQ est à la disposition de tous. L'ensemble des documents, informatisé est facilement accessible : procédures, protocoles, et autres documents concernant le BO, les pratiques de prévention du risque infectieux.
 La préparation des interventions est organisée la veille à partir de fiches par praticien rédigées par le personnel soignant.
 Les comptes rendus des réunions de services, sur le processus et des instances sont tracés et sur support papier.
 Des cahiers de traçabilité des DMI sont archivés sur place.
 Les locaux sont lumineux, fonctionnels, sécurisés et adaptés à l'activité. L'accès au BO se fait avec des codes d'accès. Des vestiaires hommes et femmes sont à l'entrée. Une salle d'attente agréable a été modernisée pour rassurer les patients à l'entrée.
 La situation centrale de la SSPI au cœur des salles d'intervention avec des circuits courts améliore l'accessibilité des sites et favorise la disponibilité des professionnels et la sécurité des opérés.
 Les équipements et matériels sont en place, adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Les DMI sont accessibles dans les arsenaux.
 La confidentialité et l'intimité du patient sont préservées. Les outils informatiques sont disponibles.
 Les circuits sont en place pour les professionnels, les patients, le matériel, les déchets. L'entretien et le bio-nettoyage des locaux et des équipements sont assurés et tracés.
 Les projets d'achats et d'investissements sont listés et adressés à la Direction.
 Les travaux sont organisés en prévenant le risque infectieux ; les instances sont mises au courant. La maintenance est sous-traitée à des prestataires externes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement du bloc opératoire est décrit avec précision dans le Manuel d'assurance Qualité(MAQ) où les règles à respecter sont précisées à tous les intervenants.
 La programmation hebdomadaire est assurée par la cellule de régulation. Lors de la CS, le praticien remplit la feuille de demande d'intervention qui doit contenir toutes les informations requises. Un mail de demande de DMI est adressé à la Responsable du BO si besoin. Elle remplit le pré programme en concertation avec les anesthésistes le jeudi à la cellule de régulation composée de la Responsable des services d'hospitalisation, de la Responsable administrative des admissions, de l'IDE référent RRAC (Récupération Rapide Après Chirurgie) pour validation le vendredi.
 Après son transfert sur le logiciel du SIH (Système Informatique Hospitalier), le programme est validé par l'anesthésiste puis diffusé. Une planification journalière est arrêtée à 11 h la veille et validée.
 La prise en soins du patient au BO se fait selon la procédure de l'ES. Elle est normalisée.
 En service d'hospitalisation, après les vérifications obligatoires, l'IDE confie le patient et son dossier complet au brancardier externe pour transfert vers le BO.
 Le brancardier interne le conduit en salle où il est accueilli par la panseuse. La check-list est mise en œuvre.
 Une fois sur la table d'intervention, le patient est anesthésié .
 L'acte opératoire est réalisé par le chirurgien.
 En fin d'intervention, les prescriptions sont réalisées de façon conjointe.
 Le transfert vers la SSPI se fait en présence de l'anesthésiste.
 Les consignes de surveillance sont suivies jusqu'au réveil du patient.
 Son autorisation de sortie et de retour dans sa chambre est validée médicalement.
 La RRAC (Récupération Rapide Après Chirurgie) est une modalité de prise en soins appliquée à l'orthopédie ; un PPS (Projet de Soins Personnalisé) est en place.
 La Responsable gère l'activité et les flux de patients.
 Les IDE font l'ouverture des salles d'intervention à leur arrivée. Une feuille de traçabilité papier est en place (FOSO = Feuille d'Ouverture de Salle d'Opération).
 Elles préparent le matériel pour les interventions la veille.
 Une feuille d'intervention informatisée trace toute l'intervention; elle est remplie par la panseuse en salle. L'anesthésiste vérifie le bon fonctionnement des équipements en salle, celui ci est tracé. L'IDE de SSPI gère l'ouverture de celle ci.
 La gestion de la check-list « Sécurité du patient » est assurée par informatique et sur support papier pour la signature des 3 intervenants concernés.
 L'activité programmée se fait du lundi au vendredi, la clinique accepte également certaines urgences . Des rajouts au programme sont possibles selon les plages de vacances.
 La gestion des vacances et des absences des praticiens est organisée. Des procédures de PEC des patients à risques sont en place. Le Dossier Patient est informatisé sauf pour la CPA (Consultation Pré-Anesthésique) et le suivi per opératoire .
 Le bio-nettoyage de la salle est assurée par l'ASH attachée au BO : entre les interventions et en fin de programme.
 La traçabilité est faite sur support papier. La stérilisation est effectuée au sein du BO ; 2 agents en assurent le fonctionnement. Une fiche suiveuse de traçabilité est en place.
 La gestion des risques est appliquée au BO, secteur à risques.

Le risque infectieux est prévenu avec prise en compte des règles d'hygiène élémentaires.
 La présence d'un amplificateur de brillance impose un PCR qui gère les formations. La déclaration des Fiches d'Evènements Indésirables est en place.
 Les procédures et protocoles sont respectés. Leur mise à jour est organisée. Les formations sont assurées, spécifiques à la SSPI et à la sécurité post anesthésie.
 L'intimité et la confidentialité du patient sont respectées.
 L'ambiance de travail est sereine. Le travail en équipe est encouragé. Les circuits au niveau du personnel, du patient, du matériel (bacs de décontamination), des déchets se font selon « la marche en avant ». Les interfaces sont opérationnelles. Une procédure du prélèvement anatomo-pathologique est en place. La traçabilité est réalisée et partagée. Les instances fonctionnent avec des comptes rendus de réunions tracés. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) est organisée sur 2 niveaux. Une IDE référent est responsable du service. Une charte de fonctionnement est en place et validée. Le médecin coordonnateur est un anesthésiste, deux IDE sont attachées au service. L'UCA comprend 35 places, une salle d'attente, une unité de soins, une tisanerie, du matériel nécessaire aux soins. Le bio-nettoyage est sous-traité. Le circuit du patient est tracé au sol.
 A l'arrivée du patient son identification, le respect des consignes, la désignation de la personne qui viendra le chercher sont vérifiés.
 La Prise en Soins du patient est classique : son éligibilité, l'appel de la veille, la collation servie à son retour du BO, sa sortie après évaluation de la mise à la rue et validée par le praticien, l'appel du lendemain.
 Un n° de téléphone d'appel en cas d'urgence accompagne les papiers de sortie. De nombreuses procédures sont en place, en attente de validation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour l'ensemble de la thématique, le dispositif d'évaluation se fait selon plusieurs modalités par les indicateurs nationaux, le suivi des résultats est effectif.
 De nombreux indicateurs d'activité sont tracés mensuellement et par praticien : occupation des vacations, taux de dépassement, retard au démarrage, nombre de patients. Des audits sur les bonnes pratiques, la check-list, l'identification, le confort des P au BO sont organisés régulièrement.
 Les formations des professionnels sont assurées.
 De nombreuses procédures ont été remises à jour.
 En UCA, elles concernent les différentes prises en soins par praticien. Leur validation est en cours.
 La cartographie des risques et les plans d'action mis en place sont suivis et des réunions du groupe processus ont lieu régulièrement.
 Les EI sont déclarés. La culture de la déclaration en elle-même reste à être fortifier.
 Une sensibilisation a été réalisée.
 Des enquêtes de satisfaction des patients sont faites en unité d'hospitalisation et au BO. C'est le groupe pilote qui est responsable de ce dispositif d'évaluation en lien avec la RAQ. La communication est assurée.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs nationaux et ceux en interne sont suivis et doivent progresser.
 Parmi les audits, celui concernant la mise en place de la FOSO tracée dans tous les cas est régulièrement suivi.
 Un entretien annuel sur les audits permet une communication directe; ce fut le cas en décembre 2017 pour le risque infectieux.
 La RRAC déjà appliquée en orthopédie doit se développer à d'autres spécialités.
 C'est une des priorités de la direction de la clinique avec déploiement du réseau ville clinique; une IDE coordonnatrice organise le parcours de soin de chaque patient.
 La formation continue est assurée pour les professionnels avec développement du plan de formation pluriannuel.
 L'amélioration de la PEC de la douleur est un axe fort.
 La gestion documentaire est en renouvellement constant.
 L'Informatisation du dossier patient doit se compléter avec le dossier d'anesthésie.
 En UCA, l'activité doit augmenter ; développer l'accès au bloc pour le patient debout est une priorité.
 L'amélioration du service Qualité a permis le déploiement de cartographie des risques et la mise en place d'un compte qualité, réévalué avec une forte implication des professionnels. La culture de la déclaration des EI doit s'améliorer ; elle est en augmentation depuis qu'elle est possible en salle d'intervention.
 La réévaluation du PAQSS /BO est en cours.

Les questionnaires de satisfaction des patients participent à l'amélioration de la prise en soins, la cheffe de bloc, avec le groupe pilote est chargée de la mise en œuvre de ces actions.

Une communication interne par le journal, l'affichage, intranet sont en place. Les réunions de service et des instances avec diffusion des comptes rendus informent les professionnels.

Une communication externe est en voie de développement (porte ouverte, médias).

Avec les usagers la communication se fait par l'intermédiaire de la CDU, le livret d'accueil, l'affichage, les écrans de télévision.

La satisfaction des patients reste un objectif prioritaire de l'ES.

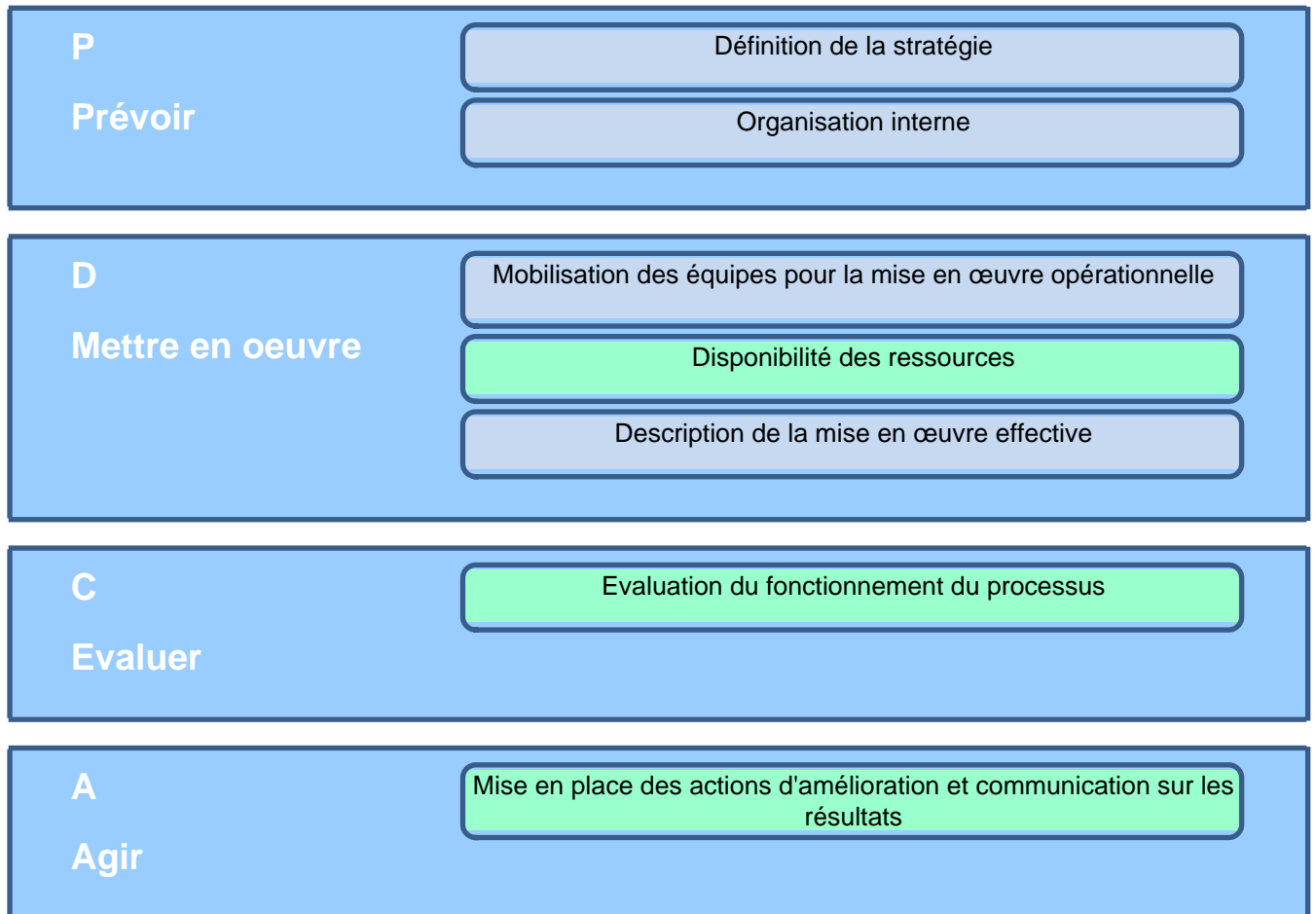
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un secteur d'endoscopie est installé dans le bloc opératoire avec prise en soins de patients de gastro digestif, d'urologie, de pneumologie et d'ORL. La spécialité qui effectue le plus d'actes est la gastro entérologie, une cellule de régulation est en place un règlement intérieur en définit le cadre. Les principaux axes stratégiques ont été identifiés:

- améliorer le circuit de lavage des endoscopes, éviter les pannes
- améliorer la préparation des patients pour les coloscopies
- assurer le suivi des conformités des matériels (endoscopes et lave- endoscopes)
- améliorer l'installation des patients particulièrement "position de la taille"

Cette stratégie est validée par la CME et le CODIR et fait l'objet d'un point mensuellement lors des réunions. L'activité d'endoscopie est pratiquée au sein du bloc en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire tant pour les anesthésies générales que les locales.

La cadre cheffe de bloc a en charge le secteur d'endoscopie. Elle gère en collaboration avec une IDE référente, l'organisation de l'activité ainsi que celle du traitement des endoscopes.

Le traitement des endoscopes est effectué dans une salle de désinfection proche de la salle d'endoscopie, dans les locaux du bloc opératoire, cette désinfection est assurée selon les recommandations réglementaires, la traçabilité est retrouvée dans tous les dossiers des patients et en double dans un registre tenu quotidiennement à jour.

L'infirmière en poste en endoscopie a élaboré et actualisé des procédures mises à disposition de tous les intervenants.

La cartographie des risques a été définie avec les professionnels concernés en se basant sur des documents comme l'analyse des événements indésirables, le résultat des audits de pratiques. Cette analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées au regard des types d'endoscopies pratiquées, qui associée, aux différents projets détermine les actions d'amélioration.

Les actions d'amélioration sont programmées et suivies par la cadre cheffe de bloc, la directrice adjointe également responsable qualité en concertation avec le président de la CME, chirurgien.

Les actions retenues au compte qualité ont été choisies conjointement par les responsables médicaux et paramédicaux.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau de l'activité d'endoscopie.

La cadre cheffe de bloc qui gère l'activité d'endoscopie et contrôle la programmation des actes d'endoscopie, elle est le pilote du processus avec pour copilote le pharmacien gérant en partenariat avec le responsable biomédical.

Les axes stratégiques sont déclinés en objectifs, des audits avec échéances en évaluent l'aboutissement qui est validé et réajusté si besoin lors des réunions hebdomadaires du Conseil de Bloc, de la cellule de régulation de bloc.

L'organisation prévue est adaptée à l'activité, la cadre cheffe de bloc inscrit dans des plages prédéterminées de programmation et de régulation les endoscopies prévues dès la prescription de l'acte en consultation par l'endoscopiste intervenant. Une procédure de préparation, de contrôle et de remise de consignes est complétée par le renseignement d'une check-list.

Les fiches de postes des professionnels impliqués en endoscopie sont formalisées. Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés en tenant compte de ce secteur particulièrement à risques et de la réglementation.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation interne et externe de la clinique.

Les modalités d'intégration et d'adaptation des nouveaux professionnels sont définies une attention particulière est portée sur la prise en soins d'enfants.

Les ressources documentaires (information du patient ou de ses parents, procédures d'hygiène), supports de traçabilité (ouverture des salles, nettoyage des salles, gestion des déchets, du linge, pré-désinfection et désinfection des endoscopes, prise en compte du risque ATNC, maintenance, gestion des pannes, etc), en documentation interventionnelle (fiches descriptives des interventions, gestion du dossier patient, identité, protocoles analgésiques, etc.) sont identifiées, élaborées et mises à disposition.

Les procédures sont écrites. Les besoins en documents d'enregistrement du patient et des maintenances de matériels sont accessibles aux professionnels.

La check-list est mise en œuvre, contrôlée, avec les mêmes exigences qu'au bloc opératoire. Les interfaces endoscopies/bloc opératoire, endoscopie/EOH, endoscopie/PUI, sont identifiées et les circuits définis.

Une organisation permet le remplacement dès que nécessaire des matériels, une traçabilité de l'obsolescence est effectuée par le responsable bio médical du groupe et des dispositifs médicaux sous la responsabilité du pharmacien.

Les besoins en système d'information au niveau du bloc sont définis intégrant les activités d'endoscopies.

Les documents d'information utiles aux patients devant bénéficier d'actes d'endoscopie sont distribués dès la consultation par le médecin consultant qui effectue l'acte.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre cheffe de bloc responsable de l'activité d'endoscopie, du bloc, de la SSPI et les intervenants organisent la mise en œuvre du projet institutionnel en tenant compte des risques et de l'identification des besoins.

Une réunion de validation des programmes opératoires a lieu toutes les semaines.

Elle a pour objectif d'optimiser le programme des interventions, et de lever toutes les problématiques.

Le plan d'amélioration de l'activité d'endoscopie est mis en œuvre. Celui-ci a permis d'améliorer la prise en charge des patients en déterminant les rôles de chacun.

Les responsables de l'activité d'endoscopie, de la SSPI, du bloc et de l'hospitalisation ambulatoire et conventionnelle s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions réglementaires.

Une communication est assurée auprès des professionnels.

Des actions d'amélioration ont été mises en place relayées par les soignants, telles que :

- améliorer l'usage de la check -list
- contrôler les conformités des endoscopes
- assurer le suivi des prélèvements (eau, air, surfaces, endoscopes)
- respecter les règles d'hygiène du bio nettoyage
- renforcer le parcours patient debout (processus bloc) en y intégrant les enfants
- suivre la traçabilité des actes et de l'obsolescence des matériels .

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en quantité et en compétences sont effectives, un tableau permet l'affectation des professionnels nécessaires pour assurer l'activité chaque semaine. L'actualisation des connaissances des infirmières de l'endoscopie est assurée. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés, les remplaçants reçoivent l'information nécessaire à l'exercice de leur fonction. Les agents responsables de la désinfection des endoscopes sont formés.

Les locaux sont adaptés à l'activité, une salle est identifiée au sein du bloc proche de la salle de traitement qui, malgré sa petite surface, permet de sectoriser les différentes étapes de désinfection, lavage et stockage du matériel, traité, dans l'entrée de la salle d'endoscopie.

Les endoscopes défectueux ou séquestrés sont identifiés et isolés.

Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés.

Les références du matériel utilisé sont tracées dans le dossier patient et sont disponibles dans un registre, dans la salle de désinfection des endoscopes au sein du bloc.

Les différentes maintenances sont assurées et tracées. L'agent rencontré au cours de l'investigation terrain est particulièrement vigilante au respect du circuit, les personnels gérant cette activité sont formés par le fournisseur et par compagnonnage, tracé.

Le parc de matériel est entretenu, des contrats de maintenance en assurent le contrôle, l'ingénieur biomédical en a la charge. Le système d'information est adapté aux besoins et assure la continuité de l'information.

Les interfaces sont opérationnelles. Les équipes s'impliquent dans la déclaration, l'analyse et le traitement des événements indésirables. Des améliorations ont été menées sur :

- le panel des endoscopes, l'achat de nouveaux matériels (endoscopes)

L'ensemble des documents nécessaires au suivi de la prise en charge du patient et favorisant la communication entre les professionnels sont actualisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'endoscopie connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le bon fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Le parcours du patient est protocolisé en fonction de sa provenance en externe ou hospitalisé.

L'ouverture de salle est tracée en utilisant la check list spécifique.

La gestion des urgences est organisée.

Le circuit des endoscopes respecte la marche en avant du sale vers le propre.

Les endoscopes sont protégés par des housses de protection de couleur différente permettant l'identification du matériel sale / propre .

La traçabilité de chaque étape du nettoyage et du stockage des endoscopes est opérationnelle quelque soit, le mode de traitement manuel ou automatisé.

Toutes les informations sont recueillies et l'identification du patient par rapport au matériel utilisé est possible à tout moment.

Une procédure prévoit la prise en charge de l'endoscope ayant été utilisé pour un patient à risque de MCJ.

Un cahier est attribué à chaque endoscope, les documents de traçabilité sont classés dans ce cahier.

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge et son identité est vérifiée à chaque étape.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées et la confidentialité des données concernant celui ci est assurée.

Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH et le CLIN.

Des réunions d'analyse d'EI sont organisées entre secteurs concernés. les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées et transmises à chaque étape: dossier patient , check list.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'évaluation :audit national d'endoscopie,audit annuel hygiène, audit check list, audit recueil consentement,recherche maladie à prions MCJ , CREX, RMM, EPP, IQSS, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité..).

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réalisé, au minimum une fois par an.

Les plans d'action identifiés dans le cadre de ces évaluations sont intégrés au PAQSS institutionnel.

A / AGIR

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

La direction de la Clinique a pris en compte et mis en œuvre les plans d'actions définis par le compte qualité .

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

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés.