



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE DU CÈDRE

950 rue de la haie
76230 Bois Guillaume
NOVEMBRE 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	26
PARCOURS DU PATIENT	33
DOSSIER PATIENT	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	46
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	54
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	61
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	68
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	74

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 DU CEDRE	
Adresse	950 rue de la haie 76230 Bois Guillaume
Département / région	SEINE-MARITIME / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS735	GCS TELESANTE HAUTE NORMANDIE	Centre municipal de sante 2 avenue de la liberation 76300 SOTTEVILLE LES ROUEN
GCS de moyens	760030619	GCS CANCEROLOGIE - CENTRE DE COORDINATION EN CANCER	Bp 1162 76176 ROUEN
Entité juridique	760000257	SARL CLINIQUE DU CEDRE	950 rue de la haie 76235 Bois-Guillaume
Etablissement de santé	760780510	CLINIQUE DU CEDRE	950 rue de la haie 76230 Bois Guillaume
Etablissement de santé	760020529	HAD DU CEDRE	950 rue de la haie 76235 Bois Guillaume

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	133	/	18	/
MCO	Médecine	21	5	/	9522

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

Réorganisation de l'offre de soins	
---	--

Coopération avec d'autres établissements	<p>Membre du Groupement de Coopération Sanitaire « Télésanté Haute-Normandie »</p> <p>Membre du Groupement de Coopération Sanitaire « Centre de Coordination en Cancérologie »</p>
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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte ou personne âgée	Médecine en hospitalisation complète	A définir	Urgence	/	MCO
2	Adulte ou personne âgée	Chimiothérapie ambulatoire	Cancer	Programmé	/	MCO
3	Adulte ou enfant	Chirurgie en hospitalisation complète	Orthopédie	Urgence	/	MCO
4	Adulte ou personne âgée	Chirurgie ambulatoire	A définir	Programmé	/	MCO
5	Adulte ou personne âgée	HAD médecine	A définir	Programmé	/	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

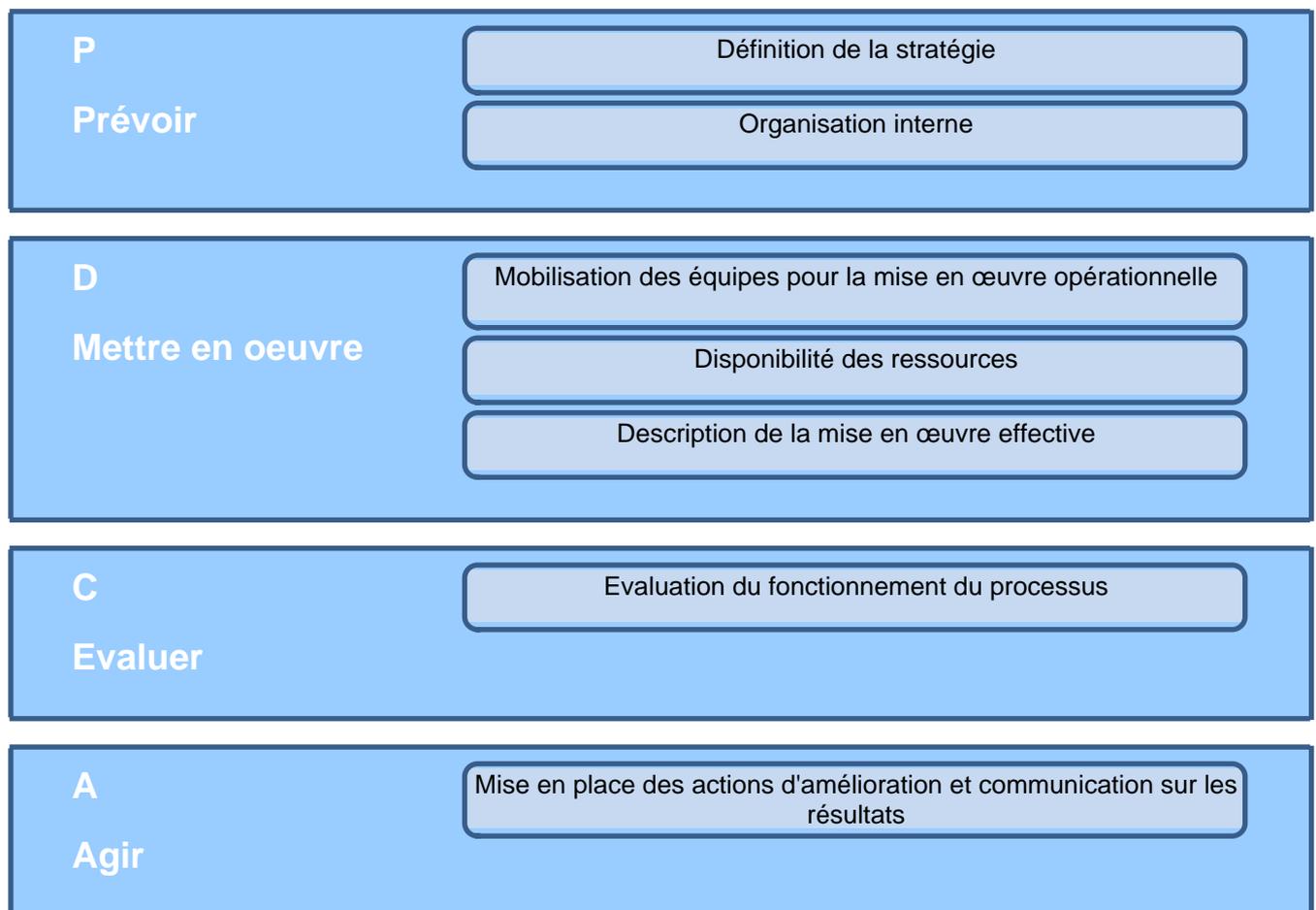
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins est inscrite dans le projet d'établissement 2012- 2017. Le projet 2018- 2021 est en cours de rédaction. Cette politique prend en compte les orientations du CPOM 2014-2019, celles de la loi HPST, le PRS et les exigences réglementaires.

Elle a permis d'établir une cartographie des risques à partir de fiches de risques rédigées dans le cadre des groupes de travail et transmises à la cellule qualité, puis de hiérarchiser les risques selon des critères de fréquence- gravité- criticité et maîtrise.

En complément, une analyse a posteriori s'appuyant sur le système de gestion des événements indésirables, la gestion des plaintes et réclamations, la gestion de crise a été structurée.

Les objectifs prioritaires sont l'amélioration de la démarche qualité, l'optimisation de la gestion des risques, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), l'engagement dans la démarche de certification. Chacun de ces quatre objectifs stratégiques étant décliné en objectifs opérationnels.

Cette politique d'amélioration de la qualité, gestion des risques et de la sécurité de soins intègre, outre la stratégie des EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

La mise à disposition de documents d'information sur des présentoirs dans chaque service, la montée en charge de l'utilisation du système informatisé de gestion documentaire, la formalisation du plan de sécurité, figurent également parmi les actions identifiées comme prioritaires et incluses dans le compte qualité.

Cette analyse a été menée par des groupes constitués pour chaque processus, certains se rattachant à des instances déjà existantes. Elle a associé l'ensemble des métiers.

La clinique du Cèdre s'est aussi appuyée sur les indicateurs nationaux d'amélioration de la qualité, les évaluations des pratiques professionnelles, les évaluations et audits internes, les questionnaires de satisfaction et a intégré les obligations légales et réglementaires pour identifier ses missions et ses besoins et analyser ses risques. Elle a également pris en compte les observations de la dernière visite de certification, même si celle-ci n'a pas donné lieu à des recommandations.

Les actions issues de l'identification des besoins, de la définition des objectifs et de l'analyse des risques sont inscrites dans un programme institutionnel d'actions, formalisé et priorisé.

Celui- ci regroupe l'ensemble des plans d'actions, classés par processus, intègre les programmes des instances, les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise, la stratégie.

Les actions identifiées comme étant prioritaires en raison de leur niveau de criticité et/ou de maîtrise sont inscrites dans le compte qualité de l'établissement.

Les modalités de mise en œuvre des actions sont définies dans le PAQSS, avec les objectifs, les pilotes, l'état d'avancement des actions, les dates de début et de fin et les modalités de suivi.

La CME est associée à la définition de la politique qualité et gestion des risques.

L'approche par processus pilotés par des cadres et/ ou des médecins a été privilégiée.

Des groupes de travail associés aux processus, impliquant un grand nombre de professionnels ont été constitués. Chaque groupe a appliqué la même méthodologie d'identification des besoins et d'analyse des risques.

En parallèle, les instances définissent chaque année leur programme d'actions au regard du bilan de l'année précédente, des retours des professionnels, ainsi que des événements indésirables, concourant ainsi à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

De même, des représentants des usagers ont été impliqués par la clinique à l'élaboration de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'ensemble des professionnels concernés par la démarche s'est mobilisé dans l'élaboration du compte qualité.

Ce programme (PAQSS) est validé par les instances de l'établissement : CME, direction, cellule de gestion de la qualité et de la prévention des risques (CGQPR), Commission Des Usagers (CDU).

Il est communiqué aux professionnels via la gestion documentaire informatisée, les supports papier et lors des réunions de services.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus.

Le pilotage stratégique du processus management de la qualité et gestion des risques est assuré par le directeur, le président de CME et la directrice des soins.

Le pilotage opérationnel est assuré par le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, par ailleurs pharmacien, et la RAQ.

La fonction de gestionnaire des risques associés aux soins dispose d'une fiche de mission.

L'ensemble des pilotes se réunit dans le cadre du CGQPR, 3 à 4 fois par an pour veiller notamment à la cohérence entre les différents groupes et instances et assurer le suivi des orientations stratégiques.

La cellule qualité composée de la RAQ, du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (pharmacien), de la personne chargée des relations avec les usagers (assistante de direction) et de l'assistante qualité assure le suivi méthodologique, le déploiement et le suivi des actions. Elle se réunit selon une fréquence mensuelle et traite notamment des fiches d'évènements indésirables.

Les EPP sont pilotées par le président de CME, référent médical, la directrice des soins, référente soignante et la RAQ référente méthodologique. L'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des EPP avec l'engagement effectif des professionnels est prévue, en particulier pour les RMM en chirurgie anesthésie, en endoscopie ainsi que pour les RCP.

La RAQ coordonne les différentes composantes du système qualité gestion des risques en lien avec la direction, les instances et la CME.

La secrétaire de direction est chargée des relations avec les usagers et pilote le dispositif de traitement des plaintes et réclamations.

Le pharmacien, gestionnaire des risques associés aux soins assure la coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques.

Le système de management stratégique de la qualité et gestion des risques est complété par les instances (CLUD, CDU, CLIN, cellule d'identitovigilance, COMEDIMS, CLAN...), placées sous le contrôle du CGQPR.

Enfin, un comité de pilotage certification (COPIL), est chargé de la mise en œuvre et du suivi de la procédure de certification. Il réunit les pilotes, les cadres et les infirmières coordinatrices.

La RAQ assure le suivi méthodologique, conduit les démarches de certification, suit l'avancement et l'efficacité du programme qualité gestion des risques à travers les évaluations et les audits, et participe au déploiement de la démarche dans les services en lien avec la direction, la CME et les cadres.

Un organigramme qualité et gestion des risques décrit l'organisation en place.

Les instances sont organisées, leur fonctionnement et leur composition répond à la réglementation et font l'objet de règlements intérieurs.

Les rôles et les responsabilités des professionnels concernés, et notamment des cadres, des infirmières coordinatrices et pilotes de processus, sont précisés dans leurs fiches de poste.

Les ressources en personnel et en compétences sont définies. Les besoins en formation sont identifiés et intégrés au plan de formation. Les nouveaux arrivants sont inclus dans un processus d'intégration.

La gestion documentaire est en grande partie informatisée. Les besoins en protocoles et procédures sont identifiés. Leur diffusion s'effectue via un logiciel de gestion documentaire ou sur support papier dans des points qualités présents dans chaque service.

Un dispositif d'entretien et de maintenance du matériel est programmé. La gestion des situations de panne notamment dans le secteur biomédical et informatique est organisée.

Les locaux, dont certaines parties sont en cours d'extension, font l'objet de programmes d'aménagements et d'entretien réguliers.

Les interfaces sont organisées entre les différents secteurs et avec les correspondants externes, notamment à travers la présence aux différents comités et instances de la RAQ et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.

Un dispositif informatisé de déclaration des événements indésirables est organisé et décrit dans une procédure. Ce dispositif permet une analyse des causes profondes selon une méthode adaptée associant les acteurs concernés, et avec accompagnement méthodologique si nécessaire par des la RAQ, le directeur et le pharmacien formés.

La veille sanitaire est organisée et intégrée dans la gestion documentaire de l'établissement.

L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle sont organisés.

Le système des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et le représentant des usagers est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Les procédures de gestion de crise et de déclenchement de la cellule de crise sont présentes dans la gestion documentaire. Le plan blanc est actualisé, et des exercices sont organisés.

Ainsi, la gestion des interfaces est prévue formellement pour favoriser et faciliter la concertation des professionnels entre eux et entre les différents secteurs d'activités de la clinique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés et en prenant en compte ses besoins, la clinique du Cèdre a mis en place un management en charge d'organiser la déclinaison opérationnelle de la démarche.

Le service qualité gestion des risques, et en particulier la RAQ, est ainsi chargé du déploiement et du suivi opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques en association avec les cadres du plateau technique, de la HAD, des infirmières coordinatrices des services de soins et le pharmacien, gestionnaire des risques associés aux soins et également responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Le lien avec le président de la CME et la directrice des soins est en place, tout comme avec le directeur.

Ils mettent en œuvre dans leurs secteurs les actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS et le compte qualité, et celles également issues des comités et vigilances.

Les pilotes de processus, qui sont souvent les cadres et infirmières cités précédemment complètent le déploiement de cette démarche dans les domaines dont ils ont la responsabilité.

La communication s'effectue via le logiciel de gestion documentaire, les réunions de services et par l'intermédiaire de la RAQ, de la directrice des soins et du pharmacien qui assistent à la majorité des comités et instances.

Ils relaient et communiquent les informations auprès des équipes, sensibilisent les professionnels et incitent ceux-ci à participer à l'identification des risques et au choix des actions à mettre en œuvre.

Ils s'assurent de la mise en œuvre de l'organisation établie, du respect des protocoles et réalisent des évaluations.

Les secteurs d'activité évaluent régulièrement leurs pratiques avec l'appui méthodologique de la cellule qualité gestion des risques, à travers le suivi d'indicateurs et la réalisation d'audits.

Des réunions de service sont régulièrement organisées. Elles font l'objet de compte-rendus communiqués aux professionnels.

Les cadres et les infirmières coordinatrices s'assurent enfin de la conformité des pratiques et du respect

des procédures.

Les professionnels s'impliquent également dans le circuit des événements indésirables et participent aux retours d'expériences et à leurs analyses. Les équipes sont ainsi mobilisées dans des démarches d'analyse structurée des événements indésirables (notamment CREX et RMM) pour lesquelles la clinique a porté un accent dans le cadre de l'amélioration continue des pratiques professionnelles et l'utilisation du circuit de déclaration des événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs maintenus, adaptés et formés), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans tous les secteurs d'activité de la clinique du Cèdre avec plan de suivi et maintenance.

Un dispositif de signalement des événements indésirables informatisé est à disposition des professionnels. La RAQ, le directeur et le pharmacien sont ainsi formés à l'analyse des causes profondes des événements graves. Ils sensibilisent à leur tour les professionnels amenés à analyser les fiches d'événements indésirables et à participer aux CREX et RMM.

Les locaux et les équipements sont adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Ils sont conformes, certains secteurs ayant été récemment rénovés, d'autres devant l'être courant 2018. Les équipements font l'objet de contrats de maintenance et sont en adéquation avec les besoins de la clinique.

Des postes informatiques et logiciels qualité sont disponibles pour l'ensemble des professionnels avec un système d'information fonctionnel et adapté aux besoins.

Les documents utiles sont en ligne sur le logiciel de gestion documentaire de la clinique ou sur support papier dans les points qualités présents dans chaque service.

La gestion documentaire fait l'objet d'un document qui décrit les règles d'élaboration, d'utilisation, de vérification, de classement de l'ensemble des documents gérés par la cellule qualité.

Une procédure des procédures décrit les règles d'élaboration et de diffusion des documents qualité.

La cellule qualité est composée d'une RAQ et d'une assistante qualité qui sont à temps complet sur la clinique. Elle met à disposition des outils, propose des actions de formation et soutient les différents acteurs de champs MGDR. De nombreuses formations sont réalisées à destination de l'ensemble des professionnels et dans tous les secteurs d'activités. Ils sont régulièrement formés, en lien avec leurs demandes respectives, la stratégie de l'établissement et le plan de formation, dans leurs domaines de compétence.

La directrice des soins est la référente pour le dossier patient informatisé. Elle facilite son déploiement, veille à l'harmonisation et la conformité des pratiques et assure l'interface avec l'éditeur du logiciel.

Un médecin coordonnateur du service d'HAD est en place.

Pour accompagner l'activité liée à la cancérologie et aux soins palliatifs, une équipe de soins de support composée de deux psychologues, d'une diététicienne, d'une socio-esthéticienne, d'une assistante sociale et d'une stomathérapeute, intervient dans la clinique et également au sein de l'HAD.

Les médecins réalisent leurs travaux dans le cadre de leurs accréditations en lien avec l'établissement.

Les nouveaux arrivants sont accompagnés et tutorés en fonction de leur métier et de leur service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services et les secteurs à risques mettent en œuvre les organisations définies dans le cadre de l'organisation institutionnelle de la qualité et la gestion des risques.

Les équipes rencontrées par les experts-visiteurs ont montré leur mobilisation dans la prise en charge sécurisée des patients.

Les prises en charge des patients de la clinique s'effectuent à la fois dans un cadre ambulatoire, d'hospitalisation complète chirurgie et médecine, d'urgences et d'HAD.

La clinique a ainsi mis en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes du processus qualité et gestion des risques dans chaque secteur.

Pour chacune de ces prises en charge, les règles, procédures et protocoles sont respectés et la coordination entre les professionnels est assurée, notamment par l'intermédiaire du dossier patient

informatisé.

Le dispositif de gestion documentaire est connu et utilisé de l'ensemble des professionnels.

La démarche d'évaluation des risques a priori est connue et les cartographies des risques font l'objet de révisions au regard des différents retours des professionnels ou lors des groupes de travail.

Le dispositif de signalement des évènements indésirables est informatisé, opérationnel, connu et utilisé par les professionnels. Une hiérarchisation des risques et une détermination des modalités de traitement sont réalisés selon la procédure définie. Le déclarant est informé du traitement et du suivi des actions via le logiciel dédié à cet effet. Les professionnels se l'approprient.

La cellule qualité gestion des risques coordonnent le dispositif de signalement, l'analyse de l'ensemble des signalements des incidents liés aux soins, en lien avec les services concerné est réalisée chaque mois par la cellule. Le suivi des actions correctrices est en place.

Certains évènements sont présentés en CREX et font l'objet d'une analyse des causes profondes.

Des CREX, RMM sont effectives, en particulier dans les secteurs à risques. Les RMM, CREX, analyses de causes sont menées également dans l'ensemble des services, par exemple sur les thématiques erreurs médicamenteuses, prise en charge.

Les CREX se tiennent ainsi selon une fréquence trimestrielle, comme les RMM. Celles-ci font l'objet de comptes-rendus et de plan d'actions le cas échéant.

Le support méthodologique des RMM, CREX et RCP est assuré par la RAQ. Elles font l'objet de protocoles, d'ordres du jour, de comptes rendus avec proposition d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS et d'une feuille de présence émargée par les présents.

Les RCP se tiennent selon la fréquence réglementaire.

Les chirurgiens et les médecins anesthésistes sont engagés dans une démarche d'accréditation des médecins.

Des démarches d'évaluation et d'analyse des risques a priori sont conduites pour chaque processus et / ou secteur et en particulier au bloc opératoire et en endoscopie par le cadre de santé et les infirmières coordinatrices. Elles permettent la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de traitement, ainsi que leur mise à jour.

Les instances sont coordonnées et opérationnelles dans le cadre du CQGDR . Les vigilances, la veille sanitaire et la gestion de crise dont le plan blanc sont en place.

Le plan blanc, actualisé récemment, fait l'objet d'un exercice dans le cadre de l'épidémie Ebola.

La CDU est opérationnelle, participe à la démarche d'amélioration de la qualité et à l'exploitation des plaintes et réclamations, permettant ainsi la mise en place d'actions d'amélioration. La CDU s'est réunie selon la périodicité définie et réglementaire de quatre réunions annuelles. Les représentants des usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité et sécurité des soins. Ils sont largement impliqués et participent à plusieurs instances (CDU, CLIN, CLUD, CLAN) et à certains groupes de travail (Promotion de la Bientraitance/Droits des patients).

La secrétaire de direction est chargée du traitement des plaintes et réclamations et des relations avec les usagers.

La RAQ et le pharmacien participent à la majorité des réunions et assurent la coordination entre les différents acteurs.

Le directeur, la directrice des soins, la chef de bloc et le pharmacien participent aux CME.

Les interfaces entre les secteurs sont ainsi opérationnelles.

La traçabilité des actions et activités est assurée : fiches d'évènements indésirables, tableau de bord des EPP, tableaux de bord des indicateurs, questionnaires de satisfaction des patients.

L'ordre du jour, les compte-rendus, les feuilles de présence des réunions et des instances sont tracés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de sa démarche qualité gestion des risques et sécurité des soins.

Ses outils sont identifiés. Pour évaluer le système de management de la qualité et de la gestion des risques, elle utilise des indicateurs d'activité et s'appuie sur des audits et évaluations.

Les indicateurs Hôpital Numérique et les IQSS sont recueillis et alimentent le tableau de bord des indicateurs.

Les indicateurs en rapport avec les actions répertoriées dans le PAQSS et le compte qualité font l'objet d'un suivi.

Les médecins organisent des réunions en vue de l'amélioration de la prise en charge, qu'ils nomment également RMM, même si celles-ci ne répondent pas aux attendus dans ce domaine. Il s'agit de groupes de travail dont les propositions d'amélioration sont ensuite soumises aux instances de la clinique.

Les risques identifiés et les actions qui en découlent sont nombreuses, plusieurs centaines pour l'ensemble des processus.

Les EPP initiées ou renouvelées récemment sont notamment en relation avec l'analyse des risques par processus, l'évaluation des professionnels sur la connaissance de la douleur, la satisfaction au travail des salariés, l'appropriation de la check-list, l'évaluation de la bienveillance et l'évaluation de la pertinence des prescriptions d'entrée. Le suivi des EPP est réalisé à travers le tableau de bord des EPP sous le contrôle des référents.

Les représentants des usagers ont sollicité l'établissement afin de participer à des évaluations.

L'établissement a procédé à douze patients-traceurs couvrant l'ensemble des spécialités représentatives.

Les plaintes et réclamations sont exploitées par la direction, analysées en cellule qualité et présentées à la CDU et aux représentants des usagers.

Les questionnaires de sortie sont régulièrement analysés en lien avec la CDU.

Un bilan de l'activité du processus est présenté au moins annuellement au CQGDR, en CME et à la direction.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel, récemment restructuré.

Elles sont également répertoriées dans le compte qualité.

Le système de management qualité gestion des risques est évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés.

A cette fin, la RAQ, les cadres, les infirmières coordinatrices et les membres du CGDR s'assurent du suivi du programme d'actions. Les indicateurs, en complément des actions inscrites au PAQSS, permettent de suivre l'état d'avancement des actions et leur impact.

Le PAQSS et le compte qualité sont réajustés en fonction des résultats obtenus et des évaluations menées.

La RAQ assure la communication et la diffusion des résultats des actions d'amélioration via le logiciel de gestion documentaire.

La communication des résultats des indicateurs nationaux et des indicateurs internes aux services est organisée régulièrement lors des réunions de service, des commissions en fonction de leur domaine d'attribution.

Les représentants des usagers ont accès à ces informations. La satisfaction des usagers est évaluée par le biais du questionnaire de sortie et d'e-SATIS. L'articulation existe entre la gestion des risques et les plaintes et réclamations par la présence de la RAQ lors des réunions de la CDU.

Les IQSS sont affichés dans l'établissement.

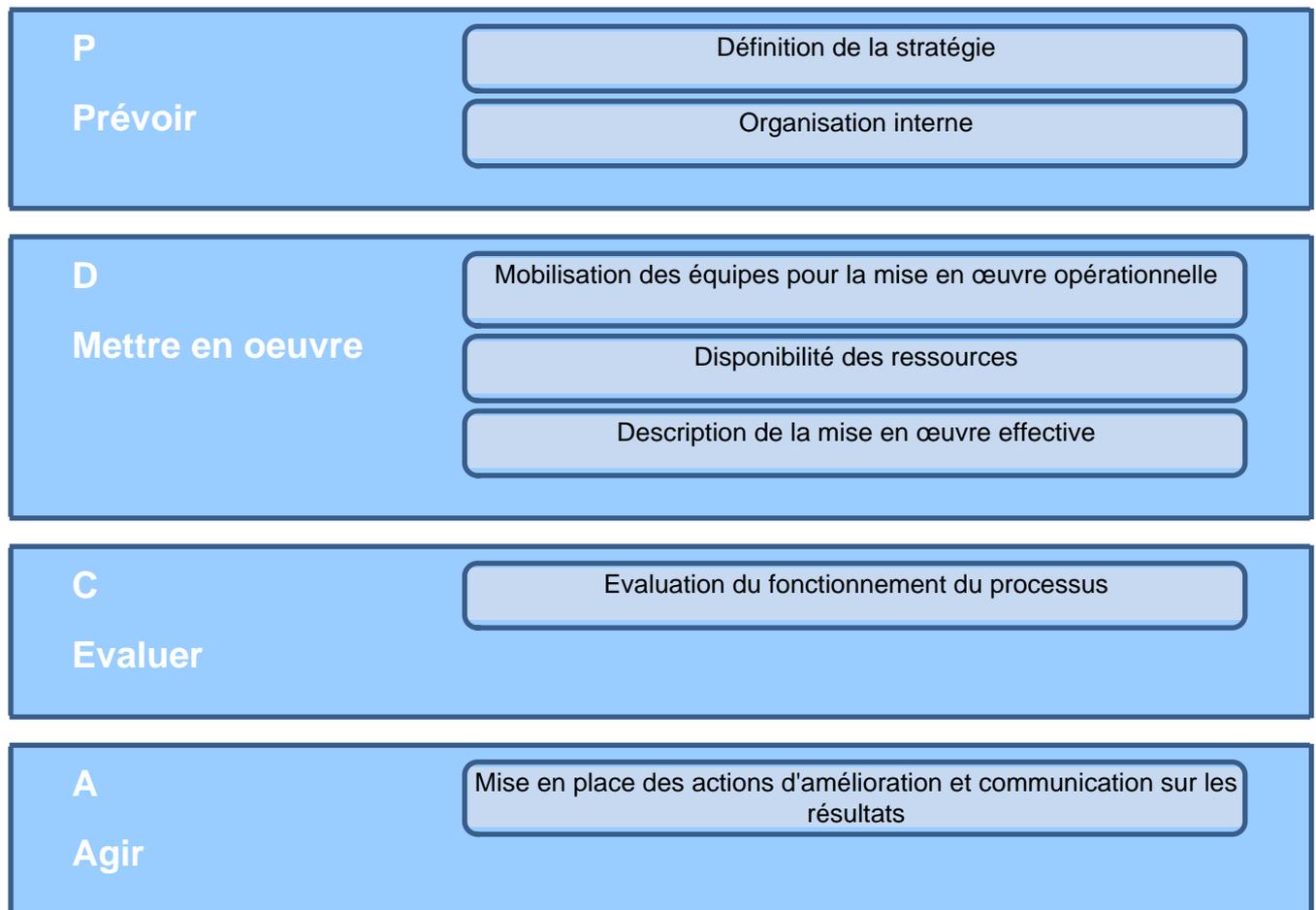
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux de la clinique du Cèdre est définie en concertation avec le président de CME, la direction, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, également président du CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Elle s'applique à tous les secteurs de la clinique.

Elle permet la mise en œuvre d'un plan d'actions de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins en relais du CLIN depuis 2016 et repose sur :

- La réglementation et les bonnes pratiques en hygiène hospitalière,
- Les axes du projet d'établissement,
- Une cartographie des risques a priori, au nombre de 85,
- Le suivi des indicateurs nationaux,
- La maîtrise des risques environnementaux,
- L'élaboration et la mise en place de protocoles et de procédures en lien avec le risque infectieux,
- La participation à l'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place d'actions correctives,
- La formation et l'information sur le respect des règles d'hygiène,
- La surveillance des infections associées aux soins (IAS) et de l'écologie microbienne de l'établissement dans une stratégie d'optimisation du bon usage des antibiotiques,
- Des signalements internes et externes des IAS le nécessitant et une gestion des événements indésirables (EI).

Il existe ainsi une stratégie élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse structurée des risques propres à l'établissement incluant les résultats des visites de certification (2013) et du recueil des indicateurs nationaux (A depuis 2016).

La cartographie des risques a été élaborée par les pilotes, l'EOH, les correspondants en hygiène ainsi que les deux IDE Hygiénistes, en collaboration avec la Cellule Qualité et Gestion des Risques et un plan d'actions qualité et sécurité est formalisé, après analyse et qualification des dysfonctionnements.

Un compte qualité est mis en place avec une possibilité de l'EOH de le consulter. Il est intégré avec le PAQSS du processus.

Le programme annuel s'appuie sur plusieurs axes : La prévention, la formation, la gestion des crises et des alertes, la surveillance des IAS, tant à l'échelon national que régional, la lutte contre les BMR, l'évaluation des pratiques, l'analyse des causes sur les EI graves signalés dans logiciel mis à disposition des personnels.

Les responsables des actions sont identifiés et leurs missions sont déroulées en 3 modes hiérarchisés en maîtrise : risques maîtrisés, à surveiller et prioritaires.

Cette stratégie a été présentée et validée par les instances concernées (cellule qualité) et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé (MGQR) intégrant les ressources et les modalités de suivi..

L'articulation entre le compte qualité et le PAQSS est réel.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus, tant pour la gestion de l'hygiène, pour les conditions optimales des locaux, que pour la promotion du bon usage des antibiotiques.

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

Les ratios concernant les EOH sont suivis.

Le co-pilotage du processus est assuré par l'IDE coordinatrice du secteur d'orthopédie et par la RAQGDR. Elles peuvent s'appuyer sur les deux IDE Hygiénistes (DU) de la clinique, du médecin hygiéniste (CLIN) et les référents par secteurs d'activité.

Il existe un CLIN qui est organisé.

Deux secteurs sont définis : le plateau technique et les services de soins. Chacun de ces secteurs est

placé directement sous la responsabilité d'une IDE Hygiéniste qui travaille en étroite collaboration avec les correspondants en hygiène.

En effet, l'établissement a 2 IDE hygiénistes, une dédiée aux services d'hospitalisation et une dédiée au plateau technique.

Il existe un réseau de référents en hygiène dans la clinique (IDE, AS...). Le CLIN est associé et il collabore avec les responsables qualité et gestion des risques associés aux soins, la non conformité environnementales ou la gestion de crise.

Les avis donnés par le médecins infectiologue (CLIN) sont prévus.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, la clinique organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires informatisé. Toutes les procédures sont intégrées dans la gestion documentaire de l'établissement (antibioprophylaxie, antibiothérapie de première intention...).

Il existe une procédure de gestion des crises et des alertes performantes au sein de la clinique.

L'organisation générale de l'entretien de locaux est formalisée et supervisée par un responsable de la clinique et un responsable de la société sous-traitante.

La gestion des alertes est organisée.

Le système informatique permet le dialogue et l'échange d'informations notamment avec la bactériologie qui alerte les services à chaque patient porteur de BMR.

Le plan de formation intègre les nouveaux personnels et favorise l'accès à la formation continue de la clinique externe et interne, et à la participation à des journées thématiques.

Une formation sur l'antibiothérapie est organisée.

Les plans de maintenance comme également les travaux (en cours lors de la visite) sont planifiés avec l'EOH en particulier face au risque aspergillaire.

L'avis de l'EOH est systématiquement sollicité pour tous nouveaux matériels ou équipements. La clinique adhère à un groupement d'achats qui propose des référencements et des marchés intégrant à la fois conditions tarifaires, qualité et développement durable.

Le circuit permettant la mise à disposition directe des relevés du laboratoire et des prélèvements effectués régulièrement dans les secteurs à risque est prévu auprès de l'équipe.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management des deux secteurs, l'EOH et le CLIN organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle.

De nombreux objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison ce celle-ci. Ils sont hiérarchisés en fonction du niveau de maîtrise analysé et les indicateurs sont mis en place.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus en particulier grâce aux référents.

La participation des professionnels intervient principalement sur le signalement a posteriori des dysfonctionnements.

Ils sont également concertés pour le choix des produits d'hygiène et de protection (masques, sur chaussures, aiguilles sécurisées, et autres matériels en lien avec le risque infectieux).

Les conditions d'hygiène des locaux et de gestion des déchets, en lien avec l'EOH, la CME, la directrice des soins et la RAQ, sont mises en œuvre tant au niveau des protocoles que des suivis.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats.

Les missions des deux Infirmières Hygiénistes intègrent l'approbation des organisations, la surveillance de la mise en œuvre des plans d'actions et leur évaluation dans les services.

Les professionnels sont destinataires des résultats des indicateurs au cours des réunions et via intranet où sont également déposés les présentations et les compte-rendu des réunions concernant la maîtrise du risque infectieux.

Les tableaux de suivi des indicateurs et des actions d'amélioration sont publiés, commentés et sont à l'origine de plans d'actions d'amélioration.

Les 16 EPP traitant de problématiques opérationnelles (Infection de Site Opératoire, gestion des excréta, hygiène des mains, gestion des endoscopes, antibioprophylaxie..) contribuent à mobiliser les professionnels autour de leurs pratiques ainsi que leur participation à des RMM d'ISO et des CREX, faisant suite à l'analyse des causes profondes des EI graves.

L'antibiothérapie à la 72ème heures est contrôlée par le pharmacien responsable de la dispensation nominative.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations), matériel, environnementale et documentation sont disponibles dans tous les services de la clinique.

L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène se compose d'un praticien hygiéniste, de deux IDE Hygiénistes titulaires (DU), de correspondants en hygiène. Cette équipe est pilotée par la RAQDR et l'IDE coordinatrice du secteur orthopédie.

Cette équipe assure une permanence dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins, avec l'appui des structures du CHU voisin si nécessaire.

Les actions de formation en interne sont continues dans l'ensemble des services grâce à un suivi individuel de la formation par la DRH, la directrice des soins et l'EOH.

Les professionnels soignants sont formés et connaissent les procédures institutionnelles de l'établissement concernant la maîtrise du risque infectieux. De très nombreuses sessions sont développées sur les thèmes directement liés à l'activité de la clinique et de l'HAD. Une émulation existe dans les services avec la pratique du « 0 bijoux » et des porte-bijoux donnés aux équipes par le Cclin-Arlin favorisant les bonnes pratiques.

Une formation sur l'antibiothérapie est en place.

L'EOH est concertée avant et pendant tout projet de travaux et met en place des réponses adaptées en cas de problèmes structurels (environnementaux) mais aussi pour le choix des matériaux, l'efficacité des confinements.

Les ressources en matériel sont en quantité suffisante pour l'entretien et l'hygiène des locaux qui est sous traitée à un prestataire selon un cahier des charges conformes aux bonnes pratiques, sous le contrôle de la coordinatrice, responsable du processus.

La gestion des excréta s'effectue avec du nouveau matériel, investi récemment.

Les locaux de stockage des déchets à risque dans les services sont sécurisés. Le local central des DASRI est sécurisé. Le circuit est en place.

Les ressources en documentation actualisée sont accessibles à partir de postes informatiques sur la GED de l'établissement. Elles sont particulièrement riches en quantité, en qualité, et en termes de gestion des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans chacune des spécialités.

Des procédures ont été élaborées par et avec les médecins anesthésistes et les chirurgiens concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans la clinique.

Le CLIN se réunit régulièrement (8). le bilan CLIN est présenté en CDU. Les usagers sont formés et informés des indicateurs concernant la maîtrise du risque infectieux.

Les référents transmettent les messages aux différentes catégories soignantes et non soignantes de l'établissement.

Il faut noter une grande réactivité et un grand professionnalisme qui permet de maîtriser la plupart des

risques infectieux associés aux soins dans l'établissement ainsi que la mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, y compris les locaux, les déchets. Le lien avec l'EOH est effectif.

Concernant le bio-nettoyage des services d'hospitalisation et des lieux communs, un contrat de mise à disposition d'une animatrice a été signé avec un prestataire. Un cahier des charges est en place intégrant entre autres des audits mensuels. Le bio-nettoyage des blocs opératoires est effectué la nuit par des salariés de la clinique selon les règles conformes aux bonnes pratiques et sous contrôle du cadre de bloc, membre de l'EOH. Le bio-nettoyage est tracé et évalué.

Les contrôles environnementaux sont assurés mensuellement. La surveillance des points d'eau, de l'air et des surfaces est effectuée selon un calendrier formel, les endoscopes bénéficient également de prélèvements en conformité avec les bonnes pratiques.

Les relevés du laboratoire et des prélèvements effectués régulièrement dans les secteurs à risque sont directement mis à disposition des équipes.

Les procédures élaborées concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans l'établissement sont mises en application par les médecins.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La traçabilité dans le dossier patient de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est réalisée, sous la supervision du pharmacien.

Les tenues vestimentaires des professionnels et des patients allant au bloc sont étudiés en fonction des risques. Les professionnels respectent les tenues vestimentaires prévues.

Le CLIN se réunit régulièrement (8) et valide le bilan annuel en présence des représentants des usagers.

L'ensemble des interfaces est ainsi opérationnelle au sein de la clinique du Cèdre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique du Cèdre assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre avec des outils identifiés au sein de tableaux de bord.

Elle a mis en place des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux à l'aide de nombreux audits, de 16 EPP, de RMM, de CREX et de suivis d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres à l'établissement, qui permettent d'améliorer la qualité du processus.

Des audits sur les précautions standard, sur le "zéro bijou", sur les précautions complémentaires, la préparation cutanée de l'opéré, l'endoscopie, la traçabilité des BMR, le bio-nettoyage, et la réévaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure ont été pratiquées sur l'année écoulée.

La clinique participe également aux enquêtes et aux audits nationaux en particulier en matière de RI en endoscopie.

Toutes ces données sont recueillies dans le bilan mensuel et annuel.

Les tableaux de bord d'indicateurs sont suivis, affichés et insérés dans le livret d'accueil, remis à jour annuellement. Ils sont tous en cotation A.

Les bilans des évaluations sont présentés aux instances et aux équipes.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

L'efficacité des actions mises en place est mesurée au moyen de nouvelles évaluations et le programme est alors réajusté en fonction.

Les événements indésirables sont analysés et engendrent des plans d'actions avec pilote et échéancier.

Ces actions correctives sont suivies et communiquées aux professionnels de l'établissement.

La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Un usager est membre du CLIN.

Des supports et modalités de diffusion sont ainsi établis, les résultats des indicateurs sont affichés dans les halls de l'établissement et dans les zones d'activité.

La politique du CLIN et la maîtrise des risques infectieux ainsi que le tableau de bord des infections associés aux soins sont inscrits et réactualisés dans le livret d'accueil, régulièrement mis à jour.

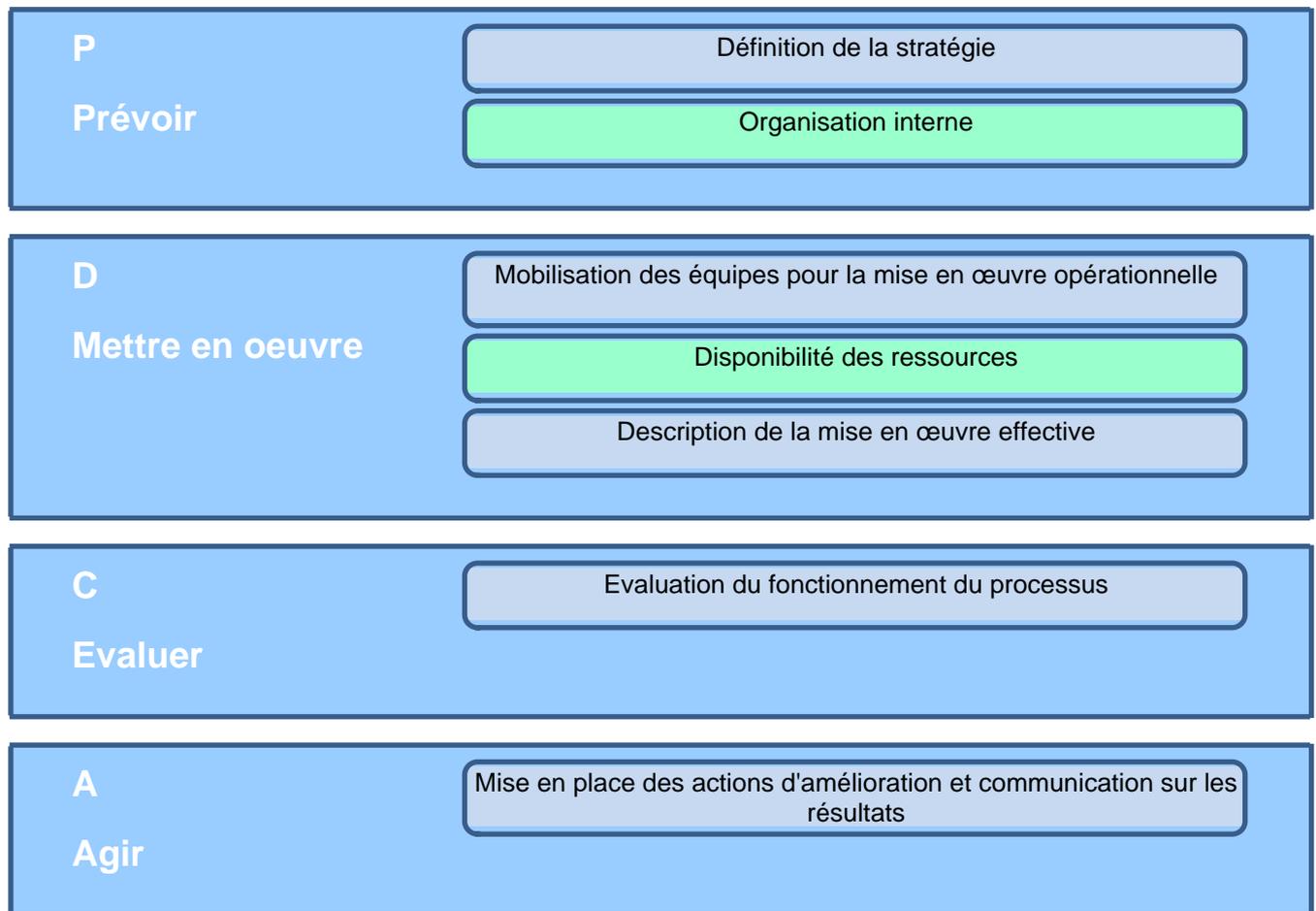
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits des patients constitue un chapitre du projet d'établissement 2012- 2017 et elle est inscrite dans les orientations stratégiques.

Cette politique prend en compte les orientations du CPOM 2014-2019 et du projet régional de santé, les observations de la visite de certification V 2010 qui n'avait pas donné lieu à recommandations, les indicateurs nationaux, les risques prioritaires et les exigences réglementaires.

La promotion de la bientraitance, le respect des droits des patients, la formation des professionnels, l'amélioration de l'écoute du patient et de son entourage, l'implication de la CDU sont inscrits dans les orientations stratégiques.

L'établissement a identifié ses besoins et ses missions, analysé ses risques en matière de bientraitance et droits des patients selon la méthodologie institutionnelle.

Un groupe de travail pluridisciplinaire, ayant à sa tête un pilote, a élaboré une cartographie hiérarchisant les risques du processus, et reporté les risques identifiés comme prioritaires ou mal maîtrisés dans le compte qualité, en lien avec la CDU.

La non-organisation des modalités de signalement des maltraitements, le non-respect de l'intimité des patients, le non-respect des droits des patients, une absence de formation des professionnels, sont les principaux risques prioritaires identifiés dans le compte qualité.

Cette étude est complétée par une analyse des risques a posteriori menée à travers le dispositif de signalement des événements indésirables, le traitement des plaintes et réclamations en lien avec la CDU et l'analyse des questionnaires de satisfaction, dont e-SATIS.

Les risques ont été hiérarchisés en utilisant une échelle de fréquence-gravité - criticité et maîtrise et il leur a été associé des plans d'actions prioritaires.

Les objectifs retenus dans le cadre du groupe de travail du processus ont associé les représentants des usagers et les professionnels. Ils ont été validés par la direction et la CME.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée dans le PAQSS et le compte qualité, pour les actions identifiées comme étant prioritaires. L'ensemble des actions du PAQSS est priorisé et classé par risques prioritaires, maîtrisés, à surveiller. Cette politique et la PAQSS associé ont été validés par la direction, la CME et la CDU.

Les modalités de mise en œuvre des actions sont définies dans le PAQSS, avec les objectifs, les pilotes, l'état d'avancement des actions, les dates de début et de fin et les modalités de suivi.

La clinique a prévu également les modalités de suivi des actions à travers les indicateurs définis dans le PAQSS et lors des bilans annuels.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus droits du patient.

Il est piloté par la secrétaire de direction, par ailleurs chargée des relations avec les usagers, qui dispose d'une fiche de mission sur le même format que les autres pilotes de processus.

Elle est assistée de la coordonnatrice du service de médecine et de la RAQ.

Le groupe de travail, qui a intégré un groupe plus ancien en charge des droits des patients et de la bientraitance, agit en étroite collaboration avec la CDU pour assurer le bon fonctionnement du processus.

Les ressources humaines nécessaires en termes de compétences et d'effectifs sont en cohérence avec l'activité de l'établissement et ses orientations stratégiques dans le domaine de la bientraitance et des droits des patients.

Les plans de formation incluent des formations en relation avec la thématique (bientraitance, douleur, droits des patients, information sur les dommages liés aux soins, directives anticipées).

Les besoins en processus et procédures sont identifiés et formalisés, notamment concernant les modalités de signalement des cas de maltraitance. Les actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont prévues.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient dans la plupart des situations.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est prévue.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est organisé.

L'accueil du patient et de sa famille, la prise en charge de la douleur, l'accès au dossier médical, sont organisés. L'accueil du patient est personnalisé et des actions de soutien de l'entourage sont ainsi possibles, dans les cas qui le nécessitent.

L'information donnée aux patients sur la possibilité de rédiger des directives anticipées est organisée.

La gestion des interfaces entre les différents processus, secteurs et acteurs est organisée pour favoriser la bientraitance et les droits des patients. Elle est facilitée par la mise à disposition des informations et documents via le logiciel de gestion documentaire.

Cependant, le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant du refus de soins, n'est pas organisé dans tous les secteurs de soins.

En effet, pour certaines spécialités (urologie, ORL), le recueil du consentement éclairé du patient est réalisé par les secrétariats des médecins, et il est conservé dans les cabinets médicaux. De ce fait, l'établissement n'est pas en mesure de s'assurer de sa présence dans les dossiers de chaque patient avant la réalisation de l'acte et de fiabiliser son circuit.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et ses besoins, la management de chaque secteur d'activité de la clinique organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en termes de respect des droits du patient.

La pilote du processus ainsi que la directrice des soins, la RAQ, les membres de la CDU et le groupe de travail du processus sont chargés du déploiement opérationnel du programme dans les secteurs d'activité, en liaison avec les infirmières coordinatrices.

Les objectifs sont définis au sein du groupe de travail et aussi de la CDU. Ils sont ré-évalués régulièrement et chaque remise à jour est validée par la direction puis inscrits sous forme d'actions dans le PAQSS.

Ils sont exposés dans les lettres qualité mensuelles, reprenant les objectifs par service définis lors des réunions et instances, dont certains sont en lien avec le processus.

Le directeur, la personne en charge des relations avec les usagers, la directrice des soins, la RAQ, les cadres et les infirmières coordinatrices ainsi que les membres du groupe de travail du processus, communiquent auprès des équipes sur la politique du processus et de sa mise en œuvre.

Ils impulsent une démarche au sein des secteurs et s'assurent de la conformité des pratiques. Les professionnels sont vigilants quant au respect des bonnes pratiques (intimité, dignité, confidentialité...).

Les évaluations périodiques des droits des patients menées notamment sous forme d'EPP et d'audits permettent d'identifier d'éventuels dysfonctionnements et de mettre en place des actions correctives.

Des audits ou évaluations ont ainsi été menés concernant un risque identifié comme prioritaire, à savoir la maltraitance, dans le cadre d'une auto-évaluation sous forme de quizz.

Le système de déclarations d'évènements indésirables vient en complément des évaluations pour identifier des risques récurrents dont certains seront traités lors des CREX.

Les professionnels sont tenus informés des résultats, soit lors des réunions de service soit via le logiciel de gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnels, matériels et documentaires sont en conformité avec les besoins générés par l'activité de la clinique.

Les compétences présentes ou mobilisables permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge au-delà du seul aspect des soins cliniques.

Les professionnels sont régulièrement formés sur des thématiques en relation avec le processus, notamment dans le domaine des droits des patients : éthique, bientraitance, directives anticipées, rôle des représentants des usagers, annonce d'un dommage lié aux soins.

Des actions de formation et de sensibilisation, dont certaines menées par des médecins de la clinique, sont régulièrement effectuées auprès des professionnels dans ce domaine.

Des actions de sensibilisation ont été menées auprès des médecins dans le cadre de la CME et les infirmières de l'HAD ont été formées fin 2017 par le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins.

Il est remis un livret d'accueil aux nouveaux arrivants dans lequel sont rappelées les orientations de l'établissement en matière de bientraitance et droits des patients ainsi que les principes généraux de la politique qualité.

Les procédures et documents utiles, dont la charte de bientraitance, l'identification et le traitement des cas de maltraitance, les modalités d'information des patients, les compte-rendus des CDU sont mis à disposition des professionnels via l'intranet ou sur support papier. Elles sont actualisées régulièrement.

Le livret d'accueil des patients remis lors de la pré-admission comporte un chapitre sur les droits des patients et comprend notamment la fiche de désignation de la personne de confiance, une information sur les directives anticipées, un contrat d'engagement douleur, une information sur les missions de la commission des usagers ainsi que la charte de la personne hospitalisée. Celle-ci est par ailleurs affichée dans les services avec les coordonnées des membres de la CDU.

Les locaux de l'accueil général et les services de soins permettent le respect la confidentialité des informations relatives au patient.

Pour le respect de la dignité et de l'intimité des patients, dans les chambres doubles des services de soins, sont installés des rideaux entre les lits. Des films occultants ont été installés sur les fenêtres des chambres ayant des vis-à-vis.

Cependant, les conditions d'hébergement ne permettent pas, en chaque endroit, le respect de la confidentialité des informations ainsi que de la dignité et de l'intimité des patients.

La configuration des locaux de l'accueil du service de chirurgie ambulatoire ne permet pas de garantir la confidentialité des informations lorsque plusieurs patients et/ou des accompagnants se présentent au même moment. La clinique a planifié une modification de l'accueil en chirurgie ambulatoire, lors des travaux de rénovation qui doivent intervenir courant 2ème semestre 2018.

Par ailleurs, la configuration architecturale de la SSPI et l'organisation des flux imposent une proximité des patients en attente de se rendre au bloc (anesthésies loco-régionales) et les patients sortant du bloc opératoire (parfois intubés), ce qui ne permet pas toujours de garantir leur intimité et la confidentialité. La Clinique a programmé une extension de la SSPI lors des travaux de rénovation du Plateau Technique qui doivent intervenir courant 2ème trimestre 2018, prévoyant 2 salles distinctes :

- Une salle dédiée à l'Anesthésie Loco-Régionale pré-opératoire, afin d'apporter aux patients un lieu calme, de respecter l'intimité et le confort de chacun tout en sécurisant leur prise en charge.
- Une salle dédiée aux soins post-interventionnels avec accueil des patients en post-opératoire immédiat. Une augmentation du nombre des postes équipés est prévue.

Pour la Chimiothérapie : les entretiens médicaux avec les patients sont réalisés soit dans les bureaux de consultation des Praticiens soit dans le bureau des IDE de chimiothérapie.

Enfin, les patients du service de chimiothérapie sont installés dans une pièce unique sans séparateur qui comprend 9 postes. Une chambre attenante permet d'installer des patients dont l'état de santé le nécessiterait ou qui le désireraient.

L'établissement est autorisé pour 4 lits identifiés de soins palliatifs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des professionnels rencontrés connaît l'organisation prévue pour le fonctionnement et le management internes ainsi que les obligations concernant le respect des droits du patient à chaque étape de sa prise en charge.

Les règles, protocoles et procédures sont mis en œuvre et respectés par les professionnels.

Les patients sont informés dans le livret d'accueil et par voie d'affichage sur leurs droits, notamment d'accès à leur dossier, et sur les missions de la CDU. Les coordonnées des représentants des usagers et les moyens de les contacter sont indiqués par voie d'affichage.

Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. L'accueil personnalisé, la lutte contre la douleur, le respect des droits des patients sont au nombre de ces actions.

Dans les unités de soins les professionnels veillent à laisser les portes des chambres fermées.

La dignité et l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, sont respectées (ex : utilisation des rideaux dans les chambres doubles).

Les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Les contentions mises en œuvre lorsque nécessaire font obligatoirement l'objet d'une prescription médicale, de même que les mises en isolement selon le protocole établi. Cette pratique est peu courante au sein de la clinique même si son effectivité est prévue.

Les mesures de précautions complémentaires en hygiène font l'objet d'une information auprès du patient et de sa famille.

L'accueil personnalisé est effectif dans l'ensemble des services.

Des actions en relation avec une démarche éthique ont été identifiées à travers l'analyse de situations pour lesquelles une réflexion éthique doit être entreprise.

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier et le soulagement de la douleur sont assurés. Plusieurs infirmières sont titulaires d'un DU douleur, dont certaines en HAD. Le CLUD est actif dans son domaine.

Les patients sont associés à la construction et la mise en œuvre de leur programme personnalisé de soins.

La personne de confiance est systématiquement recherchée et tracée dans le dossier.

Une information sur la possibilité de rédiger des directives anticipées est présente dans le livret d'accueil. Les soignants disposent d'une procédure et connaissent la conduite à tenir en cas de sollicitation des patients dans ce domaine, particulièrement en médecine et en soins palliatifs.

Les professionnels sont sensibilisés à la problématique de l'annonce d'un dommage lié aux soins. Une procédure est rédigée dans ce sens concernant le dispositif de gestion et d'information du patient en cas d'évènement indésirable grave lié aux soins.

Un médecin médiateur est en place dans le cadre de la CDU. Aucun dossier n'a été présenté à la médiation ces trois dernières années.

La secrétaire direction est chargée du traitement des plaintes et réclamations.

Le directeur répond à l'ensemble des courriers de réclamation.

Les membres de la CDU et les représentants des usagers ont accès à l'ensemble des informations, aux plaintes et réclamations. La CDU se réunit trimestriellement selon la fréquence réglementaire. Elle a pour président le directeur et pour vice-président l'un des représentants des usagers.

La clinique n'est pas concernée par les modes d'hospitalisation sans consentement.

Pour le processus droits du patient, l'ensemble des interfaces entre les différents secteurs est opérationnel, tout comme la traçabilité des actes s'y rapportant.

Un groupe de travail pluridisciplinaire "Bientraitance/Droits des patients" est actif depuis 2015. En cas de situation imprévue, les professionnels peuvent faire appel aux différents membres de ce groupe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus droit des patients. Pour ce faire elle a identifié des outils spécifiques et mis en place des tableaux de bord.

L'évaluation du processus est ainsi réalisée au travers des évaluations des questionnaires de satisfaction des patients, des évaluations internes, via le dispositif national e-SATIS, le suivi des plaintes et réclamations, le suivi des délais d'envoi des dossiers médicaux, ou le délai de réponse à des réclamations, ainsi que les évaluations et audits réalisés.

Des évaluations sont menées régulièrement pour évaluer l'efficacité des actions destinées à minorer les risques identifiés comme prioritaires, par exemple concernant le dispositif de directives anticipées en soins palliatifs.

Deux EPP ont été menées concernant la bientraitance dans le parcours patient "service d'hospitalisation- bloc opératoire" et l'évaluation des professionnels concernant les situations de bientraitance/maltraitance.

Un tableau récapitulatif des plaintes et réclamations permet de synthétiser les délais de réponse et leur conformité.

Les déclarations d'évènements indésirables complètent ce dispositif.

Les tableaux de bord concernant cette thématique permettent de suivre l'évolution de nombreux indicateurs dans tous les domaines compris dans le processus dont le nombre de personnels formés aux droits des patients et de nombreux taux de recueil de la présence de documents dans les dossiers.

Le bilan annuel de la CDU rend compte des évaluations réalisées.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont en relation avec les risques identifiés et concernent l'ensemble de la thématique. Elles sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel.

La formation aux droits des patients, la rénovation du secteur ambulatoire, la promotion de la bientraitance, le traitement de la douleur, le recueil de la satisfaction des patients, la formation des professionnels dans les domaines des directives anticipées et l'information dans le cas de dommages liés aux soins sont les actions les plus récentes.

Elles sont réévaluées régulièrement, et au moins une fois par an, lors du bilan annuel de la CDU.

La pilote du processus, la directrice des soins, la RAQ et les cadres sont chargés de la conduite des actions.

Les résultats des indicateurs et le suivi des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes via l'intranet ou les réunions de services.

Les résultats des indicateurs nationaux recueillis par l'établissement sont affichés dans les locaux.

La CDU est destinataire des résultats des évaluations et du suivi des actions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

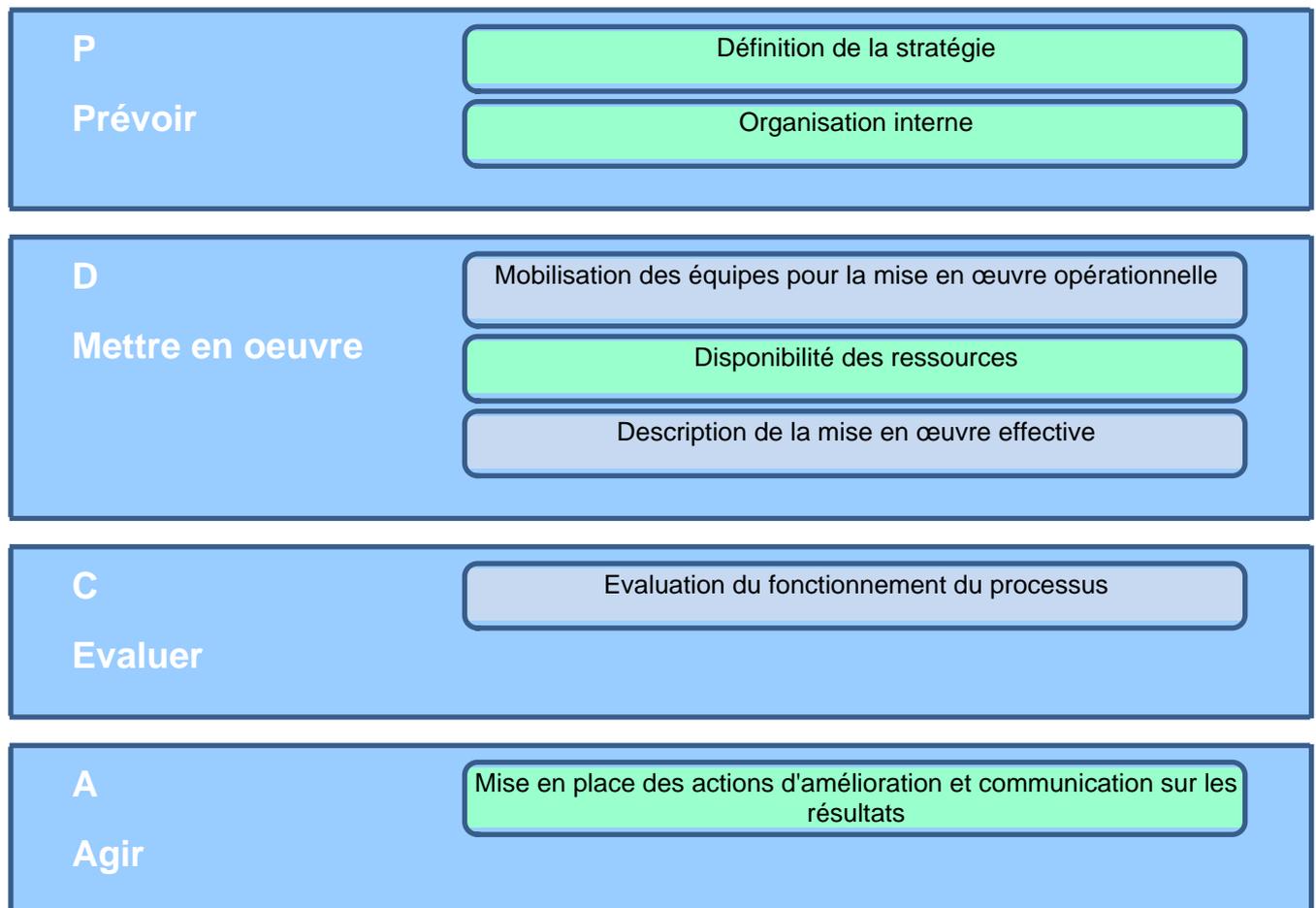
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 du Cèdre a établi une stratégie en adéquation avec les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire. Cette stratégie du parcours est également en cohérence avec les orientations définies dans les axes prioritaires du futur projet d'établissement, en lien avec le bilan du schéma directeur du précédent projet 2012 - 2017.

Les activités de la clinique sont centrées sur la chirurgie, principalement la chirurgie orthopédique (50% de l'activité), sur le développement de la chirurgie ambulatoire, avec un projet d'extension, ainsi que sur la prise en charge cancérologique.

L'établissement souhaite également préciser son rôle d'établissement de recours quant à la prise en charge des urgences et la permanence des soins. Pour ce faire, il est en attente de la validation du futur PRS. Il fait, en effet, partie des trois établissements de l'agglomération rouennaise assurant une activité d'urgences.

Le CPOM retrace l'ensemble des conventions de coopération territoriale, notamment avec le CHU.

Pour appuyer cette stratégie, une politique du processus parcours a été définie. Elle fixe six objectifs stratégiques que sont :

- l'amélioration des circuits en chirurgie ambulatoire et en poursuivre le développement
- consolider les prises en charge en cancérologie
- poursuivre le développement de la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC)
- continuer à assurer des soins et la permanence des soins
- développer et améliorer le projet personnalisé de soins (PPS) pour les hospitalisations de plus de 48 heures
- améliorer la prise en charge des personnes vulnérables en particulier l'amélioration de la prise en charge en pédiatrie.

L'identification des risques liés au parcours du patient découle d'un état des lieux.

Le processus est ainsi organisé à partir d'une carte d'identité qui déroule la prise en charge selon la spécialité ou/et le mode de prise en charge (ambulatoire, urgences, chirurgie, médecine, HAD, chimiothérapie).

Dans ce contexte, les besoins ont été identifiés puis les risques analysés et hiérarchisés dans une cartographie, avec les professionnels concernés.

Des objectifs opérationnels sont définis dans le programme d'actions qualité sécurité des soins (PAQSS) du parcours, puis mis en œuvre de l'accueil à la sortie du patient.

Ils s'appuient sur la réglementation et les évaluations (audits, IQSS...).

Cette stratégie et la déclinaison du programme d'action priorisé associé sont validées par les instances concernées, en particulier la CME.

Elles sont intégrées dans le compte qualité.

L'ensemble est inscrit dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus parcours du patient est assuré par le directeur de la clinique, le président de la CME et la directrice des soins.

Un groupe de travail est constitué autour de la thématique, pour assurer la déclinaison des objectifs stratégiques autour de la thématique, avec les infirmières coordinatrices de chaque service. Elles sont en interaction avec les médecins exerçant dans les différentes spécialités au sein des services de soins.

De même, les sous commissions de la CME, en particulier le CLAN, le CLUD et le CLIN s'impliquent dans ce processus.

La clinique du Cèdre a prévu une organisation interne assurant l'adéquation des ressources et des

compétences des activités qu'elle délivre pour répondre aux besoins de la prise en charge des patients.

Une fiche mission "pilote de processus" détermine les missions, les rôles et les modalités d'animation.

Le processus du parcours patient est décrit dans une fiche d'identité processus où sont recensés les intervenants et les étapes du processus. Les professionnels disposent de fiches de poste.

Les plans de formation prévoient des formations en relation avec le parcours du patient : AFGSU, douleur, bientraitance, traitements anti cancéreux, identitovigilance, repérage, prise en charge et prévention du risque suicidaire, prise en charge des stomies, maladies d'alzheimer et troubles du comportement, prise en charge pédiatrique, ...

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée, en particulier pour la prise en charge pédiatrique au sein des services de chirurgie et aux urgences ainsi que pour les personnes en situation de handicap.

La prise en charge en santé mentale est structurée sur le territoire par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Spécialisé. La clinique est peu concernée par l'accueil et la prise en charge de cette population.

Il existe des documents de liaison pour garantir la continuité des soins, aussi bien entre le bloc opératoire et les services d'hospitalisation que avec l'HAD.

L'organisation de la sortie est anticipée. L'outil trajectoire permet d'organiser les sorties avec une prise en charge en SSR, en HAD...

La prise en charge des urgences vitales est en cours de réorganisation. En effet, la clinique a identifié ce risque dans le compte qualité de manière prioritaire. Un groupe de travail conduit la réorganisation et l'uniformisation des chariots d'urgences. Il existe une procédure pour les urgences vitales, récente.

Le dispositif d'identification et de la prise en compte du risque suicidaire vient d'être organisé et formalisé. Il existe ainsi une procédure de prise en charge des risques suicidaires.

Le dispositif de programme d'éducation thérapeutique est organisée avec une information possible au patient sur les programmes autorisés dans son environnement proche. La clinique a développé des actions d'éducation thérapeutique autour de la prise en charge de la stomie ; une stomathérapeute en assure la prise en charge. Un programme de réhabilitation à l'effort est organisé également en pneumologie.

Le risque de chute est identifié, tout comme le recueil du risque d'escarre.

Les règles de présence avec un système d'astreinte des professionnels sont prévues. 24H/24H, un médecin urgentiste est présent sur la clinique.

Le dispositif de gestion documentaire via l'intranet est structuré et intègre les procédures, protocoles et documents utiles aux professionnels. Il perdure les classeurs en format papier dans de nombreux services. Ils sont mis à jour par la RAQ et les infirmières coordonnatrices.

Les travaux, achats, maintenances font l'objet de plans et projets pour répondre aux objectifs fixés en matière d'équipements.

Les besoins en matière de système d'information sont identifiés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée et décrite dans la fiche d'identité du processus, où sont indiqués les liens avec les activités support.

La présence des infirmières coordonnatrices dans les services complètent ces dispositions.

La RAQ et la directrice des soins interviennent conjointement pour déployer cette organisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés et des besoins, les infirmières coordonnatrices de chaque service (bloc opératoire, chirurgie, médecine, chirurgie ambulatoire, unité de soins continus) et les responsables des secteurs logistiques et médico-techniques de la clinique organisent la déclinaison de la démarche

institutionnelle.

Ils concernent plus particulièrement l'évolution des parcours de soins dans le cadre du développement de la RAAC, de la chirurgie ambulatoire, notamment de très courte durée, qui conduisent à une réduction des durées de séjour en hospitalisation complète.

Les objectifs et plans d'actions propres sont établis par les groupes de travail concernés en fonction.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus "parcours patient" et notamment sur les risques prioritaires.

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

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur service.

Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur service, à ceux de l'établissement et aux évaluations concernant la satisfaction des usagers.

Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation sont disponibles dans les services et les secteurs d'activités de la clinique.

Les effectifs médicaux et non médicaux permettent de répondre aux besoins des prises en charge des patients. Les effectifs paramédicaux sont ajustés en fonction des besoins.

La clinique bénéficie des services des kinésithérapeutes pour la rééducation post opératoire immédiate. Des temps alloués de soins de support complètent la prise en charge des patients : stomathérapeute, psychologues (2), socio-esthéticienne, diététicienne, assistante sociale.

Diverses compétences viennent en support des équipes de soins, en particulier sur la prise en charge palliative où des infirmières coordonnatrices et des infirmières bénéficient de DIU "soins palliatifs", "douleur", prise en charge des stomies.

Les infirmières coordonnatrices interviennent dans le processus RAAC, et dans la fluidité des parcours de manière plus générale (anticipation et prévision de la sortie).

Des formations sont en place : bienveillance, AFGSU niveau 1 - 2 et réactualisation, identification du risque suicidaire, prises en charge de la douleur, la nutrition, le diabète, l'identitovigilance, la maladie d'Alzheimer, prise en charge pédiatrique, en ambulatoire... En HAD, une formation spécifique "conduite hiver risque routier" est développée.

Les nouveaux arrivants font l'objet d'un tutorat.

La permanence des soins est organisée dans chaque service où le tableau des astreintes médicales, chirurgicales est affiché et connu des professionnels. En cas de besoin, le médecin des urgences se déplace directement dans les unités de soins, plus particulièrement la nuit, les week-ends et jours fériés.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les services.

Les salles de soins sont équipées d'ordinateurs. De plus, les chariots de soins sont équipés d'ordinateurs portables sécurisés et des tablettes sont à la disposition des équipes de soins.

Les prises en charge particulières (personnes âgées, enfants, porteurs de handicap) sont protocolisées, de même que la conduite à tenir en cas d'urgence vitale.

La documentation est accessible aux professionnels dans les services de soins en format papier et en version électronique grâce à l'informatisation de la gestion documentaire.

La clinique est actuellement en travaux afin d'aménager des locaux pour intégrer l'augmentation du nombre de prises en charge en ambulatoire et les très courts séjours en ambulatoire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Un dispositif d'accueil est défini. Il est effectif.

Pour les urgences, l'accueil est organisé selon les différents modes d'arrivée (patient arrivant avec ses propres moyens, en position couchée, les patients mineurs).

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est assurée à son entrée pour chaque service.

Elle inclut une évaluation systématique de la douleur, le recueil systématique du poids, de la taille et de l'IMC.

Le risque de chute et le risque d'escarre sont identifiés. Ils sont évalués à l'entrée des patients.

Un projet de soins personnalisé, intégrant la réflexion bénéfice-risque, est en place, en particulier pour les prises en charge en médecine. Il est directement intégré en lien avec le recueil de données à l'entrée, les observations médicales et la macro cible "entrée" dans le DPI. Il permet ainsi d'y associer les différents professionnels médicaux et paramédicaux. En effet, le travail en équipe est encouragé au sein de la clinique.

Les patients présentant un risque suicidaires sont identifiés, dès l'entrée, au moyen d'items très précis dans le DPI, au moment du recueil des données réalisé par les infirmières.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est adapté, tout comme la gestion des chariots d'urgences. Dans ce cadre, le contenu des chariots d'urgences a été revu et une réflexion sur l'uniformisation de leur emplacement est engagée. La clinique a identifié ce risque dans son compte qualité, l'a hiérarchisé et l'avait priorisé en risque prioritaire. Les actions sont en place.

L'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est réalisée.

Le dépistage des troubles nutritionnel est réalisé et la prise en charge nutritionnelle est effective à travers le recueil de l'IMC.

La clinique développe un programme d'éducation thérapeutique relatif à la prise en charge de insuffisance respiratoire chronique "réhabilitation à l'effort" mis en place par un médecin pneumologue. Il est également accessible à des patients externes à la clinique.

Des actions d'éducation thérapeutique sont également réalisées dans le domaine de la prise en charge de stomies, avec intervention de la stomathérapeute, de la socio-esthéticienne, de la psychologue.

L'établissement connaît les programmes développés sur le territoire et peut orienter les patients si nécessaire.

L'organisation et l'anticipation de la sortie du patient sont réalisées par chaque infirmière coordonnatrice, en concertation avec les médecins et/ou les chirurgiens, et si besoin en lien avec l'assistante sociale.

L'organisation permet ainsi une capacité de réaction des professionnels en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

Les patients pris en charge en ambulatoire reçoivent un passeport où lui sont expliqués le déroulement de la journée d'hospitalisation, les formalités, les recommandations, la préparation cutanée.

Les patients admis en ambulatoire bénéficient d'un appel de la veille pour s'assurer de la bonne compréhension des modalités d'admission et du lendemain pour vérifier que son état de santé est satisfaisant.

Le patient procède à sa pré-admission avant l'hospitalisation.

En médecine, 4 lits sont identifiés en soins palliatifs. La prise en charge palliative est assurée et bénéficie de réunions pluri-professionnelles, en lien avec le PPS.

En HAD, les professionnels assurent la prise en charge des patients en lien et dans le respect des protocoles développés au sein de la clinique.

Les patients en oncologie sont pris en charge au sein de l'unité d'hospitalisation de jour. Des RCP sont en place. Ils bénéficient d'un dispositif d'annonce réalisé avec une infirmière dédiée, un psychologue et le médecin. Deux temps peuvent s'avérer nécessaires.

L'évolution continue de l'état de santé du patient est tracée dans son dossier informatisé.

Les bonnes pratiques dans le domaine du parcours patient ont été confirmées au décours des analyses de patients traceurs.

La traçabilité est réalisée et partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus parcours du patient.

Les évaluations sont menées au travers du suivi du tableau de bord des actions du processus, et d'autres évaluations telles que les enquêtes de satisfaction, les indicateurs d'activité, les IQSS.

Le dispositif de la RAAC est également évalué.

Un tableau de bord spécifique à la HAD complète l'évaluation du processus parcours.

L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux ainsi qu'à ceux d'Hôpital Numérique.

La clinique a mis en place des EPP : traitement des escarres et bon usage des pansements, la traçabilité de la douleur, l'évaluation des connaissances des professionnels sur la douleur, l'observance de l'hygiène des mains, le respect des précautions standards, qualité de remplissage des dossiers transfusionnels...

Des RMM sont en place dans tous les secteurs dont le bloc opératoire, la chirurgie et l'endoscopie.

Des RCP sont réalisées en oncologie.

L'établissement a procédé à douze patients-traceurs couvrant l'ensemble des spécialités représentatives.

L'analyse des résultats des évaluations conduit à la définition d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS, articulées avec le compte qualité et concernent l'ensemble du processus.

La stratégie du parcours patient est suivie et réajustée en fonction des résultats obtenus lors des évaluations.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers, dans le cadre des instances, notamment en CDU. Ils sont également diffusés au moyen des réunions coordination –direction (directeur, directrice des soins, infirmières coordinatrices), des réunions d'encadrement, le journal interne, les lettres qualité mensuelles, un affichage dans les services, des notes d'information, la gestion documentaire, le site intranet et internet de la clinique.

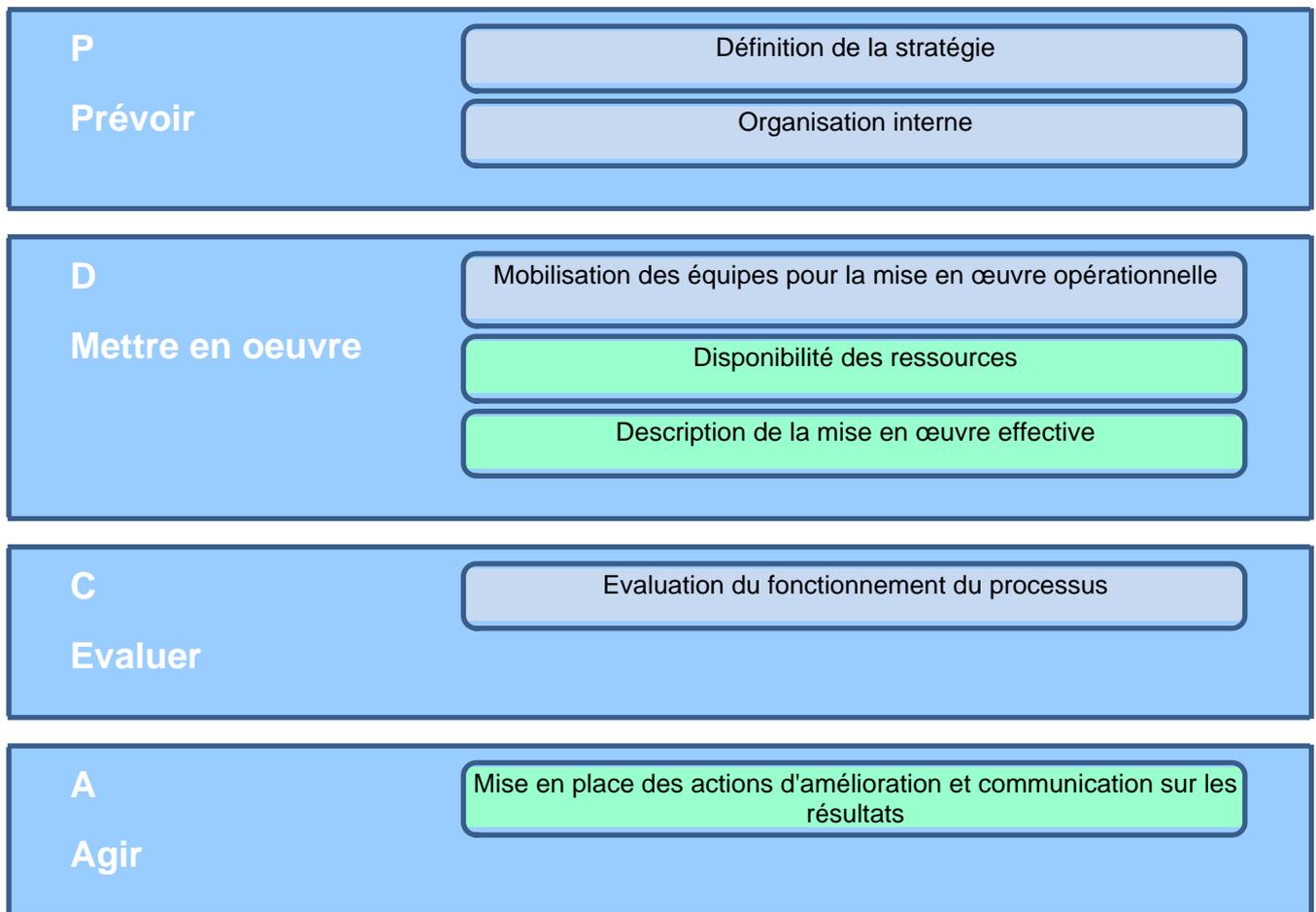
DOSSIER PATIENT

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

Il existe une politique et des objectifs associés, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à la clinique du Cèdre.

La politique du dossier patient a ainsi été élaborée sur la base d'une analyse des risques à priori s'appuyant sur une cartographie des risques, la conformité à la réglementation, les audits et évaluations, les observations de la précédente visite de certification, le suivi des plaintes et réclamations, les analyses statistiques, dont celles relatives aux événements indésirables.

Cette analyse a été menée par le groupe de travail pluridisciplinaire du processus dossier du patient, à partir de fiches de risques.

L'identification des besoins et l'analyse des risques ont conduit l'établissement à déployer le dossier de soins infirmiers informatisé pour le DPI en janvier 2017 dans l'ensemble des services en complément de l'HAD, déjà informatisée, après avoir déployé en 2010 l'informatisation du dossier médical, du circuit du médicament (prescription, validation et administration) et de la gestion prévisionnelle ». L'informatisation du service des urgences est effective depuis 2008.

La politique du dossier patient est décrite dans le projet d'établissement et dans les orientations stratégiques, en association avec la politique des systèmes d'information. Elle est validée par la direction et la CME.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en plans d'actions dans le PAQSS intégrant les ressources et les modalités de suivi et dans le compte qualité pour les actions identifiées comme prioritaires.

Les principaux objectifs retenus sont la formation des professionnels à l'utilisation du logiciel et l'accompagnement des nouveaux arrivants à cet outil.

Cette stratégie et son programme d'actions, formalisé et priorisé, sont présentés annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU.

ORGANISATION INTERNE

La directrice des soins pilote le processus en association avec une infirmière coordinatrice et la responsable administrative et comptable de l'HAD.

Une fiche mission spécifique au processus précise les rôles et les missions du pilotage.

Les rôles et responsabilités des professionnels concernés par le pilotage et la mise en œuvre de la politique du dossier patient sont également indiqués dans les fiches de poste.

La directrice des soins est également la personne référente pour le dossier informatisé.

Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences sont prévues en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Ainsi, les besoins en formation initiale et continue sont identifiés et prévus pour l'ensemble des professionnels concernés.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Elles fixent les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation l'accessibilité en temps utile et son archivage.

L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation, en incluant les modalités spécifiques et il fait l'objet d'une procédure.

Le patient est informé dans le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les services des droits d'accès à son dossier.

Le processus d'information des professionnels (y compris intervenants extérieurs) sur les règles de tenue et d'accès au dossier est en place.

L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile.

L'informatisation permet un accès en temps réel à l'ensemble du dossier.

Les besoins en procédures sont identifiés et formalisés. Celles-ci sont adaptées à la taille et aux missions de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire.

Il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus.

La cellule qualité vient en soutien et assure les supports méthodologiques.

La gestion des interfaces est en conséquence formellement organisée pour faciliter cette concertation entre les professionnels de la clinique, de la HAD, des professionnels libéraux et entre les secteurs d'activités.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses missions, de ses besoins et des risques identifiés, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les infirmières coordonnatrices des services de soins et les cadres du plateau technique et de l'HAD communiquent auprès de leurs équipes sur la politique du dossier du patient de l'établissement, sa mise en œuvre (plan d'action associé) et son évolution.

Ils impulsent une démarche d'amélioration au sein de leurs secteurs, en lien avec les orientations de l'établissement, avec l'appui logistique de la cellule qualité.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) et mettent en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés.

La directrice des soins assure la coordination entre les référents et les professionnels ainsi qu'avec l'éditeur pour faire évoluer le logiciel en fonction des demandes des utilisateurs.

Les professionnels de terrain s'impliquent dans les actions d'amélioration en participant à la révision des protocoles, aux évaluations du dossier patient, en déclarant les événements indésirables.

Ils ont accès aux résultats des évaluations et des indicateurs concernant le dossier patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations), en matériel (locaux et équipements informatiques) et documentation sont disponibles au sein des secteurs d'activités de la clinique du Cèdre.

Les compétences des professionnels sont disponibles et effectives. Les professionnels en poste, les remplaçants/intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés. L'accompagnement est formalisé pour les nouveaux arrivants.

En amont de la mise en place du dossier médical et du dossier de soins en janvier 2017, de nombreuses actions de formation ont été déployées. Elles se sont poursuivies pour accompagner l'ensemble des utilisateurs.

Les professionnels en place et les nouveaux arrivants sont formés aux règles de tenue du dossier par les infirmières coordonnatrices, les cadres et la directrice des soins.

Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles, soit sous format papier pour un certain nombre d'entre elles, soit via le logiciel de gestion documentaire. L'ensemble de la documentation est actualisé.

Les règles d'archivage sont connues. Les locaux d'archivage permettent le stockage de tous les dossiers en file active : ils assurent la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont situés dans l'enceinte de l'établissement et sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers. Une organisation est mise en place pour l'accessibilité aux dossiers 24h/24 et les archivistes sont formés à l'identitovigilance.

Les équipements informatiques sont en nombre : ordinateurs portables dans les services, tablettes. Des ordinateurs en nombre supplémentaires ont été ajoutés au sein du bloc opératoire en particulier en SSPI, pendant la visite car ce secteur était moins doté que les services de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des secteurs de la clinique (services de soins, service administratif et plateau technique) connaît et met en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes du processus dossier patient.

L'informatisation du dossier médical, du circuit du médicament (prescription, validation et administration) et de la gestion prévisionnelle a été déployée en 2010. L'informatisation du dossier administratif et du dossier de soins du service HAD est effective depuis 2006. Le dossier de soins infirmiers informatisé pour le DPI a été déployé en janvier 2017 dans l'ensemble des services. L'informatisation du service des urgences est effective depuis 2008.

Le dossier d'anesthésie ainsi que la gestion des programmes et des plannings du bloc opératoire sont également informatisés, de même que le dossier administratif. Le bloc opératoire n'est pas informatisé actuellement, hormis pour l'anesthésie.

Les logiciels établissement et secteur HAD ne sont pas interfacés. La clinique a identifié ce risque dans son compte qualité. Une réflexion est en cours avec la tutelle pour pallier sur l'ensemble du territoire à cette difficulté récurrente.

L'informatisation du dossier patient permet de tracer les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps réel et utile et dans le dossier du patient, notamment en cas de transfert ou mutation.

Le dossier papier résiduel comporte les informations recueillies dans l'établissement au moment de l'admission, au cours du séjour et lors de la sortie (personne de confiance, consentement éclairé..).

Ce dispositif est identique en HAD avec un dossier papier unique au domicile du patient, permettant l'accès et l'utilisation aussi bien par les professionnels salariés de la clinique que par les professionnels libéraux.

Les motifs d'hospitalisation sont tracés.

Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations.

Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées. L'identité du médecin prescripteur est mentionnée en caractères lisibles.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval en respectant les règles de confidentialité.

L'accès du patient à son dossier est assuré. Les patients sont informés via le livret d'accueil de la possibilité de demander l'accès à leur dossier. Les délais de mise à disposition de son dossier au patient sont conformes à la réglementation.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La gestion des doublons est effective.

Par ailleurs, la traçabilité des éléments du dossier est assurée en temps utile comme le confirme les résultats des IQSS (tenue du dossier, douleur, identitovigilance, troubles nutritionnels) et l'examen des dossiers des patients traceurs.

La gestion des interfaces est organisée, d'une part entre les urgences et les services de soins et d'autre part avec le laboratoire et le centre de radiologie.

Sur le secteur de l'HAD, les circuits restent papier du fait de l'exercice à la fois des professionnels salariés de la clinique et des libéraux. Des évaluations sont en cours de mise en place pour permettent de suivre l'effectivité de la continuité des soins et de la traçabilité des actes et activités.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique du Cèdre assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du processus.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs relatifs au dossier patient inclus dans le tableau de bord général des indicateurs pilotés par la RAQ et permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

En complément des IQSS et des indicateurs, deux EPP sur l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont en cours.

Le PAQSS de l'établissement contient un chapitre « processus dossier patient » dont un bilan est réalisé au moins une fois par an et permet de suivre l'état d'avancement des actions.

L'établissement a participé au recueil des valeurs de l'indicateur « Hôpital Numérique ».

La secrétaire de direction évalue régulièrement le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier et communique les résultats à la CDU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel.

Au vu des résultats des évaluations et du suivi des indicateurs dont les IQSS, l'établissement a fixé plusieurs axes d'amélioration déclinés en actions incluses dans le PAQSS et le compte qualité pour les actions identifiées prioritaires.

L'objectif premier est le suivi de l'informatisation du dossier patient.

Dans ce cadre, l'interfaçage ente le dossier de soins informatisé de la clinique et celui du secteur HAD est un des objectifs, qui permettra d'avoir un IPP commun à l'ensemble de l'établissement.

Les résultats des évaluations et l'évolution des indicateurs sont diffusés en interne auprès des équipes : affichage, réunions de service, site intranet...

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont en lien avec la CDU, qui est informée régulièrement et pour laquelle les usagers, sur la thématique de gestion et d'accès au dossier, sont impliqués.

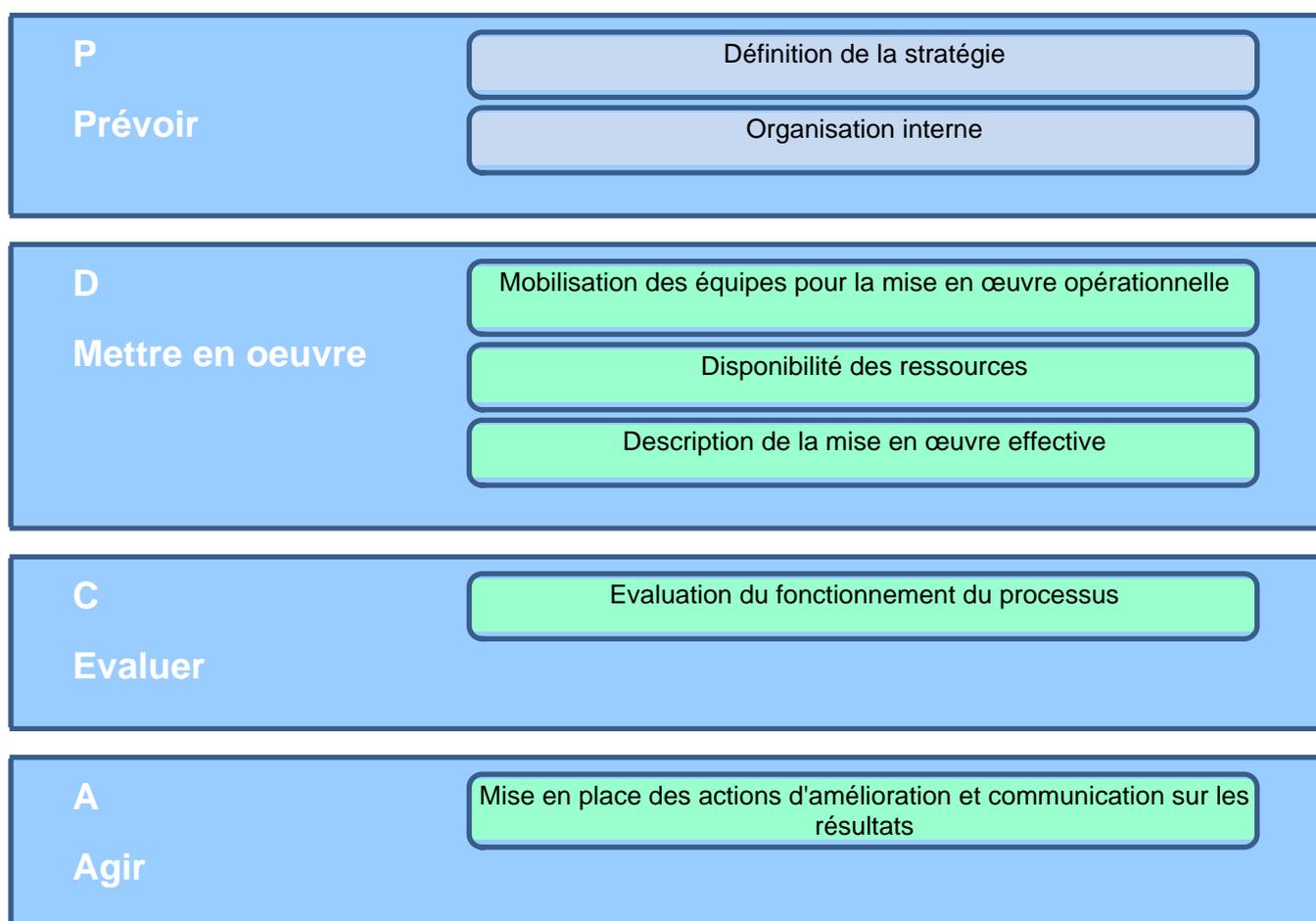
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Il existe une politique à la clinique du Cèdre, qui a été élaborée après analyse des besoins, du contexte et des risques sur le processus, au regard de ses missions et moyens.

La clinique est pourvue d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI), composée de locaux de stockage et de dispensation, une Unité de Reconstitution de Cytotoxiques (URC), une unité de stérilisation pour les endoscopies.

Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge par la clinique, avec des dispositions spécifiques au sujet âgé.

Il existe une politique formalisée de l'organisation de la permanence pharmaceutique en accord avec la CME au sein d'un manuel qualité.

L'orientation stratégique et la description des missions sont retrouvées sur le projet médical 2014-2017, selon 5 axes et le CPOM 2014-2018 (Contrat Pluri annuel d'Objectif et de Moyen). Un nouveau projet 2017 - 2020 nommé "management de la prise en charge médicamenteuse - médicaments de dispositifs médicaux" est en cours de formalisation. Il dresse le bilan du précédent projet et souhaite s'inscrire dans sa continuité. Outre consolider les objectifs du précédent projet, il détermine 6 axes parmi lesquels figure les objectifs suivants qui sont de rendre opérationnel progressivement les objectifs du CAQES ; de renforcer la politique de sécurisation du circuit du médicament, la prévention de la iatrogénie et le développement de la pharmacie clinique ; de renforcer la maîtrise du risque médicamenteux de la personne âgée ; de réorganiser la pharmacie en termes de flux logistiques et de gestion dans les services, d'informatiser le circuit du médicament en HAD...

La politique qualité gestion des risques a également priorisé l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse dans le cadre du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. Le suivi du Contrat du Bon Usage du Médicament (CBUM) est réalisé et approuvé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Sa mise en œuvre est ainsi une des thématiques identifiées de la politique qualité gestion des risques.

L'établissement participe à l'OMEDIT Normandie Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique.

Le COMEDIMS assure le pilotage du processus du management en collaboration étroite avec le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le pharmacien responsable de la pharmacie.

La visite de certification précédente ne retrouve pas de recommandation ni de réserve pour ce processus.

Les indicateurs nationaux sont suivis avec des résultats conformes aux normes. L'établissement a choisi de suivre d'autres indicateurs sélectionnés à partir d'analyses d'évènement indésirables et de CREX (Comité de Retour d'EXpérience) et issus d'analyse de risque, réalisée au regard de chaque étape de circuit logistique et clinique du médicament .

La continuité du traitement médicamenteux tout au long du parcours du patient est organisée.

La stratégie est déclinée sous la forme d'un programme d'actions, avec des objectifs définis. Les besoins ont été identifiés. Ils ont permis d'élaborer la cartographie puis l'analyse des risques avec une priorisation et une hiérarchisation.

L'analyse des risques a posteriori est également réalisée à partir du traitement des événements indésirables graves.

Ces éléments, constitutifs du programme d'actions, alimentent le PAQSS et le compte qualité.

La iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé est incluse dans cette stratégie.

La prise en charge médicamenteuse en HAD est également intégrée.

Cette stratégie est validée par les instances concernées (CME et COMEDIMS).

Le programme d'actions est formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter le processus de la prise en charge médicamenteuse est en place sur la clinique. Elle s'appuie sur le COMEDIMS, le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse, les travaux de l'OMEDIT et le suivi des Anti Infectieux.

Le manuel qualité rédigé par le pharmacien est le manuel de référence, décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de la clinique.

L'organisation de l'Unité de Reproduction des Cytotoxiques est également décrite dans le manuel qualité.

L'organisation en HAD est prévue dans cette organisation, en lien avec des procédures.

L'organisation de la prise en charge médicamenteuse en fonction des risques identifiés et des besoins en découlant, a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires.

L'organigramme de la PUI est défini et actualisé. Il est retrouvé dans la gestion documentaire.

La responsabilité du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est assuré par le pharmacien. Il est également le responsable du management de la qualité de la PECM et le coordonnateur des risques associés aux soins.

Le pharmacien pilote ainsi la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions. Il s'appuie sur le COMEDIMS qui assure le pilotage opérationnel. Il assure également la pharmacovigilance.

L'organisation et la planification des chimiothérapies sont confiées à l'IDE Coordinatrice référente chimiothérapie, sous la responsabilité du pharmacien.

Leurs rôles et responsabilités sont identifiés dans des fiches de mission où il est également précisé leurs missions quant au pilotage du processus de la PECM. Une fiche "stratégie prise en charge médicamenteuse du patient" reprend les missions et fixe les axes prioritaires.

L'analyse a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est organisée à l'aide du dossier patient informatisé. La gestion des avis pharmaceutiques est réalisée en temps réel pendant les temps de présence du pharmacien.

Les modalités de sécurisation de la dispensation sont définies. La dispensation est organisée pour favoriser la délivrance nominative. Les règles d'administration sont également définies.

Il est également prévu des procédures formalisées concernant les règles de prescription et de délivrance des médicaments.

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

Un guide spécifique relatif à la prise en charge médicamenteuse de la personne âgées est identifiée.

La traçabilité des étapes de procédure est organisée ainsi que les modalités de transport, en particulier pour les anticancéreux, en HAD et les stupéfiants.

Les conditions de préparation des traitements anti cancéreux sont définies et organisées.

La gestion du traitement personnel est prévue.

Une liste de médicaments à risque est formalisée, comprenant en particulier les antibiotiques, cytotoxiques, stupéfiants, prescriptions chez le sujet âgé.

L'accessibilité aux documents nécessaires à la PECM est organisée. La gestion documentaire est organisée autour d'un logiciel de gestion documentaire et l'ensemble des procédures peut être retrouvé dans la gestion documentaire.

La permanence pharmaceutique est organisée avec une dotation suffisante pour les besoins urgents. Un dispositif d'astreinte pharmaceutique est en place. En cas d'absence du pharmacien, pour vacances ou formations, le même pharmacien remplaçant assure l'intérim depuis 10 ans.

Des actions de sensibilisation et de formation à la iatrogénie médicamenteuse et aux risques d'erreurs

médicamenteuses sont prévues pour les professionnels médicaux et paramédicaux, dans le futur plan de formation 2018. Elles sont organisées par le pharmacien qui assure au plus près le suivi de celles-ci.

Pour les nouveaux arrivants, une journée d'accueil est organisée, reprenant ces items, et spécifiquement une formation à l'utilisation du dossier patient informatisé.

L'informatisation des prescriptions est déployée sur l'ensemble de la clinique depuis 2010 avec deux logiciels dont un spécifique pour l'activité de chimiothérapie.

La clinique organise un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre professionnels et secteurs d'activité, chirurgie, médecine, HAD Hospitalisation A Domicile, unité de chimiothérapie au moyen de réunion de concertation direction - directrice des soins - IDE coordinatrices.

Il existe un plan de maintenance, travaux, achats, pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements.

Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète intégré au système d'information, déployé.

La gestion des interfaces et des circuits est définie et facilite la concertation des professionnels entre eux, en lien avec les secteurs d'activités, le pharmacien, la direction des soins et le service qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres aux secteurs d'hospitalisation, y compris la HAD, et de la prise en charge des patients sous chimiothérapie sont établis en déclinaison du programme d'actions institutionnel du processus.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au travers des audits du dossier (prescription, administration...), la visite des armoires de pharmacie des unités, la validation pharmaceutique, des audits liés au CBUM, ainsi que des plans d'actions liés à la cartographie des risques a priori.

De cette sorte, les actions correctrices envisagées sont celles déterminées par les résultats des audits et dans le cadre des risques a priori.

Les professionnels de terrain sont ainsi informés des enjeux objectifs, sensibilisés au contrat du bon usage des médicaments.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont effectués par le pharmacien.

Le rappel des bonnes pratiques est régulièrement effectués lors des réunions du COMEDIMS.

Les équipes participent aux recueils des fiches d'évènements indésirables liés aux erreurs médicamenteuses et à leur analyse ainsi qu'aux évaluations des pratiques professionnelles, aux audits.

Le pharmacien évalue ses activités et s'assure du suivi de son programme d'action.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (les locaux et les équipements) et documentaires sont disponibles dans les secteurs d'activités de la clinique.

Les ressources humaines nécessaires sont disponibles et adaptées aux besoins. Il s'agit du pharmacien, des 3 préparateurs et un magasinier à mi-temps.

Les fiches de postes des préparateurs et du pharmacien sont formalisées.

Les compétences sont réparties avec un référent de gestion des stocks par service (IDE coordinatrice), un référent antibiothérapie, un chirurgien orthopédiste, président du CLIN et titulaire d'un DU « Prévention des infections nosocomiales et qualité des soins », un correspondant matériovigilance et pharmacovigilance.

La permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, conventions, astreintes) est assurée.

Les outils d'aide à la prescription et administration sont mis à disposition des prescripteurs, par accès

informatique. Ils sont adaptés aux besoins aux professionnels, y compris pour la personne âgée. La liste des prescripteurs et leurs signatures sont retrouvées à la PUI.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.

Des documents d'information patients sur le bon usage des médicaments sont disponibles (gestion du traitement personnel, programme éducation thérapeutique). Ils sont actualisés et diffusés.

Les documents mis à disposition pour les professionnels sur la gestion documentaire sont les documents de procédures, la procédure de la permanence pharmaceutique, la procédure de gestion et déclarations des erreurs médicamenteuse, la signalétique des médicaments à risque signalétique, le livret thérapeutique, le guide des substitutions, les protocoles thérapeutiques.

L'URC se situe au 4ème étage, dans l'unité de chimiothérapie, à proximité des patients, avec délivrance extemporanée aux patients, au sein d'une zone dédiée. Les locaux de l'Unité de Production des Cytotoxiques sont conformes avec la marche en avant, SAS, contrôle de pression, contrôle bactériologique, hottes.

Les infirmiers ont bénéficié d'une formation spécifique à la préparation et au reconditionnements des cytostatiques.

Les formations à la sécurité médicamenteuses, aux déclarations de erreurs médicamenteuses, à l'utilisation du matériel d'administration du médicament sont réalisées.

Une sensibilisation auprès des nouveaux arrivants est menée grâce à la présence des préparateurs en pharmacie dans chaque service de soins et du pharmacien. Les infirmières coordinatrices assurent également un relai opérationnel.

L'organisation des locaux de la PUI identifie un circuit séparant les zones de retrait, de stockage de solutés et de formes sèches, de préparation, des zones contenant des réfrigérateurs respectant la chaîne du froid.

Les services disposent des moyens nécessaires : ordinateurs, armoires de stockage, chariots de soins et d'administration du médicament.

Ils ont accès à l'ensemble des procédures au moyen du système informatique de gestion documentaire.

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

Les informations sur les allergies du patient sont retrouvées sur le DPI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues.

La prise en charge médicamenteuse combine les étapes pluridisciplinaires et interdépendantes suivantes la prescription, la dispensation, la préparation, l'approvisionnement, la détention, le stockage, et l'administration.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, est effective.

La prescription du traitement personnel du patient est assurée pour garantir la continuité des soins et la sécurité du patient. Les prescriptions à l'admission et à la sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation, également chez la personne âgée.

Le traitement personnel du patient est pris en compte et les médicaments personnels en sa possession lui sont retirés, identifiés et stockés dans un tiroir sécurisé et remis à sa sortie d'hospitalisation. Le traitement personnel fait l'objet d'une procédure de retrait, de stockage et de restitution, qui est connue et appliquée par les IDE.

Les règles de prescriptions particulières des produits dérivés du sang sont respectées.

Les informations sur les allergies du patient sont retrouvées sur le DPI.

La réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures est effective.

Les ordonnances et les bons de commandes parviennent à la pharmacie par informatique, les documents papiers dans les chariots ou par fax.

L'analyse et la validation de l'ordonnance par le pharmacien est effective avec un accès aux éléments cliniques et aux résultats biologiques du dossier patient, pendant ses heures de présence, en particulier

pour les chimiothérapies par l'intermédiaire du logiciel métier.

Les bonnes pratiques en matière de préparation notamment anticancéreux sont respectées. Les chimiothérapies sont préparées par des Infirmières formées spécifiquement à la préparation et au reconditionnements des cytostatiques. La validation est effectuée par le pharmacien sur le logiciel métier de chimiothérapie.

L'engagement dans la délivrance nominative est initié.

L'approvisionnement des secteurs d'hospitalisation est assurée.

L'acheminement des médicaments, dans des caisses scellées, est effectué le matin par les préparateurs et en journée par les IDE.

Les stupéfiants sont acheminés par l'infirmière coordinatrice du service concerné, et sont conformes aux exigences d'hygiène, de sécurité, chaîne du froid, de traçabilité.

Les traitements sous formes sèches dispensés sont transportés dans des sachets nominatifs.

Le responsable du transport est identifié, et en conformité avec la livraison de la commande, la réception en unité de soins est organisée.

Les patients bénéficiant de l'hôpital à domicile, le double contrôle est effectué par le préparateur en pharmacie et par l'infirmière de l'HAD, avec le changement de couleurs des scellés pour confirmer les deux contrôles.

Le stock minimal, l'entretien et le contrôle des armoires à pharmacie dans les services sont effectués, 6 à 7 fois par an par les préparateurs en pharmacie.

Le rangement, un seul médicament, un seul dosage par casier, est respecté à la PUI et dans les services. Certains médicaments bénéficient d'un ré-étiquetage grâce à un logiciel spécifique, en cas de non conformité.

Les entretiens et les contrôles de température des réfrigérateurs sont effectifs.

La gestion du chariot d'urgence est effective, avec un contrôle quotidien des défibrillateurs et défibrillateurs semi automatiques. Les chariots sont scellés. Leur vérification est en place, les documents de traçabilité étant présents sur chaque chariot. Les procédures de vérifications des chariots d'urgence vitale sont ainsi effectives et connues du terrain.

La clinique a identifié la réorganisation et l'uniformisation des chariots d'urgences dans son compte qualité. Une réflexion se poursuit quant à leur standardisation.

La connaissance des professionnels du recours à la dotation des besoins urgents est effective.

Le stock tampon, accessible pendant les horaires d'absence du pharmacien, nuits, week-end et jours fériés, est situé au 3ème étage avec une double sécurité, une deuxième clef pour les médicaments injectables n'étant accessible qu'après avoir ouvert une première armoire dans un local sécurisé.

La listes des antidotes est affichée sur la porte de ce stock tampon ainsi que la liste des centres hospitaliers détenant les antidotes très coûteux et peu utilisés.

Avant toute administration, les infirmiers vérifient l'identité du patient en lien avec la préparation des médicaments et au regard de la prescription médicale et de l'identifiant du pilulier, la date de péremption des médicaments et leur aspect et le mode d'administration du médicament. Ils s'assurent d'administrer le bon médicament, à la bonne dose, sur la bonne voie, au bon moment et au bon patient.

Toute administration est tracée dans le dossier informatisé du patient au moment de sa réalisation. La non administration du médicament est tracée dans le dossier, justifiée (non disponibilité du produit, refus de prise, non prise. Elle est signalée au médecin et au pharmacien dans le DPI.

La traçabilité de l'administration est manuscrite en HAD.

Les médicaments restent identifiables jusqu'au moment de leur administration suivant la procédure de l'établissement.

Les professionnels connaissent la signalétique des médicaments à risque.

Les IDE de médecine appliquent les dispositions spécifiques du sujet âgé avec la recherche des troubles de la déglutition, l'écrasement des comprimés en respectant la procédure de l'établissement. Elles appliquent la substitution par des lyophilisats, si possible.

L'identification du patient est effective chaque étape, de même que la traçabilité.

Après toute administration, la surveillance thérapeutique du patient est réalisée.

En HAD, l'ensemble de ces règles est également respecté.

Tout évènement indésirable est notifié au médecin et au pharmacien et tracé dans le dossier patient. Il fait l'objet d'une déclaration sur une fiche d'évènement indésirable.

En cas de dommage, l'annonce en est faite au patient et/ou à ses proches.

Le pharmacien, par ailleurs également responsable de la pharmacovigilance, reçoit les alertes descendantes et met en œuvre les dispositions nécessaires pour le retrait des lots. Il signale tout effet indésirable pouvant être lié aux médicaments et produits mentionnés à l'article 1.5121-1 du CSP.

Sur l'ensemble du circuit, les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles, relayées essentiellement par le pharmacien et les infirmières coordinatrices.

Cependant, les règles de transcription de la délivrance des stupéfiants sont partiellement respectées. Le cahier de délivrance des stupéfiants comporte des dosages notés en chiffre sur l'ensemble des services. Or, la réglementation stipule une écriture des dosages en toute lettre.

Suite à ce constat, le pharmacien a diffusé immédiatement une note d'information en rappelant les bonnes pratiques aux professionnels de santé. Le pharmacien s'est engagé à bloquer la délivrance des stupéfiants si les règles ne sont pas respectées. Néanmoins, du fait du caractère récent de cette action, l'appropriation des professionnels n'est pas mesurable actuellement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions.

Elle assure également régulièrement le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés. Cette analyse a déclenché l'organisation de CREX dont les comptes rendus et les actions sont retrouvés sur le logiciel de la clinique.

Il existe de nombreux audits sur la sécurisation des salles de soins, sur la métrologie des réfrigérateurs, sur le stockage dans les services et à la pharmacie, sur la connaissance du risque iatrogénique, sur le bon usage des antibiotiques, sur la conciliation médicamenteuse chez la personne âgée, sur la connaissance des Nevers Events.

Des audits de dossiers sont également en place et intègrent l'évaluation des règles de bonnes pratiques de la préparation à l'administration mais aussi sur les conditions de stockage et de transport.

Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont déterminés en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage des médicaments, des produits et prestations, les indicateurs IQSS, les EPP et les actions issues de la cartographie des risques.

Le relai est organisé avec la mise en place du CAQES.

Un tableau de bord est réalisé tous les ans, contenant les indicateurs du CBUM, ICATB, le questionnaire de satisfaction réalisé une fois par an, l'analyse des fiches d'EI, les indicateurs du COMEDIMS, les indicateurs sur les ruptures de stocks et les délais de livraison.

En HAD, il existe également des audits, notamment sur la sécurisation du stockage à domicile et sur la traçabilité de l'administration.

A la PUI, la consommation des antibiotiques est suivie.

Les molécules onéreuses font l'objet d'un suivi spécifique.

Un suivi des EPP spécifique au processus du médicament est réalisé.

Un bilan de l'activité du COMEDIMS est réalisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en place à la suite des évaluations et de l'analyse des EI. Elles sont

intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel et le compte qualité.

Des supports et des modalités de diffusion sont établis par exemple le petit carnet "Nevers Events" sous format poche à destination des infirmières des services, des plaquettes, des affiches, les outils de l'OMEDIT Normandie, une information sur les anticoagulants oraux, destinés aux patients.

La communication de l'impact des mesures d'amélioration est assurée par la directrice des soins et les infirmières coordinatrices, le pharmacien, en CME, au COMEDIMS et au sein de la cellule qualité gestion des risques.

Les actions d'amélioration sont communiquées auprès des usagers et en externe par affichage, en CDU, sur le site internet de la clinique.

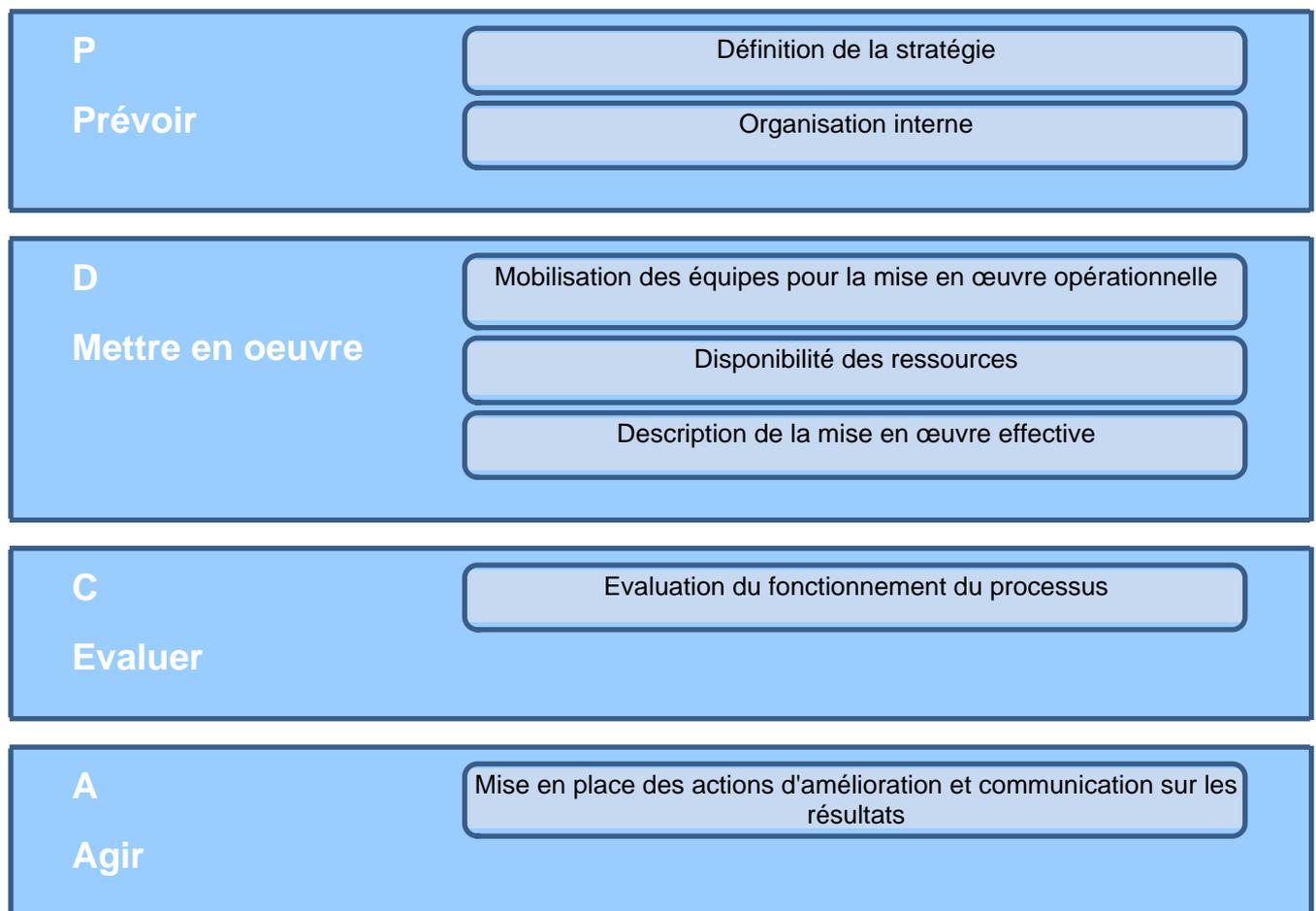
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique du Cèdre accueille les urgences médicales et chirurgicales. La structure des urgences adulte a accueilli 16 000 patients en 2016, sur une autorisation renouvelée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2012.

Des astreintes de première parties de nuit ont été reconnues et autorisées en mai 2012 pour la chirurgie orthopédique, la chirurgie viscérale et l'anesthésie, en réanimation.

Le service des urgences s'inscrit dans le réseau des urgences tel que défini par le Schéma Régional de l'Organisation des Soins fixé par l'ARS de Normandie.

La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés est définie dans le projet d'établissement. Elle est ainsi intégrée aux stratégies de l'établissement selon trois orientations : garantir l'organisation réglementaires des urgences, fluidifier le parcours patient, pérenniser et maintenir l'activité des urgences.

L'identification des différents secteurs de prise en charge des urgences est prévue tout comme la définition d'un pilotage institutionnel commun.

La continuité des soins est organisé par l'équipe médico chirurgicale. Elle est composée de soins non programmés, de consultations post urgence programmées et d'une unité de 4 lits d'Unité de d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

La clinique a analysé et priorisé ses risques à partir de la précédente certification, des événements indésirables, des évaluations de pratiques professionnelles, et des revues de morbidité - mortalité.

Il existe ainsi une stratégie et des objectifs dont les principaux sont d'optimiser l'organisation des urgences en termes de gestion des flux, d'accueil des patients en termes de confidentialité et de respect de l'intimité, de la consolidation de l'organisation et l'évaluation selon degré d'urgences.

Cette stratégie s'est appuyée sur l'analyse des besoins propres de l'établissement qui est intégrée dans la cartographie du processus, pour toutes les étapes de la prise en charge des urgences. Les risques identifiés sont hiérarchisés dans un plan d'actions formalisé et priorisé, issu du compte qualité.

Des objectifs ont été identifiés et formalisés dans ce plan d'actions, en lien avec la cellule qualité gestion des risques.

Ce plan d'actions est intégré dans le PAQSS institutionnel. Il décline aussi le suivi des indicateurs, les CREX.

Cette stratégie et le plan d'actions sont validés par les instances concernées, dont la CME et la Commission des urgences.

ORGANISATION INTERNE

La clinique du Cèdre a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge aux urgences. Les pilotes de processus sont identifiés. Il s'agit des quatre médecins urgentistes organisés en SELARL. Il s'ajoute l'infirmière coordinatrice du secteur. Des fiches de poste encadrent les responsabilités des professionnels : médecins, infirmière coordinatrice, IAO.

L'identification de différents secteurs et des circuits de prise en charge est prévue dans le manuel qualité qui est le manuel de référence pour l'organisation, le fonctionnement et la prise en charge des urgences et validé par la commission des urgences. Il a été rédigé par l'infirmière coordinatrice sous la responsabilité de la directrice des soins et de la direction. Il répond aux besoins des patients. Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Les procédures d'accueil du patient sont également prévues.

Il existe une commission des urgences, composée des médecins urgentistes, de l'infirmière coordinatrice, du personnel paramédical, de la qualicienne et du directeur. Elle est initiatrice de la rédaction de la charte de fonctionnement pour les urgences et l'UHCD.

Les besoins en ressources matérielles et humaines sont identifiées.

Le dimensionnement des ressources humaines est suffisant par rapport au nombre de passage annuel, les plans de formation des Infirmières d'Orientation et d'Accueil IOA sont prévus ainsi que les modalités de recrutement.

La gestion des compétences est prévue. Il existe des formations spécifiques pour les professionnels des urgences : formation à la prise en charge des situations de violence, AFGSU...

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée.

La procédure de continuité de l'information relative à la prise en charge, tout au long du parcours du patient admis aux urgences est organisée, le logiciel métier étant interfacé avec le logiciel commun aux services de la clinique.

Les règles de gestion des admissions et hospitalisations non programmées sont élaborées et complètent ce dispositif.

Une organisation est définie pour bénéficier au recours d'avis des médecins spécialisés. Elle est connue par les acteurs des urgences et du territoire de santé.

Les filières spécifiques sont également organisées par la clinique, avec recours aux secteurs de ville ou spécialisés.

L'organisation permet la connaissance des lits disponibles en temps réel de jour comme de nuit, l'infirmière coordinatrice d'astreinte ayant un accès informatique pendant la permanence des soins.

Des procédures "dispositif de gestion des lits - hôpital en tension" et "gestion des admissions et hospitalisations non programmées" encadrent la gestion des flux. La procédure "dispositif de gestion des lits - hôpital en tension" est déclenchée en cas de saturation des urgences, de façon exceptionnelle.

Les ressources en système d'information sont prévues pour répondre aux objectifs et besoins des urgences. Les accès au système d'information sont sécurisés.

Les procédures sont identifiées, formalisées et intégrées à la gestion documentaire informatisée de la clinique.

Les besoins en support d'information patient sont identifiés et les documents élaborés.

Les documents d'exploitations du matériel sont mis à disposition des professionnels.

La gestion des pannes est organisée.

Les circuits entre les interfaces cliniques, les secteurs médico-technique, l'imagerie, le laboratoire, la pharmacie, le service de brancardage, le circuit du linge, le circuit des déchets, en lien avec la cellule qualité gestion des risques et la direction sont organisés. Les interfaces en place facilitent la concertation entre les professionnels des urgences, des secteurs d'activités en interne et dans le territoire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs définis et le plan d'actions opérationnel sont établis en déclinaison de la stratégie institutionnelle et du compte qualité, en particulier pour ce qui concerne la gestion des flux.

Les professionnels participent à sa déclinaison. Ils sont sensibilisés régulièrement sur les risques identifiés sur le SAU par l'infirmière coordinatrice et les médecins.

Le management communique auprès de son équipe sur la politique de la prise en charge des urgences. Il s'assure de la conformité des pratiques au regard des objectifs fixés et par rapport aux dispositions prévues.

Les équipes participent à l'élaboration des procédures, exemple sur la douleur, la grippe, l'hôpital sous tension, à la déclaration des événements indésirables, des vigilances, aux démarches d'évaluation de pratiques professionnelles. Ils sont ainsi impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables et participent au CREX spécifique au secteur des urgences.

Elles sont informés des résultats par l'accès aux comptes rendus mais aussi via la consultation documentaire : résultats des indicateurs de leur secteur et à ceux de la clinique, aux évaluations de leur service, aux taux de satisfaction des usagers, aux résultats d'analyse des événements indésirables sur le logiciel de gestion documentaire.

Des actions correctrices sont mises en œuvre en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et paramédicales sont en place.

Des infirmiers d'accueil et d'orientation sont présents 24h/24.

L'équipe est composée de jour avec 3 infirmières et une aide soignante, un brancardier, un agent de service hospitalier pour le bio nettoyage des locaux et une secrétaire. La nuit sont présents une infirmière et une aide soignante, en plus de l'IOA.

Un médecin urgentiste est présent 24h/24 sur place, un deuxième médecin est présent la journée.

Les compétences et effectifs des professionnels sont ainsi disponibles et répondent aux besoins de l'activité. Les remplacements sont assurés en cas d'absence, il existe un pool de 2 infirmières remplaçantes sur l'ensemble des services de la clinique.

La documentation professionnelle et les procédures sont actualisées et accessibles sous format informatique. Pour exemple, le manuel qualité est remis à jour tous les 2 ans, consultable la gestion documentaire de la clinique. L'ensemble reste accessible même en cas de panne informatique, sous format papier dans un classeur spécifique.

Les documents d'information sont mis à la disposition des patients.

Un tableau des présences et des mobilités de contact des différents spécialistes et correspondants sur l'ensemble du territoire est également disponible.

Les infirmiers sont formés sur les fonctions d'infirmier d'orientation et d'accueil aux urgences. La formation des professionnels aux gestes et soins d'urgences est en place. Il existe des formations sur la prise en charge et l'identification du risque suicidaire.

Les ressources en matériel et équipements sont disponibles.

L'application informatique du service permet d'évaluer la situation de la prise en charge des patients mais aussi d'évaluer les temps d'attente et de passage.

Les espaces de soins et la salle d'urgences vitales disposent des moyens nécessaires à la prise en charge de réanimation immédiate.

L'accessibilité aux personnes handicapées est effective.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations identifiées pour le fonctionnement et le management interne.

Les professionnels respectent les circuits de prise en charge définis dans le manuel qualité. Ils prennent en compte le degré d'urgence et la typologie des patients accueillis.

Le patient est accueilli dans un bureau fermé respectant la confidentialité. L'IOA indique sur le dossier le motif de consultation et débute le dossier administratif qu'elle transmet ensuite à la secrétaire qui le finalise. Les documents accompagnants sont exigés, à savoir la carte vitale et un justificatif d'identité nécessaires à l'identification du patient.

Le délai d'attente est annoncé par l'IOA au moment de l'inscription.

La douleur est quantifiée par l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) dans le bureau de IOA. Sa traçabilité est réalisée dans le dossier patient informatisé, ainsi qu'un relevé de constantes. L'investigation des patients traceurs a permis de confirmer cette traçabilité.

Le patient est ensuite pris en charge par le médecin et l'équipe soignante dans une salle d'examen dédié.

Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments sont respectés.

La continuité des soins est assurée la nuit le week-end et les jours fériés. Une IOA est identifiée, de jour comme de nuit.

La permanence des soins est assurée, un tableau accessible à tous permet d'identifier les professionnels ressources en garde ou astreintes ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble de l'activité de la clinique, accessible sur la gestion documentaire et connu du terrain.

Il existe un ajustement des effectifs médicaux en fonction des jours de la semaine.

Les plannings médicaux et paramédicaux sont affichés dans le service et respectés.

L'encadrement du personnel paramédical est assuré par une infirmière coordinatrice.

Les remplaçants intérimaires ou nouveaux arrivants sont intégrés et formés. On retrouve ainsi dans le service deux classeurs élaborés par une infirmière l'un décrivant les pathologies spécifiques fréquemment rencontrées aux urgences et l'autre les outils spécifiques et leurs mode d'emploi liés à ces pathologies, comme par exemple l'électrocardiogramme, débitmètre de pointe, utilisation d'un scope.

Les professionnels réalisent les actes relevant de leur champ de compétence sans glissement de tâche.

La maîtrise du risque infectieux est effective.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien.

Les interfaces sont opérationnelles.

Le technicien de laboratoire est présent dans la journée et en astreinte à partir de 20h ainsi que le manipulateur de radiologie.

Tous les résultats d'examens complémentaires sont accessibles informatiquement.

Le compte rendu de l'imagerie médicale sera rendu définitivement dans les 24 heures.

La possibilité de se dépanner le service en médicaments manquant grâce à la présence du stock tampon est connue des professionnels de terrain.

La disponibilité des lits est analysée en temps réel. Afin de fluidifier au mieux le parcours d'aval, il existe une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de 4 lits. De même, il existe un dispositif pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins avec la supervision des infirmières coordinatrices, notamment en médecine.

Le service a accès à l'antériorité des documents pour les patients déjà hospitalisés dans l'établissement.

A la fin de la prise en charge le patient est ensuite orienté :

- soit vers un service de la clinique, les documents sont alors transmis via le dossier patient informatisé ;
- soit directement au bloc en cas de nécessité d'une intervention chirurgicale urgente. Les infirmières assurent alors la préparation du patient pour l'intervention, elles complètent également la fiche de liaison Bloc- Service ;
- soit vers un autre établissement pour une prise en charge d'une spécialité que la clinique n'assure pas, par exemple vers la clinique Saint Hilaire pour la cardiologie aigüe, le transfert sera médicalisé par une équipe du SAMU.

- soit la possibilité du retour à domicile : le médecin informe le patient et ses accompagnants, il explique les consignes nécessaires à sa prise en charge, il lui remet un courrier de sortie pour son médecin traitant, établit les ordonnances de sortie et les certificats médicaux si besoin. Il lui donne si nécessaire un rendez-vous pour la suite de la prise en charge.

L'infirmière porte une attention sur le patient s'il se trouve isolé ou en perte d'autonomie temporaire des suites de la pathologie traitée au service des urgences.

Elle peut faire appel à l'assistante sociale pour un éventuel SSR (Service de Soins et de Rééducation), ou des aides à domicile.

Elle oriente le patient vers le secrétariat des urgences afin de clôturer le dossier administratif.

Le circuit des événements indésirables est connu. Ils font l'objet de débriefing et de CREX.

Sur l'ensemble de ce secteur, la traçabilité des actes, des évaluations et de l'information donnée au patient est réalisée, ce qui permet aussi de garantir les interfaces du SAU avec les autres secteurs clinique - autres établissements - ville et HAD.

La commission des urgences se réunit 3 à 4 fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés.

Ainsi, le dispositif d'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est effectif.

Le dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est effectif. Ainsi, on retrouve un dispositif d'évaluation et suivi continu des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence sur le logiciel dossier patient. Ces indicateurs sont ainsi suivis grâce à l'application informatique qui permet leur évaluation.

L'évaluation du processus repose sur :

- 1) l'étude de risques réalisée sur l'accueil du patient et son dossier administratif, les besoins du patient et prise en charge médicale et soignante et sur la gestion de la sortie et l'organisation de la continuité des soins ;
- 2) les questionnaires de satisfaction sur la prise en charge et le délai d'attente distribués 2 fois par an ;
- 3) les audits internes, prise en charge de la douleur, taux de réévaluation, le dossier patient sur les items suivants : la personne à prévenir, la personne de confiance, la lettre de sortie, le risque suicidaire, l'inventaire, la traçabilité du défibrillateur.

Le recueil et l'analyse des évènements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience est effectué sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice.

Tous les documents et rapports d'activités sont tenus et régulièrement mis à jour par l'IDE Coordinatrice des Urgences, en lien avec la Cellule Qualité et soumis à la validation de la Commission des Urgences.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre au regard des résultats obtenus. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions qualité sécurité des soins institutionnel.

L'amélioration continue est en permanence en lien avec la cellule qualité gestion des risques.

Les différents audits sont réalisés à périodicité définie, ils figurent dans le PAQSS qui donne lieu à un tableau de bord des indicateurs. Celui-ci permet de suivre les résultats et de mettre rapidement en place un plan d'action si un risque prioritaire est identifié.

Des actions correctives sont déclenchées suite aux résultats des indicateurs, aux non-conformités des feuilles d'évènements indésirables et aux rapports d'audits.

Les actions préventives sont mise en oeuvre afin d'éliminer la survenue des non-conformités potentielles.

Des supports et des modalités de diffusion sont établis.

Ces informations font l'objet d'un retour et de communications aux instances CME, commission des urgences, CLUD et cellule qualité. La communication des résultats et des actions est ainsi conduite auprès des professionnels en interne et dans les instances. Elle est aussi effective en externe, auprès des usagers et via le site internet.

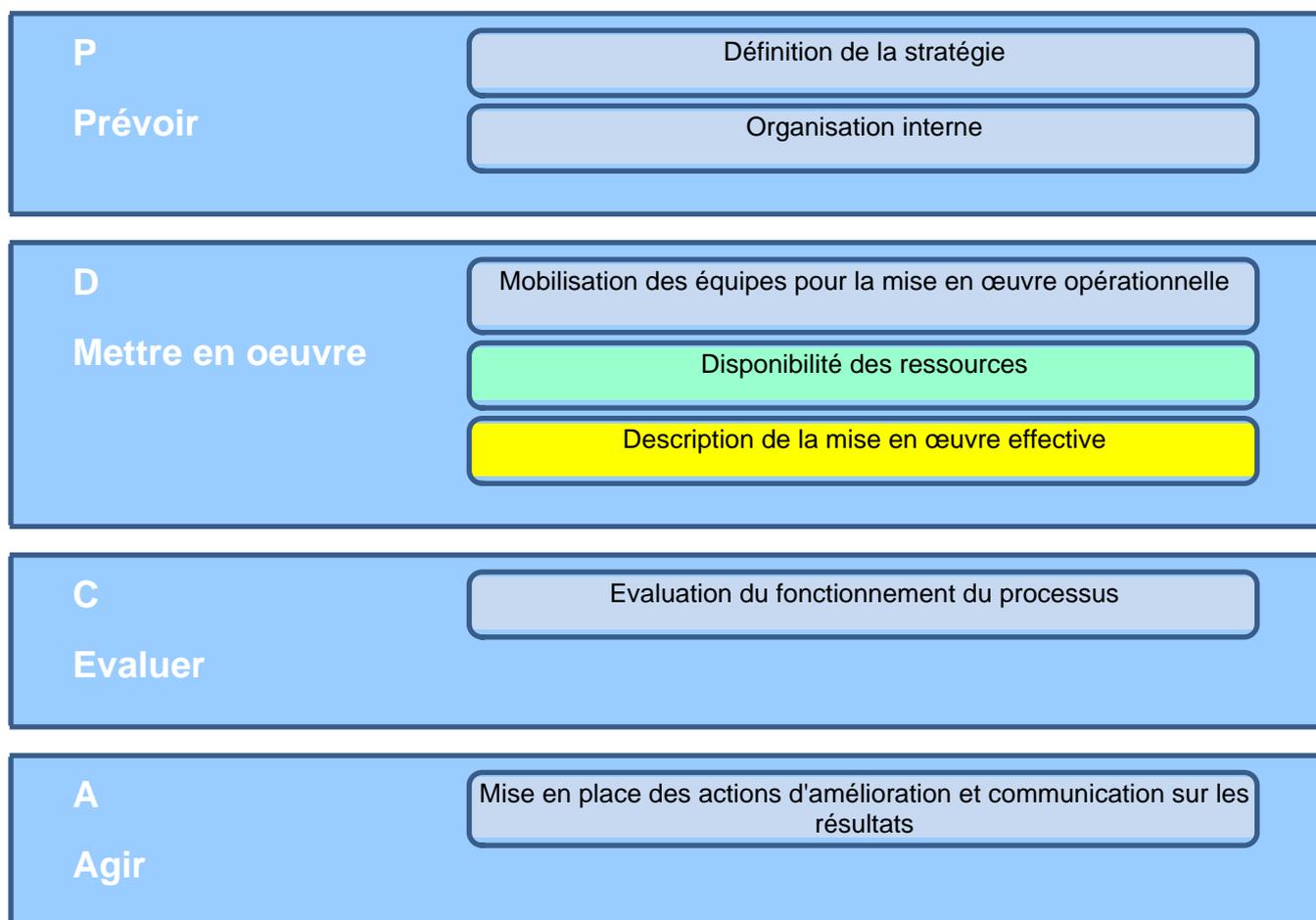
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 du Cèdre a identifié ses secteurs opératoires, le pilotage institutionnel est commun. Il comporte 8 salles. Il comporte également 3 salles d'endoscopie.

Une SSPI est intégrée dans l'enceinte du bloc opératoire. Elle comprend 17 postes équipés. Les circuits (court, hospitalisés) sont adaptés à l'évolution des pratiques. Le nombre de postes est conforme aux recommandations.

Les activités sont principalement l'orthopédie, la viscérale, l'urologie, l'ORL et la chirurgie thoracique.

Il existe une stratégie et des objectifs de management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, élaborés sur la base d'une identification des besoins, des missions et de l'analyse de risques propres à l'établissement depuis 2016. Ainsi, une "carte d'identité" a été élaborée par les professionnels aboutissant à la rédaction d'une cartographie très détaillée comprenant 104 risques.

Les besoins spécifiques sont identifiés au regard de ses missions, orientations nationales et régionales (autorisation de soins délivrés par l'ARS de la Région, orientations stratégiques du CPOM et notamment développement des prises en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire).

Les sources de données utilisées pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques répondent à la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de la clinique.

Les risques a priori sont déterminés dans la cartographie des risques du bloc opératoire de 2016, réactualisée en 2017, formalisée et priorisée selon la méthodologie de la démarche qualité gestion des risques de la clinique (risques maîtrisés, à surveiller et prioritaires).

Elle prend en compte les différents circuits de prise en charge et les différentes interfaces (programmation, logistique, installation du patient, temps opératoire, SSPI, retour en unité de soins, gestion des risques).

La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des RMM, des EPP, et du dispositif d'accréditation des médecins.

L'élaboration du compte qualité en février 2016 réalisée dans le cadre d'un projet évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels. Il a permis la priorisation et l'institutionnalisation d'évaluations et d'indicateurs par thématiques. Les risques prioritaires sont également hiérarchisés avec les professionnels selon la méthodologie proposée par la HAS, et décrite dans une procédure.

La démarche qualité est organisée : elle est documentée et actualisée. Elle assure la sécurité de la prise en charge du patient en organisant la diffusion de la culture qualité et sécurité, en articulation avec le programme d'amélioration qualité sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

Le programme d'actions préventives et de surveillance, formalisé, priorisé, unique, intégrant les mesures de traitement des risques, est validé dans le cadre d'analyses mensuelles auxquelles participent tous les responsables de service et le président de CME.

L'ensemble de cette stratégie et le programme d'actions, formalisé et priorisé, qui est y associé, est validé par les instances, en particulier le conseil de bloc et la CME.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du pilotage du management du bloc opératoire est formalisée dans une charte de bloc consignante les règles et modalités d'organisation du bloc opératoire validée par le conseil de bloc de l'établissement. Elle est disponible sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement.

Elle est complétée par une charte de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA), affichée dans la structure et sur le site internet. Cette charte détermine l'organisation, les conditions de désignation du médecin coordonnateur, les formations nécessaires.

Deux pilotes (Coordination du plateau technique et Qualité) coordonnent les équipes et l'avancement des plans d'actions revus en 2017. Il s'agit de la responsable du bloc opératoire, coordinatrice du plateau

technique, pilote du processus, avec son adjointe. Il possède une fiche de mission du processus qui détermine leurs rôles et leurs missions.

La responsable du bloc opératoire, coordinatrice du plateau technique, pilote du processus, avec son adjointe, prévoient la régulation des activités, la gestion des programmes, la coordination et le respect des règles de la charte (V2).

La responsable est assistée d'une cellule de pilotage hebdomadaire, tous les jeudis, pour valider les programmations, en y intégrant les urgences potentielles, en mettant en adéquation les ressources humaines et matérielles nécessaires.

Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, enregistrées dans la gestion documentaire informatisée, et accessible sur le site internet de la clinique.

Un conseil de bloc opératoire est organisé. Sa composition est représentative. Il se réunit 4 fois par an. L'ordre du jour est établi par la coordinatrice, un compte rendu est rédigé. Ses missions sont définies: création et actualisation du planning opératoire général, rédaction et revalidation de la charte du bloc opératoire, coordination des moyens humains et matériels nécessaire à la mise en œuvre des programmes opératoires, validation et mise en œuvre des protocoles, analyse et résolution des évènements indésirables, analyse des indicateurs d'activités et budgétaires. Chaque année, le conseil établit un rapport d'activité du bloc opératoire. Il est transmis à la CME et à la direction de l'établissement.

Les ressources humaines en terme d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure, en particulier en matière de personnels d'anesthésie.

Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent et les actions de formation sont prévues, planifiées et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Les IDE du bloc vont bénéficier d'une formation IBODE soit en VAE soit en formation directe, pour anticiper la mise en place du décret relatif aux actes exclusifs des IBODE.

L'établissement ne recourt que rarement à l'intérim grâce à la formation polyvalente de certains agents (circulantes).

L'accueil des étudiants IDE, aide-soignantes est organisé (livret).

Les besoins en procédure sont identifiés, élaborées avec les professionnels, formalisées, issues de documents de référence validés et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisé de la clinique.

Les patients disposent de documents d'information : livret d'accueil, passeport comportant dans sa première partie les informations et les consentements.

La stérilisation est intégrée au bloc avec une gestion corrélée par un agent pour assurer le suivi des instruments et matériels.

L'UCA est identifiable et dispose de moyens dédiés. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies.

L'hygiène des locaux est prévue, ainsi que la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux.

La radioprotection est organisée avec des dispositifs passifs et actifs.

La maintenance préventive et curative des infrastructures est prévue par le service technique, en lien avec la chef de bloc.

Les ressources matérielles sont prévues. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements.

Les documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux sont prévus pour les professionnels. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée.

Le dossier patient est papier, permettant un échange d'informations, la coordination avec les différents secteurs et les professionnels, l'accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux données du patient.

Seuls, les MAR disposent d'un logiciel spécifique.

La traçabilité des actes en salle est papier.

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées.

Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec les secteurs cliniques (fiche de liaison validation dossier patient entre services de soins et bloc opératoire, cahier de traçabilité des salles d'opération), avec les secteurs médico-techniques et logistiques.

Ces interfaces sont également prévues pour la radiologie, la pharmacie (gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux), la gestion du linge, les déchets, le transports infra-hospitaliers (pool de brancardiers pour les patients, propres au bloc en interne).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par les pilotes du processus.

Le bloc opératoire a identifié leurs besoins et leurs risques, et le programme d'actions préventives et de surveillance, établi dans le cadre des revues de direction, est mis en œuvre.

Le cadre du bloc communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établi lors des réunions de service réunissant tous les personnels du bloc opératoire à l'occasion d'un "standing meeting" hebdomadaire de 30 minutes.

Les conseils de bloc sont en place. Ils ont lieu 4 fois par an.

Le cadre du bloc sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur et s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels, pratiques fortement ancrées dans l'établissement, sont effectives. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Les activités sont évaluées périodiquement.

De nombreux audits sont en place. Le dispositif de formation permet la vérification des acquis sur des thématiques générales (hygiène des mains, AES, erreurs médicamenteuses, O bijoux...). Des formations en ligne, sous format e-learning, sont organisées (douleur, hygiène, transfusion...).

Une démarche bientraitance est en place concernant la bientraitance dans le parcours patient "service d'hospitalisation- bloc opératoire".

Des CREX sont organisés mensuellement. Le retour d'expérience est ainsi effectif lors des réunions de service. Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels, en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs.

Les résultats sont communiqués aux équipes. Les indicateurs et les évaluations sont disponibles et mis à jour mensuellement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations), matériel, locaux et équipements ainsi que la documentation sont effectives.

Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la continuité de la prise en charge. Un tableau de vacations opératoires permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine.

Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire.

L'activité d'anesthésie-réanimation est exercée par une équipe de 8 médecins anesthésistes complétée, à la demande, d'IADE rémunérées par les médecins anesthésistes.

Une permanence des médecins est assurée au moyen d'une astreinte qui est opérationnelle. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont effectives et diffusées.

Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés avec un bilan d'évaluation du stage.

Dans la gestion documentaire électronique (GED), les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé du site internet. Au bloc

opérateur, les procédures numérisées sont accessibles essentiellement dans un bureau infirmier excentré. Ce bureau infirmier est utilisé aussi bien par le personnel du bloc que par celui de l'endoscopie, soit plus de 50 agents. Un bureau médical au sein du secteur d'orthopédie possède également un ordinateur accessible uniquement pour les personnels de ce secteur. Les procédures "papiers" sont également disponibles dans le bureau infirmier. La SSPI dispose également d'ordinateurs. Les référentiels et les procédures en anesthésie sont disponibles dans toutes les salles, elles y sont accessibles en version papier ainsi que dans la SSPI.

Les locaux du bloc opératoire, de la SPPI, de l'UCA sont conformes à la réglementation.

Les locaux des blocs opératoires, sont adaptés, contrôlés et entretenus.

Ceux de la SSPI demeurent exigus compte tenu de nombre de postes (17) et de la promiscuité avec postes d'induction d'ALR (6) qui font face aux patients du réveil. Pour autant, les circuits sont respectés. Le nombre de postes ouvert en SSPI répond aux besoins.

Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés, leurs traçabilité est manuelle, faute d'ordinateurs. Les équipements en panne sont remplacés.

Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé (respirateurs, monitoring, bistouris électriques, tables d'opérations, colonnes de coelioscopie, amplificateurs de brillance).

Le matériel d'urgences vitales, uniformisé, est vérifié. Il est opérationnel.

L'approvisionnement en médicaments et DMI est assuré, avec un système d'approvisionnement permettant de répondre aux besoins. Leurs traçabilités est effective, bien que totalement papier, ce qui nécessite un important travail de secrétariat pour le maintien de l'approvisionnement, ainsi que son suivi.

La vérification par les personnels est effective et tracée à chaque nouvelle entrée au bloc opératoire et en SSPI (cahier d'ouverture et de fermeture du bloc opératoire, cahier de contrôle de bon fonctionnement de la salle interventionnelle, contrôle du bon fonctionnement à l'ouverture de la salle de SSPI).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

L'organisation définie et les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient sont appliquées. La charte de bloc est respectée.

Les pratiques professionnelles sont ainsi fondées sur des procédures validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, actualisées et revalidées tous les ans.

La maîtrise du risque infectieux est effective (zones de bloc identifiées), brancardier dédié dans le bloc, marche en avant respectée.

Les règles de sécurité sont appliquées (kit hyperthermie maligne, accidents allergiques, complications anesthésiques locaux, intubation difficile, pédiatrique disponible, et chariots d'urgence vérifiés et scellés).

La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies.

Le brancardage est réalisé conformément aux procédures (respect de l'intimité, de la confidentialité, respect des règles de sécurité et d'hygiène).

Les bonnes pratiques en termes d'identivigilance à toutes les étapes de prise en charge pré et per opératoire sont respectées et tracées.

La check-list sécurité au bloc opératoire est en mise en œuvre et tracée en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire.

Les secrétariats des différents praticiens adressent une proposition de planning d'interventions au secrétariat du plateau technique. Le cadre de bloc, un chirurgien et un anesthésiste valident le programme opératoire. Les dysfonctionnements sont suivis.

La gestion des risques est effective (vigilances et veille sanitaire opérationnelles, recueil et analyse des événements indésirables).

Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre : gestion des accidents d'exposition au sang, radioprotection (signalisation de la salle, port de dosimètres passifs et actifs).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-

techniques opérationnelles. Ces circuits sont respectés également avec les secteurs cliniques, grâce à une feuille de liaison papier entre les services et le bloc opératoire (validation dossier patient et soins avant bloc opératoire) intégrant une check-list de vérification de la préparation du patient, du site opératoire, de son identité et du dossier.

Le consentement éclairé du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis.

Dans le dossier du patient informatisé sont tracés le risque ATNC, la prise en charge anesthésique et chirurgicale per-opératoire, les prescriptions post opératoires, l'évaluation de la douleur et des traitements antalgiques administrés.

La sortie de SSPI est horodatée et tracée.

Néanmoins, les pratiques en SSPI relatives à l'exécution de certains actes anesthésiques ne sont pas conformes à la réglementation de l'exercice infirmier. Ainsi, les IDE de la SSPI peuvent réaliser des actes par glissement de tâche : antagonisation des curares, gestion de la bradycardie, en application d'un référentiel interne rédigé par les médecins anesthésistes.

Or, le décret d'application de l'exercice infirmier ne prévoit pas la faisabilité de ces actes dans le cadre de ce dit exercice. Au jour de la visite, ce protocole a été retiré de la GED en concertation avec les médecins anesthésistes et la directrice des soins. Mais, cette pratique reposant sur des habitudes, il n'est pas possible actuellement de mesurer le niveau d'application des professionnels, malgré l'engagement très ferme de la direction.

De plus, les bonnes pratiques relatives à l'exercice IDE en matière d'administration du médicament en SSPI ne sont pas toujours respectées. Lors de l'investigation de la SSPI, le bloc disposait de 2 ordinateurs dédiés spécifiquement aux IDE pour 17 postes.

Les professionnels en SSPI, faute d'ordinateurs en nombre suffisant, et par manque de temps, ils réalisaient la traçabilité de l'administration du traitement post-opératoire immédiate sur une feuille papier, et non sur la prescription numérisée, pourtant existante. De ce fait, l'IDE, à partir de la feuille de prescriptions informatisée, la retranscrit sur ce document papier pour permettre d'assurer la traçabilité "papier" de l'administration. Au jour de la visite, des ordinateurs en nombre (1 pour 4 postes de SSPI) ont été installés. Le support papier a été supprimé, sous la vigilance du pharmacien responsable de la coordination des risques associés aux soins, et du management de la qualité du PCEM, ainsi que de la validation de la directrice des soins, avec l'engagement de la direction. La mise en conformité de cette pratique et la réactivité des professionnels a pu être constatée.

En UCA, la sortie, l'aptitude au retour à domicile (score de sortie) et les consignes à suivre sont validées et tracées par le chirurgien ou l'anesthésiste.

La traçabilité des intervenants, des actes, activités et DMI est réalisée dans le cahier du bloc opératoire (avec triplicata pour le dossier patient, la facturation et la souche du cahier) comme confirmé lors de l'investigation issue des patients traceurs.

Les instances sont opérationnelles. Le conseil de bloc se réunit 4 fois par an.

La surveillance environnementale est effective et tracée.

Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. L'hygiène du matériel réutilisable est opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique du Cèdre assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés.

Les données du bloc opératoire sont analysées lors des conseils de bloc tous les quadrimestres.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux, IQSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales.

Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre d'interventions totales et par bloc), de performance (taux d'utilisation des vacations, taux d'occupation des vacations, taux de retard, taux de dépassement), ressources humaines (effectifs et nombres d'heures payées), quantité et coût des médicaments et dispositifs médicaux.

Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés dans l'établissement (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitovigilance, respect du droit des patients, urgence vitale, sondage urinaire, préparation cutanée, bio-nettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list : 2 audits), et des EPP (11), dont une sur la mise en place d'une démarche de bientraitance dans le parcours patient en bloc opératoire.

Les événements indésirables spécifiques au bloc opératoire (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et analysés par le Comité des Vigilances et de Gestion des Risques, et selon la nature par le Conseil de bloc et en RMM.

Les événements indésirables graves et récurrents font l'objet d'un suivi lors des conseils de bloc.

Les éléments, issus de ces analyses, permettent l'élaboration d'un bilan des performances : synthèse des résultats du management de la qualité du quadrimestre précédent reprenant sur un tableau de bord, le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'état d'avancement des actions d'amélioration engagées (échéance, date de réalisation) et le responsable des actions.

Le conseil de bloc élabore un rapport d'activités annuel, transmis à la CME et à la Direction.

A / AGIR

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

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

Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action est assuré régulièrement par la cellule qualité et la coordinatrice du plateau technique.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée.

Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations. Les organisations et actions d'amélioration mises en place sont partagées avec les instances, le gérant et la direction.

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

Les tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels des services sur le site internet sécurisé.

Les résultats des IQSS sont affichés dans chaque hall et disponible sur le site internet de l'établissement.

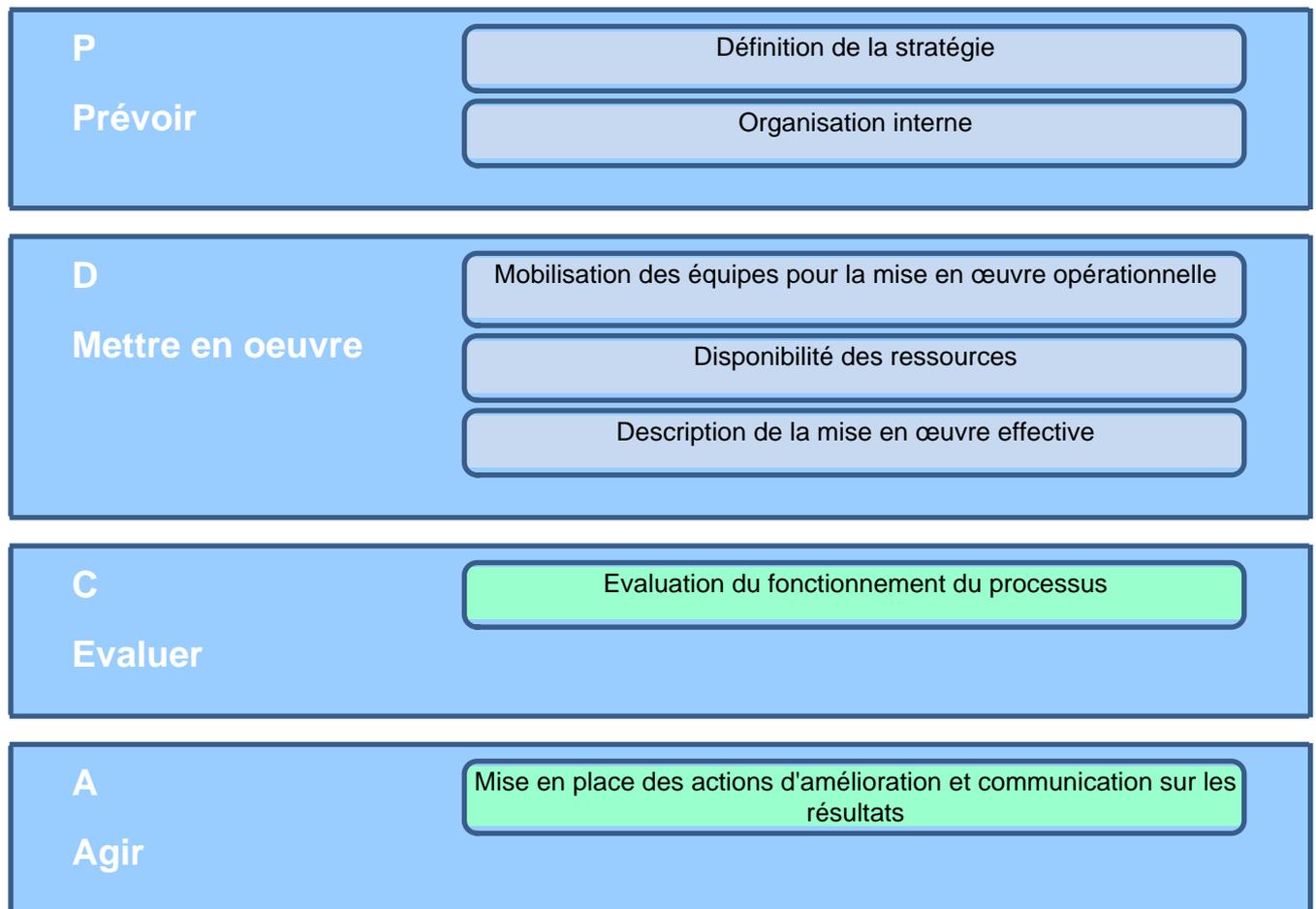
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

La clinique du Cèdre assure une importante activité d'endoscopie digestive (gastroscopie, coloscopie, CPRE, écho-endoscopie) diagnostique et interventionnelle, bronchoscopie, urologique, anesthésique et ORL.

Ces examens sont réalisés en ambulatoire et hospitalisation conventionnelle. Les circuits sont identifiés en rapport.

A cette fin, il existe un plateau technique spécifique dédié, au sein du bloc central, comprenant 3 salles d'examens et un local de désinfection doté de 2 automates et de 2 paillasses. La salle de surveillance post interventionnelle attenante est commune avec celle du bloc central.

Les endoscopies sont pratiquées avec et sans anesthésie générale.

Toutes les stérilisations des différents matériels sont centralisées au sein de cette unité.

La politique en endoscopie est définie dans le projet d'établissement de la clinique. Cette politique, validée et connue, identifie en conséquence les différents secteurs et spécialités réalisant les endoscopies.

Elle se centre essentiellement autour de l'amélioration du travail en équipe, des pratiques professionnelles, de la déclaration des événements indésirables et des situations porteuses de risque en termes d'identification, de traitement et d'analyse.

Elle est également définie en lien avec le plateau technique en termes de secteur à risques, et conformément à la politique et stratégie qualité et gestion des risques institutionnelle.

Le pilotage est institutionnel et commun pour ce processus.

Elaborée sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse propre à la clinique, la démarche est menée via l'analyse des risques a priori (56), ce qui a permis d'identifier, de hiérarchiser puis de prioriser de très nombreux risques. La priorisation s'est faite suivant trois axes : prioritaires, à surveiller et maîtrisés.

Elle a abouti à la formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance aussi bien sur les éléments relevant de la prise en charge du patient que sur ceux relevant des fonctions support et de l'environnement.

Une analyse des risques a posteriori est également élaborée à partir du traitement des événements indésirables, de la mise en place d'objectifs d'amélioration et des plans d'actions correctrices.

Ces éléments alimentent le compte qualité et le PAQSS institutionnel. Ils sont centralisés dans le programme d'actions formalisé et priorisé pour ce secteur.

Lors de la précédente visite de certification, il avait été remarqué que la check-list n'était pas optimisée en matière de disponibilité conjointe des personnels. La clinique a pris en compte ce risque dans son compte qualité et a programmé des actions d'amélioration.

La politique et son programme sont présentés et validés par les instances concernées, notamment la CME.

Le "Top-management" très investi est facilitateur de cette démarche.

Il existe une articulation évolutive entre compte qualité et PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus.

Une organisation est définie dans le règlement intérieur et le manuel qualité de l'endoscopie. Elle fixe les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, les responsabilités et les missions...).

Elle décrit également les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge ambulatoire et

conventionnelle pour les patients ne rentrant pas dans les critères d'éligibilité qui sont définis lors de la consultation. Elle fiabilise le processus de prise en charge en endoscopie.

Le pilotage est assuré par la référente en endoscopie, en poste depuis 2010. Elle travaille avec la coordinatrice du plateau technique au sein du bloc opératoire.

Sa fiche de mission est formalisée. Ses missions sont définies.

Cette organisation permet la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires, qu'elles soient humaines, matérielles, documentaires et qui sont parfaitement adaptées et en évolution constante en fonction des besoins et des nouvelles actualités.

Une démarche qualité documentée et actualisée est organisée et permet d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient. Ainsi, elle organise également la diffusion de la culture qualité / sécurité.

La gestion des différents endoscopes et des locaux s'intègrent dans la conformité : suivi des matériel, maintenance préventive et maintenance curative, contrôle qualité et suivi bactériologique des endoscopes et surfaces, air, eau.

La formation relative au traitement des endoscopes des personnels est organisée en interne et en externe, au sein du CHU de ROUEN ou par la société savante. Des formations en termes de maîtrise du risque infectieux en endoscopie sont également prévues par le CLIN.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité cliniques, qualité, équipe opérationnelle d'hygiène, secteurs logistique et administratif. Une fiche de liaison est réalisée à cet effet.

La communication au sein de l'équipe est mensuelle, elle intègre l'implication de professionnels dans l'élaboration et la mise à jour des procédures, les formations internes et externes, l'analyse des événements indésirables, les CREX, les RCP et les RMM.

Un cahier de transmission est disponible dans le local infirmier.

L'essentiel des examens sont réalisés par une équipe dédiée. Les urgences (peu fréquentes) sont assurées par le personnel d'astreinte du bloc qui est formé également.

La gestion documentaire tant pour les IDE que pour les ASH assurant la stérilisation est prévue en version papier et numérique. Un ordinateur a été mis à la disposition des personnel, au sein d'un local dédié.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de besoins, des risques identifiés et priorisés, le management du secteur d'endoscopie organise la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Ainsi il a défini des plans d'actions opérationnels, dont en particulier l'optimisation des modalités de prise en charge en ambulatoire, le respect des règles d'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge.

Un accent est porté sur la déclaration des événements indésirables graves et/ou porteurs de risque. Les professionnels, dans le cadre de la prise en charge des patients en endoscopie, sont impliqués dans ce circuit.

Une infirmière référente, responsable du pilotage du processus, avec la coordinatrice du plateau technique, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus endoscopie.

De même, elles s'appuient sur l'infirmière hygiéniste dédiée au plateau technique.

Ensemble, elles s'assurent de la conformité des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues.

De nombreuses évaluations de conformité sont réalisées. La conformité des pratiques s'appuie aussi sur l'information, la formation, les procédures et la check-list précédent l'acte.

La concertation interprofessionnelle est favorisée en particulier dans l'analyse des dysfonctionnements, des événements indésirables, dans la mise en place des actions issues de la cartographie des risques et

lors de RMM et ou des CREX endoscopie. Des CREX spécifiques à l'endoscopie sont opérationnelles, si besoin. Une récente RMM a permis de mettre en place une nouvelle configuration sécuritaire en endoscopie pulmonaire.

Une réflexion est en cours pour permettre l'identification d'événements indésirables récurrents.

Les objectifs et plans d'actions opérationnels se structurent autour des axes d'amélioration définis et des indicateurs de suivis.

Des actions correctrices sont mise en œuvre en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse de résultats, etc...).

La communication en interne est réalisée, par l'intermédiaire de staffs, et de la réunion mensuelle. Le lien de proximité permet une diffusion immédiate de l'information ascendante et descendante et une réactivité qui garantit l'effectivité de la démarche.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

A la clinique du Cèdre, les ressources en compétences (effectifs et formations), matériel, locaux et équipements ainsi que documentation sont disponibles.

Les ressources en compétences médicales et paramédicales sont en place au regard de la réglementation et de la fiabilisation des prises en charge.

Les rôles et les responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste des différents professionnels concernés.

Les médecins anesthésistes et IADE sont prévus au sein du plateau technique d'endoscopie, en fonction du programme opératoire, organisé en lien avec le bloc opératoire.

Les objectifs de formation et les compétences sont définis et disponibles : prise en charge des endoscopes, gestion des risques, implication dans le réseau...

Les professionnels exerçant sur les sites de désinfection sont formés régulièrement avec des objectifs identifiés. Un système de compagnonnage est en place pour les nouveaux arrivants, facilité par la petite taille de l'équipe et la proximité.

Les ressources matérielles et documentaires sont également supervisées par l'infirmière référente et l'infirmière hygiéniste dédiée au plateau technique.

Le local de stérilisation bien qu'étroit, est conforme à la réglementation. Un projet d'extension doit être mis en œuvre prochainement. Le local de décontamination des endoscopes est conforme et dispose d'un système de traitement d'air. Les professionnels respectent les procédures et établissent le principe de "marche en avant".

Les matériels sont conformes et les contrôles techniques sont prévus et réalisés. La maintenance curative des endoscopes est en place.

Des armoires de stockage sont disponibles ainsi que la maintenance sous vide.

La documentation est accessible dans le logiciel informatisé de gestion documentaire.

La traçabilité des endoscopes permet une enquête ascendante et descendante en cas de recherche.

Les nouvelles techniques (Co2) sont systématiquement utilisées en vue de limiter les risques et de promouvoir un confort pour le patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité d'endoscopie de la clinique du Cèdre connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, au travers des plans d'actions, de la déclinaison des bonnes pratiques et de l'implication de l'ensemble des professionnels.

L'infirmière référente assure la régulation des activités d'endoscopies en lien avec le bloc opératoire, pour les patients nécessitant une anesthésie générale, est direct et constant. L'interface avec le programme opératoire du bloc est constant et opérationnel. Cette régulation permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

Les professionnels en charge de la décontamination des endoscopes respectent les procédures et utilisent le matériel de protection nécessaire pour la réalisation de la décontamination des endoscopes.

La traçabilité est opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées : acte, matériel, nettoyage, désinfection, maintenance, contrôles et suivis.

Les interfaces logistiques, techniques et avec l'équipe opérationnelle d'hygiène sont effectives.

Les documents nécessaires sont présents dans le dossier du patient : prescription, compte rendu d'examen, ATNC, check-list (deuxième audit)...

La traçabilité du processus de désinfection des endoscopes et par patient est assurée et centralisée dans le carnet de vie de l'endoscope.

La check-list « sécurité du patient en endoscopie » est mise en œuvre et tracée. Suite à l'audit de pratique elle a été reformuler afin d'assurer la présence de tous les acteurs simultanément.

Le recueil du risque ATNC est en place.

L'information est donnée au patient sur la nature de l'acte qu'il va recevoir. Sa traçabilité est également assurée.

La fiabilisation de l'identification du patient est établie (port de bracelet, vérification concordance identité et date de naissance...).

Sur l'ensemble du secteur, les circuits sont respectés ainsi que les interfaces.

Des réunions périodiques du secteur endoscopique sont réalisées sous l'impulsion de l'infirmière référente et de la cadre du bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base de nombreux outils identifiés.

L'évaluation du processus de prise en charge en endoscopie est assurée, en particulier par l'intermédiaire de multiples audits d'applications des bonnes pratiques et de respect des procédures, en relation avec l'équipe d'hygiène et le CLIN.

L'analyse des dysfonctionnements et des événements indésirables est également réalisée, même si les professionnels déclarent peu pour ce secteur à risque.

Des CREX spécifiques sont alors mises en place, si la situation le requiert, ce qui a été le cas suite à une complication lors d'un acte permettant une aménagement du local en matière sécuritaire.

Le compte qualité a identifié la sous déclaration, relayé dans la cartographie des risques, dans son plan d'actions correctives, revu en juillet 2017.

La clinique met un accent et souhaite développer l'identification des événements porteurs de risque, ce qui permettra une optimisation du management de la prise en charge du patient en endoscopie.

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activités) est en place. Il mesure l'activité mais suit également le taux de rotation en ambulatoire.

Concernant les indicateurs qualitatifs, outre le traitement des événements indésirables, des indicateurs davantage tournés sur les pratiques en ambulatoire sont existants : conformité appel du lendemain, préparation, évaluation de la douleur, délivrance de l'information, taux de satisfaction...

Les résultats sont communiqués aux professionnels.

Un deuxième audit de check-list est en cours.

La clinique participe à une enquête nationale sur le risque infectieux en endoscopie.

La clinique s'est impliquée dans l'audit national du Groupe d'Évaluation des Pratiques en endoscopie, et des EPP (3).

Des audit portant sur : "0 bijou", patient traceur, bientraitance... ont été réalisés.

Il existe des RMM en endoscopie digestive.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre en cohérence avec les résultats analysés lors des évaluations périodiques et en fonction de l'activité (augmentation constante). Pour exemple, les coloscopies sous CO2 sont systématiques depuis les résultats d'un audit de satisfaction réalisés auprès des patients. Elle a également refondé son mode d'accueil et attente des patients suite à sa participation à l'audit bientraitance.

Les actions et les évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel.

La communication des résultats et des actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers lors des instances, des réunions de service, dans le site internet, par des affiches thématiques, au sein de la clinique.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

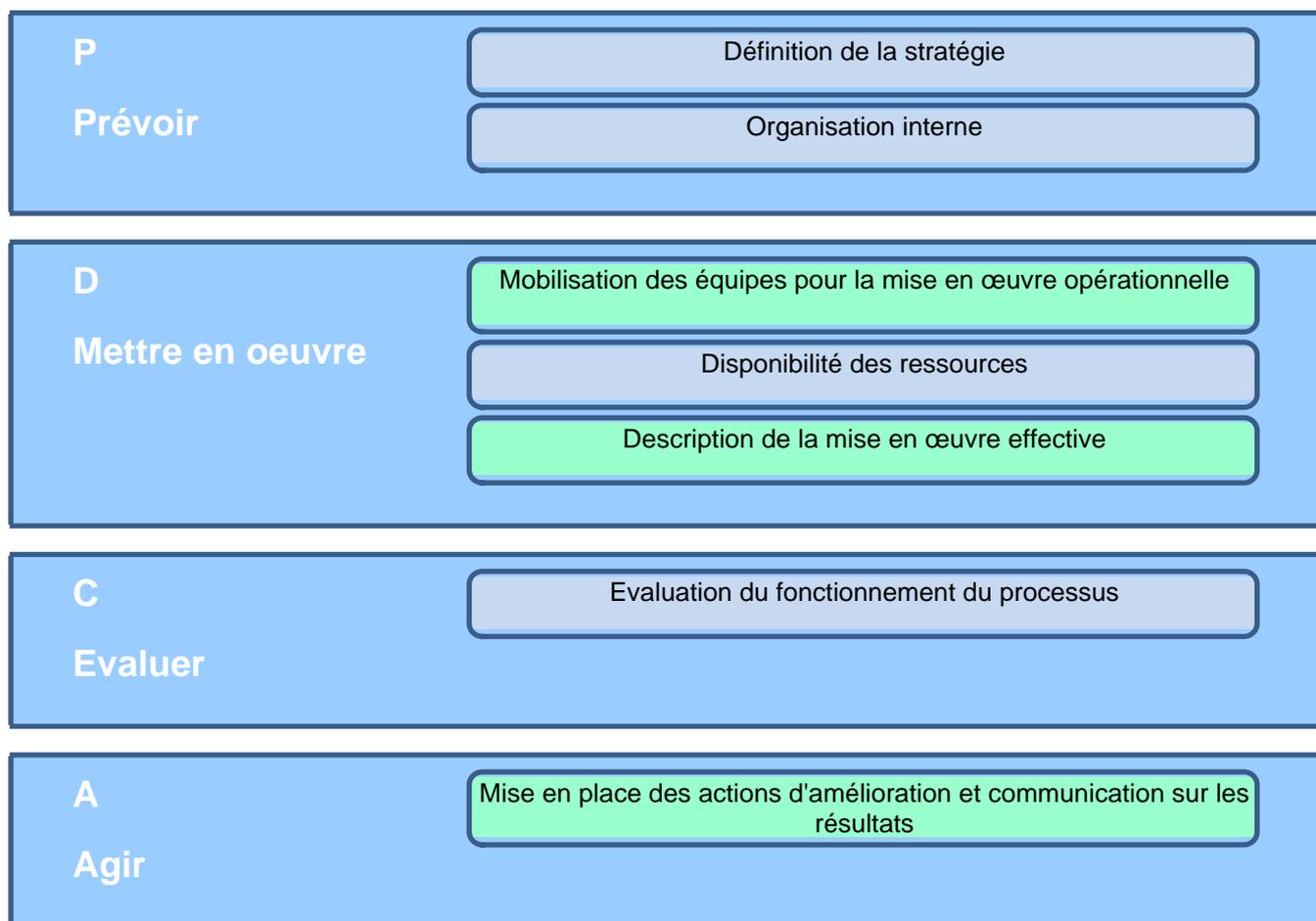
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) de la clinique du Cèdre a pour objectif de répondre aux besoins en soins infirmiers des patients issus du son territoire et de satisfaire la demande de la tutelle.

Les modes de prise en charge les plus fréquents concernent les soins palliatifs, le traitement des plaies complexes et soins spécifiques (stomies). L'HAD a pu réaliser quelques prises en charge en Chimiothérapie à domicile en collaboration avec l'unité de reconstitution des cytostatiques et la PUI de l'établissement et sur la base de protocoles validés. En effet, 12 journées ont été réalisées en 2017 pour un patient.

La priorité de la clinique se centre sur la pérennité de cette activité avec une possible augmentation de celle-ci (objectif seuil de 10 000 journées par an), sur l'optimisation des coûts, le développement des prises en charge en lien avec le parcours patient en pédiatrie, chimiothérapie, EHPAD, ESMS, la sécurité et qualité de la prise en charge ainsi que le développement de la collaboration avec les partenaires libéraux. Ces objectifs sont déclinés dans la politique du processus "gestion des équipements au domicile du patient".

L'identification des risques découle d'un état des lieux et de l'élaboration d'une cartographie des risques.

Le processus est ainsi organisé à partir d'une carte d'identité.

Dans ce contexte, les besoins ont été identifiés, puis, les risques analysés et hiérarchisés dans une cartographie, avec les professionnels de l'HAD.

Ces objectifs ont été élaborés à partir du profil des patients admis, de la demande et des besoins du territoire de santé, des exigences réglementaires, des résultats de la certification V2010, des enquêtes et audits internes, de l'exploitation des signalements d'évènements indésirables (EI).

Il existe ainsi un PAQSS HAD dont le pilote est le cadre du service. Ce plan comporte des échéances et des indicateurs de suivi. La gestion des équipements au domicile est intégrée à ce PAQSS qui comporte les ressources et modalités de suivi.

A partir de ce plan d'actions, la HAD a identifié dans son compte qualité : l'amélioration de la gestion de l'oxygène, l'identification des patients à haut risque vital, la gestion des déchets, l'assistante matériel d'urgence et 24/24, la complétude et la qualité du dossier, l'adaptation du matériel à la prise en charge et aux besoins des patients.

Cette stratégie, et la déclinaison du programme d'action priorisé associé sont validées par les instances concernées.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus qui concerne la gestion des dispositifs médicaux stériles à usage unique, les dispositifs médicaux réutilisables, le matériel de perfusion et celui fourni par les prestataires : lits, matériel de perfusion, de nutrition....

Le pilote est le cadre de santé. Il a une fiche de mission formalisée. En effet, le cadre de santé a pris ses fonctions en juillet 2016 et maîtrise l'organisation en place.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires.

Le cadre de santé assure la coordination de l'HAD. Il est assisté par une équipe de coordination composée d'un infirmier de liaison et de deux infirmiers de coordination. Il s'ajoute 8 infirmiers et 10 aides-soignants ainsi que les infirmières libérales.

L'infirmière de liaison est chargée de l'évaluation initiale des besoins avant l'admission du patient.

L'organisation d'une visite de pré-admission est systématique. Elle est adaptée selon le profil du patient.

Suite à la validation de l'admission par le médecin coordonnateur, les infirmiers de coordination organisent la mise en œuvre de la prise en charge du patient.

L'assistante sociale est concertée si besoin, tout comme les autres soins de support : psychologue, stomathérapeute, diététicienne et socio-esthéticienne

Est adjoint à cette équipe un cadre administratif.

Tous les patients sont pris en charge, avec le matériel adapté, soit par les professionnel de la clinique, soit par un infirmier libéral au domicile, selon leur demande.

Un staff hebdomadaire pluridisciplinaire est organisé. En cas de prise en charge par un(e) IDEL, une visite de coordination est réalisée par l'IDEC au domicile du patient avec la présence de l'IDEL.

Les aides soignantes de l'HAD sont sollicitées pour les livraisons chez le patient.

L'évaluation hebdomadaire des besoins est revue aux réunions hebdomadaires, de synthèse.

Une convention est signée avec deux prestataires, remise à jour dernièrement. Ils sont concernés à la fois pour le « gros matériel » : lit, matelas, lève malade mais aussi pour les approvisionnements et les livraisons au domicile du patient. Les prestataires assurent une assistance téléphonique 24H/24 en cas de problème technique.

Les modalités de fonctionnement avec les prestataires et fournisseurs, pour le matériel hôtelier et l'assistance respiratoire notamment, sont contractualisées.

La gestion des médicaments est assurée par la PUI de la clinique selon les procédures du circuit du médicament en place et sous la responsabilité du pharmacien, pour une semaine.

Les dispositifs médicaux sont fournis par la PUI et exceptionnellement par les officines de ville en fonction des demandes.

Une procédure formalise cette gestion du matériel et une autre décrit le parcours patient.

La formation en cas de nouveaux matériels est organisé avec les prestataires.

La maintenance et les échanges en cas de panne sont intégrés à la convention ou au cahier des charges des prestataires.

Pour les patients à haut risque vital, l'HAD a prévu la procédure « Patient à haut risque vital en HAD signalement sur liste prioritaire.

La matériovigilance est structurée entre l'équipe biomédicale de la clinique et le cadre de l'HAD.

L'HAD dispose d'un parc de 11 véhicules dont l'entretien courant et la gestion des réparations sont organisés. Il existe une procédure en cas d'accident.

L'HAD est rattaché au logiciel de gestion documentaire de la clinique ce qui lui permet d'accéder aux procédures transversales dont il est concerné, de diffuser au personnel HAD les documents spécifiques liés à son organisation et à son fonctionnement.

Les procédures, protocoles, conduite à tenir sont élaborés avec la participation des professionnels.

En référence au compte qualité, l'assistance 24h/24 est organisée tout comme la mise en place d'un stockage de matériel d'urgence avec une liste déterminée.

Également la gestion de l'oxygène avec la mise à jour de la convention et une procédure générale ainsi que la sensibilisation des professionnels par le pharmacien.

Le logiciel dossier patient de l'établissement vaut pour l'HAD. Il s'y ajoute le dossier de pré-admission ainsi que les documents papiers du domicile. La traçabilité est prévue et la continuité des soins est organisée pour qu'il n'y ait pas de perte d'informations.

L'HAD a mis en place un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels salariés, les professionnels libéraux, les prestataires et fournisseurs externes :

- Staffs hebdomadaires
- Rencontres périodiques avec les IDE libéraux
- Bilan annuel avec les prestataires et la direction.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables et des incidents liés aux vigilances sont organisés de même que le retour information et d'expérience.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, le cadre de santé assure la supervision de l'organisation de l'HAD.

Elle s'appuie sur la cellule de coordination composée d'une infirmière de liaison et des deux infirmières coordinatrices.

Elles sensibilisent ensemble les professionnels sur les risques et les dysfonctionnements lors des staffs hebdomadaires. Elles s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

De plus, des débriefing de coordination sont opérationnelles toutes les semaines sur la prise en charge des patients. Le lien avec les professionnels libéraux est réalisé par le cadre de la HAD et l'infirmière de liaison lors des visites hebdomadaires.

Ces temps permettent aussi d'informer sur le processus et d'échanger sur les besoins en matériel et les réajustements en fonction de l'évolution de la pathologie.

Le cadre de santé, en lien avec la direction des soins et le service qualité, communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en matière de gestion des équipements et des produits liés aux soins au domicile. Les professionnels sont tenus régulièrement informés de la progression des actions décidées par ces temps d'échanges collectifs. Ils sont impliqués dans la mise en place de nouvelles solutions d'améliorations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles.

Deux médecins coordonnateurs, un cadre de santé, une infirmière de liaison, deux infirmières coordinatrices, 8 infirmières, 10 aides-soignantes, un temps administratif en charge de la comptabilité et de l'Etude Nationale de Coût en HAD, un temps psychologue, un temps du pharmacien et les interventions possibles de la stomathérapeute, de la diététicienne, de la socio-esthéticienne et de l'assistante sociale composent l'équipe.

Les autres professionnels sont des infirmières libérales en contrat avec l'HAD pour la prise en charge des patients qui travaillent avec le matériel fourni par l'HAD, de même pour des kinésithérapeutes libéraux.

Un infirmier possède un DIU en soins palliatifs. La stomathérapeute apporte son expertise sur les plaies et cicatrisations en complément de la prise en charge.

Les professionnels de l'HAD sont formés. Leur formation est assurée en interne et en externe par les fournisseurs de matériel, par la cadre et l'équipe de coordination et le pharmacien.

Tout nouveau professionnel est formé aux soins spécifiques du domicile dont l'utilisation des DM spécifiques.

Il s'ajoute les formations prévues au plan de formation de la clinique : conduite en hiver, toucher relationnel, AFGSU, conciliation médicamenteuse d'entrée, bienveillance au quotidien...

Les ressources en matériels sont en place.

Chaque soignant de l'HAD (IDE et AS) a une mallette de matériel. Tout le matériel à la prise en charge est disponible dès l'admission et réajusté tout au long du séjour. Le matériel nécessaire à la prise en charge du patient à domicile est listé lors de la visite de pré-admission. Il est fourni par la PUI et les prestataires. La livraison du matériel est organisée en concertation avec l'équipe de coordination de la HAD. Les notices des appareillages sont à disposition de tous les professionnels y compris les libéraux.

La maintenance et l'entretien technique des véhicules est en place.

La gestion des DASRI est assurée au fur et à mesure des soins, par les équipes soignantes selon une convention et un protocole validé par le CLIN. Ce point fait l'objet d'un risque identifié dans le compte qualité

Il existe un stockage de matériel d'urgence HAD et un dispositif de dépannage en urgence (matériels,

équipements hôteliers, réparations, assistance technique).

Les professionnels ont tous accès aux modalités de signalement des EI.

Ils ont également accès aux protocoles et procédures, régulièrement actualisés, de la clinique au moyen du système de gestion documentaire informatisé, disponible en version électronique et version papier. Il existe des procédures spécifiques dont la procédure de pré-admission, la procédure de mise en place du matériel, les conventions avec les deux prestataires, certifiés ISO, le stock en urgences...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'HAD connaît et met en œuvre les organisations prévues pour répondre aux besoins logistiques des prises en charge.

Les approvisionnements sont anticipés le plus près possible de la demande d'admission par une évaluation des besoins établie l'infirmière de liaison qui recense le matériel et les produits nécessaires.

Les fournisseurs et prestataires sont contactés à l'issue de l'évaluation d'admission et mettent en place au domicile les équipements nécessaires conformément aux conventions établies, sauf pour les consommables de soins et les médicaments délivrés par la PUI de la clinique (sous la responsabilité du pharmacien de la PUI) qui sont déposés au domicile par les soignants de l'HAD.

Ce transport est réalisé dans les conditions qui garantissent la sécurité et l'intégralité des produits et du matériel : sacs dédiés et fermés ; coffres scellés pour les médicaments ; notification des conditions particulières de stockage ou d'entreposage.

Le rangement au domicile respecte les exigences d'hygiène et de sécurité, comme le confirme le patient traceur. Les infirmiers libéraux sont impliqués dans cette organisation.

Les contenants spécifiques aux DASRI sont fournis aux patients qui le nécessitent. Leur enlèvement respecte le circuit formalisé, une convention a été établie avec un prestataire en octobre 2016.

La mise en place des dispositifs et des gaz médicaux est conforme aux cahiers des charges établis avec le prestataire y compris pour les appareillages de secours et les installations en urgence.

Le patient et son entourage sont informés de la conduite à tenir en cas de panne ou de déclenchement d'alarme. Ces situations sont rapidement résolues du fait de passage du personnel soignant de l'HAD, même si les soins IDE sont réalisés par le secteur libéral.

L'interface avec la pharmacie est opérationnelle pour l'approvisionnement, de même que le « dépannage » en cas de besoin urgent.

Pour la PUI, à partir de la prescription médicale, il est constitué la dotation pour une semaine, modifiée tout le long du séjour, à partir des demandes des infirmières coordinatrices, si besoin. Les commandes partent tous les jours. En cas de prise en charge exclusive par une IDE libérale, une aide soignante assure la livraison au domicile du patient.

Lors des réunions hebdomadaires, il est réalisé la vérification et le réajustement des besoins en fonction de l'évolution des soins à effectuer. Les modifications sont communiquées à la PUI et au prestataire. La commande du gros matériel est réalisée aux prestataires par le FAX d'une « ordonnance de matériel » signée du médecin coordonnateur à partir de la liste définie l'équipe de coordination.

Les professionnels de l'HAD déclarent les EI. Ceux-ci sont analysés au fil de l'eau et déclenchent des CREX selon leur niveau de gravité. Ils conduisent aux réajustements nécessaires, notamment auprès des deux prestataires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre.

A ce titre, le cadre de santé a déterminé ses propres indicateurs, réunis dans un tableau de bord.

La satisfaction du patient sur la mise en place du matériel et sur la qualité des informations données, sont mesurées au sein des enquêtes de sortie.

Les EI font l'objet d'une analyse et de CREX, si besoin.

Les indicateurs suivis et les résultats obtenus sont présentés aux professionnels et aux instances.

A / AGIR

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

Au regard des risques identifiés au sein du compte qualité et des résultats des indicateurs suivis, des améliorations sont mises en place : procédure de mise en place du matériel, gestion des stocks d'urgences, délai retrait du matériel, mise à jour des conventions, organisation d'un staff hebdomadaire avec les professionnels libéraux...

Ces actions sont articulées avec le PAQSS institutionnel.

La communication est organisée en interne comme en externe auprès des professionnels et des usagers.