



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION ENDO LYON SUD OUEST

**5 avenue de verdun
69540 Irigny
JUILLET 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	23
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	30

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

ENDO LYON SUD OUEST	
Adresse	5 avenue de verdun 69540 Irigny
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	690027099	EURL ENDO LYON SUD OUEST	5 avenue de verdun 69540 Irigny
Etablissement de santé	690029186	ENDO LYON SUD OUEST	5 avenue de verdun 69540 Irigny

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	9

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention Clinique Charcot Convention HCL Convention Equipe sectorielle d'hygiène hospitalière Convention Pharmacie des Basses Barolles
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. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

L'établissement n'est pas assujéti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	/	/			MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

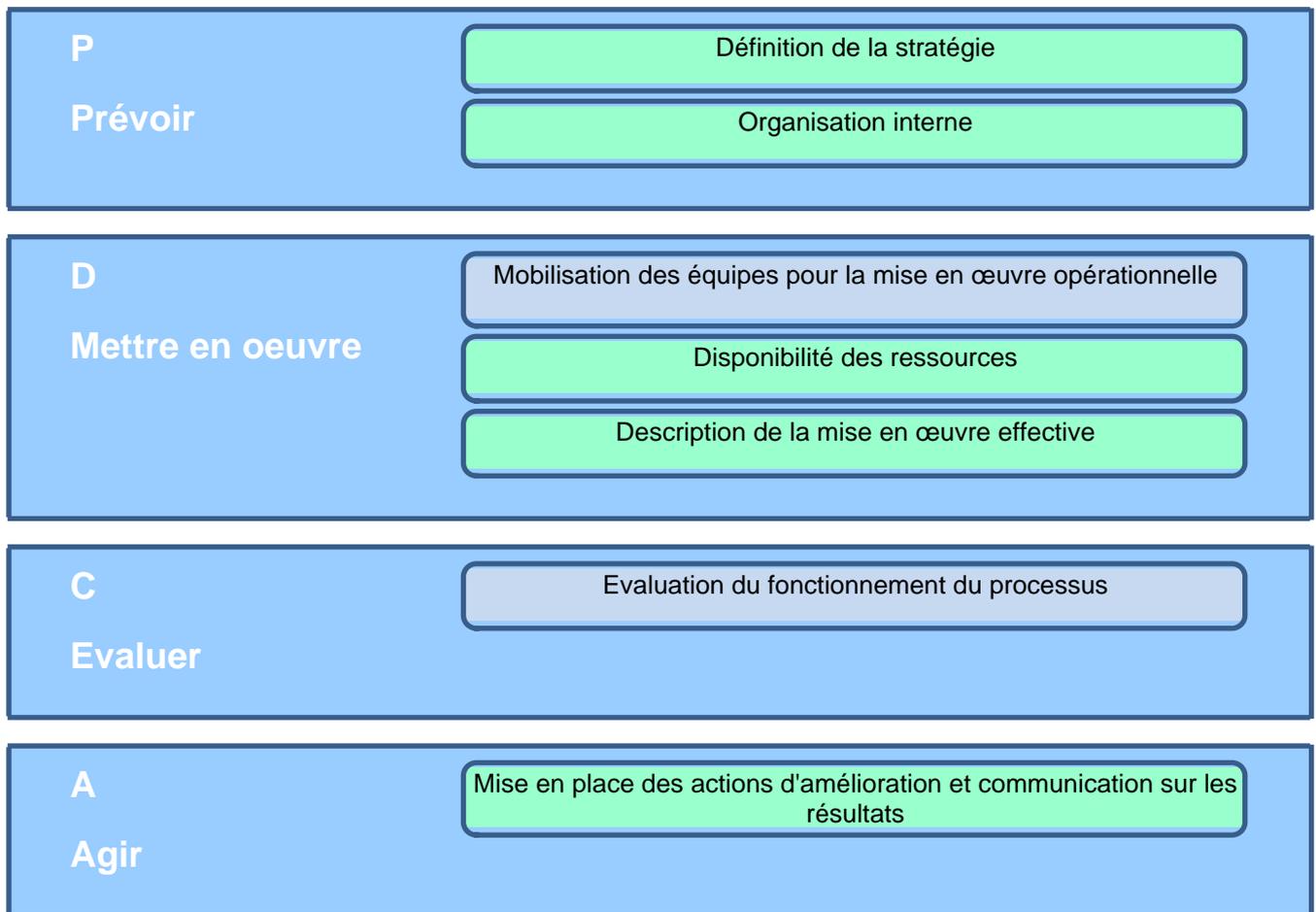
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a rédigé en 2014 la « Politique qualité au sein du centre des maladies du foie et de l'appareil digestif du sud-ouest de Lyon » permettant d'inscrire la démarche qualité comme axe prioritaire de la stratégie de l'établissement axé sur le patient.

La démarche intègre les obligations réglementaires en termes d'accréditation des médecins ainsi que la gestion de crise.

Le document « Orientations Stratégiques note de synthèse 2015 » fait état des thèmes : Prévention des risques et organisation des vigilances et Amélioration continue de la qualité des soins.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2013-2018 dans son annexe sur la Qualité et la sécurité des soins fixe des engagements en rapport avec le niveau de certification de l'établissement et avec les résultats des indicateurs IPAQSS.

Les différentes sources d'identification des risques sont : les fiches d'évènements indésirables, les scores des indicateurs nationaux, les questionnaires de sortie, les réunions d'instances, les audits et les résultats des plans d'action précédents.

La CME et le conseil d'administration sont partie prenante dans la validation de la stratégie autour de la démarche qualité gestion des risques.

Il existe une cartographie des risques à priori reprenant les items admission/sortie, bloc opératoire, sécurité du médicament, informatique, document unique et énonçant les évènements concernés, la ou les causes, la fréquence, la gravité, la criticité, le niveau de maturité et les actions de prévention, les échéances.

L'élaboration du Compte Qualité a été menée par la direction et les membres des différents groupes de travail et des instances

Le déploiement de la démarche qualité fait appel à la mobilisation des professionnels réunis en groupes de travail ou au travers des instances (CLUD, CLIN, COMEDIM etc.).

L'installation d'une nouvelle gestion documentaire électronique intégrera le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

La démarche qualité est coordonnée par un praticien Responsable de la Gestion des Risques (président du comité qualité / COMICAL). La directrice est responsable du système de management de la qualité. Des responsables des vigilances sont identifiés (matéiovigilance, identitovigilance, pharmacovigilance, infectiovigilance).

Des fiches de postes et de missions de la responsable de la Gestion des Risques et des responsables des vigilances sont en place et définissent les rôles et responsabilités de l'ensemble des professionnels en charge du pilotage de la démarche.

Les différentes instances sont en place (CLIN, EOH, COMEDIMS, CRUQ, CLUD, COVIRIS) et travaillent en coordination avec la direction de l'établissement.

Les groupes de travail comportent toujours au moins la présence d'un praticien, d'une IDE et d'une secrétaire.

Les éléments de la démarche qualité sont présentés de façon régulière aux conseils d'administration mensuels et lors de la CME.

Un représentant des usagers participant à la CRUQ est intégré au processus de réflexion sur la politique qualité sécurité des soins

Les groupes de travail et les instances sont représentés de façon multi-professionnelle avec une répartition équilibrée entre médecins, IDE et personnel administratif.

La directrice a bénéficié en 2014 d'une formation diplômante (DU qualité gestion des risques). Les professionnels bénéficient de formations en lien avec la qualité et la gestion des risques : prévention du risque infectieux en endoscopie, journée régionale sécurité des soins, compte qualité, outil de gestion des risques etc. La formation incendie est assurée.

Il existe une procédure de gestion documentaire qui fixe les règles de création, de diffusion, de modification, de suppression et d'archivage des documents du système qualité.

L'établissement dispose d'une gestion documentaire informatisée en réseau (format traitement de texte et tableur) sur la base d'une arborescence par thématique. Les documents peuvent être des procédures, des comptes rendus de réunions, des cartographies, des enquêtes. L'établissement a intégré un nouvel outil de gestion assisté par ordinateur dans lequel est intégré, en lien avec une clinique partenaire, la gestion des dispositifs médicaux. Cet outil servira à la mise en place d'une nouvelle base de données qualité gestion des risques.

La maintenance préventive et curative du matériel et des équipements est organisée sur la base de contrats de maintenance avec des prestataires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les groupes de travail sur la base de l'identification, l'analyse et la priorisation des risques correspondants aux critères qualité mettent en place des plans d'actions institutionnels en vue d'une amélioration continue. Les professionnels ont accès à la gestion documentaire disponible sur le réseau ou dans les classeurs se trouvant dans les unités.

Il existe un dispositif de gestion des événements indésirables. La fiche de déclaration des événements indésirables sous format papier est connue et utilisée par l'ensemble des professionnels. Les modalités d'utilisation sont disponibles sur la base documentaire (« procédure de gestion des événements indésirables »).

Les médecins sont engagés dans une démarche d'accréditation au travers de l'analyse d'Événements Porteurs de Risques.

L'établissement a mis en place un Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) avec un découpage par thématique (management qualité et GDR, parcours du patient, prise en charge de la douleur, logistique, GRH, politique stratégie-droits des patients, gestion du RI, gestion du dossier médical). Les derniers objectifs fixés datent du 1er trimestre 2015.

Depuis la dernière certification, la Responsable de la Gestion des Risques organise une réunion institutionnelle en fin d'année à l'intention des professionnels en vue de définir les axes prioritaires de l'année N+1 sur la base de l'identification des risques, la hiérarchisation, l'évaluation et les actions à mener. La dernière présentation faite aux professionnels date de fin 2013.

Les professionnels sont sollicités pour participer activement à la démarche globale d'amélioration de la qualité.

Les responsables des groupes de travail ou des vigilances sont garants de la déclinaison de la démarche institutionnelle sur le terrain au travers de leurs réunions. La communication peut être faite par messagerie interne. La directrice communique sur la démarche par voie d'affichage sur le tableau du personnel.

La responsable de la Gestion des Risques communique sur le programme institutionnel lors d'une réunion annuel.

L'établissement s'appuie sur des méthodes d'analyse des pratiques professionnelles : évaluation des risques à priori, suivi d'indicateurs, audit clinique, patient-traceur. Le programme EPP affiche 7 actions en place (types de démarche : audits cliniques et suivi d'indicateurs) dont une grande partie est bouclée avec atteinte de l'étape 5. La mise à jour annuelle se fera en mars 2016.

Les questionnaires de sortie sont distribués systématiquement à tous les patients dans la chambre pour être renseigné avant leur départ. Les patients doivent remettre la fiche renseignée dans une bannette à l'accueil de la salle de réveil. Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels par affichage au panneau du personnel.

La gestion des événements indésirables est opérationnelle. La coordonnatrice de la gestion des risques est destinataire de toutes les fiches. La réflexion sur le traitement des fiches peut concerner plusieurs professionnels. Une réponse au déclarant est faite sur un double en version papier. La synthèse est présentée en comité des vigilances (une fois par an). Il existe une procédure de gestion des plaintes et réclamations. L'information est à disposition des patients dans le livret d'accueil. La directrice a à sa disposition un cahier d'enregistrement des plaintes et réclamations. Aucune plainte et réclamation n'a été enregistrée mais l'information est malgré tout transmise en réunion de la CRUQ.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En dehors des formations techniques en endoscopie, certains professionnels suivent des formations dans le cadre des démarches qualité (gestion des risques, compte qualité, risque infectieux). Les compétences de professionnels de l'établissement ou d'établissements partenaires (praticien hygiéniste, ingénieur biomédical, pharmacien) permettent des accompagnements de terrain.

Les pilotes des groupes de travail ont bénéficié de formations dans leur domaine respectif.

Des EPU sont organisées à l'initiative des praticiens.

Lors de leurs deux premières semaines de présence dans l'établissement, les nouveaux arrivants bénéficient d'un accompagnement spécifique sur la démarche qualité, le dossier patient, l'utilisation de la fiche papier de déclaration des événements indésirables, etc. Les référents des vigilances sont impliqués dans cet accompagnement.

La gestion documentaire est électronique et en format papier dans un classeur dans le local IDE. L'accès est facilité par un nombre de postes informatiques en quantité suffisante pour permettre l'accès au plus grand nombre de professionnels. Un nouvel outil de gestion documentaire est en cours de déploiement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La petite la taille de l'établissement et le faible nombre de professionnels en poste facilite la mise en œuvre de l'organisation établie pour le fonctionnement interface. Les actions sont menées, partagées et tracées. La directrice assure le déploiement général de la démarche qualité. Les comptes rendus des

réunions des groupes de travail et des instances sont réalisés.
Le prestataire externe sur le nettoyage est impliqué dans l'effectivité de la démarche qualité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
<p>Des évaluations ont en place sur la satisfaction des usagers (questionnaires), sur le risque infectieux (audits), sur l'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins (audits), sur la continuité et la coordination de la prise en charge (audits de conformités du dossier), sur la douleur (enquête annuelle sur 3 mois), sur le consentement et la participation du patient (enquête annuelle), sur la prise en charge médicamenteuse (audit de bonnes pratiques), sur le système d'information (HN).</p> <p>Les résultats quantitatifs et qualitatifs du questionnaire de sortie sont transmis aux professionnels via le tableau d'affichage et donnés en réunion de la CRUQ. L'établissement envisage un questionnaire post sortie par contact téléphonique.</p> <p>Les événements indésirables recensés sont reportés dans un tableau de synthèse. L'information est transmise en CRUQ du traitement des fiches d'évènements indésirables. Il n'y a pas de plainte ni de réclamation.</p> <p>La responsable gestion des risques s'appuie sur un bilan annuel pour synthétiser la démarche sur un plan prospectif. La dernière présentation date de fin 2013.</p>

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
<p>Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en fonction des résultats des différentes évaluations. Ces actions d'amélioration seront intégrées au PAQSS en fonction des thématiques concernées.</p> <p>La communication des résultats des évaluations est faite en interne auprès des professionnels via l'affichage au panneau du personnel ou au travers des échanges lors des réunions des groupes de travail ou de toutes les instances. La communication est également faite aux usagers sur des panneaux d'affichage dans les locaux de la clinique.</p>

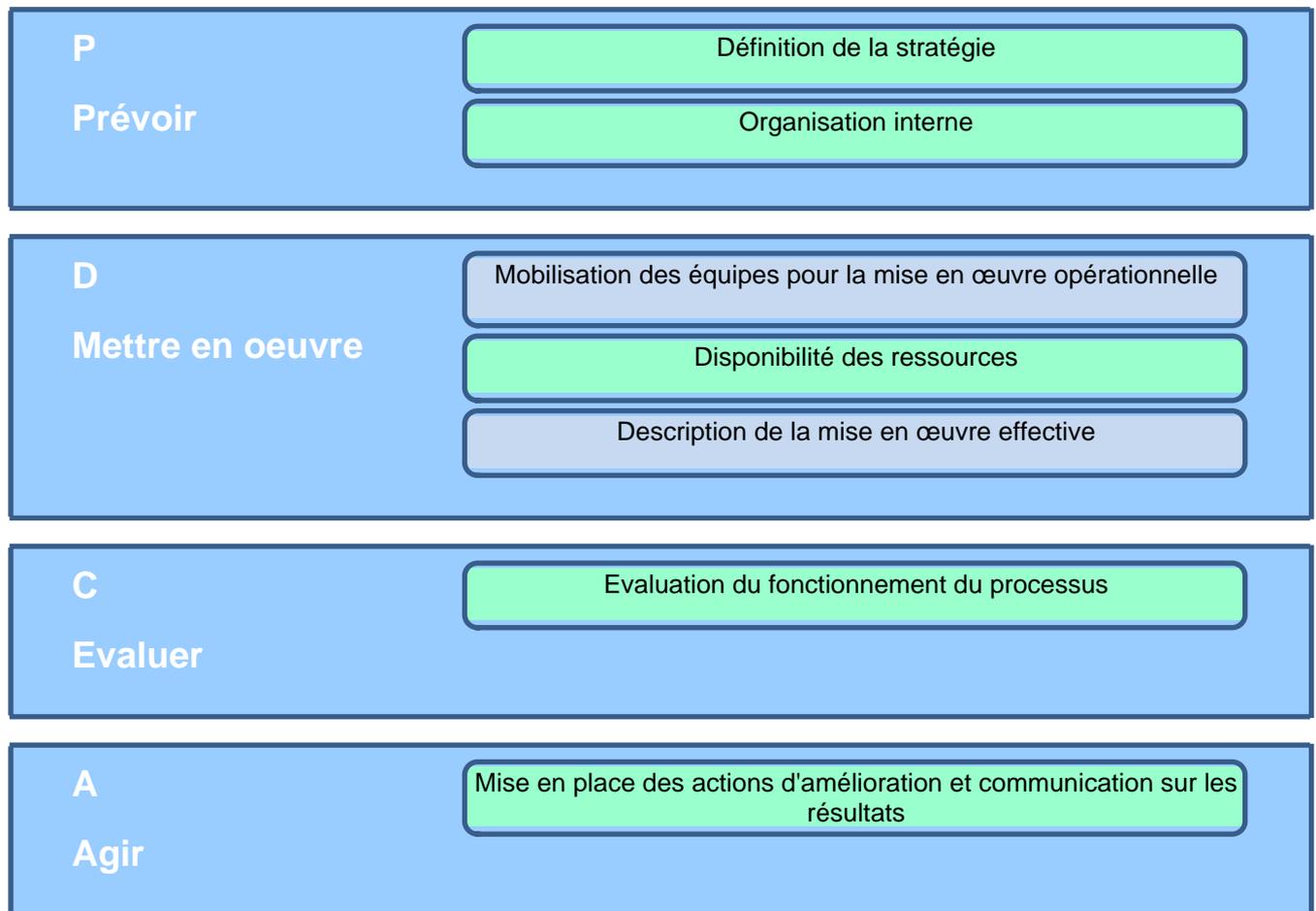
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le document « Orientations Stratégiques note de synthèse 2015 » fait état des thèmes : Respect des droits des patients, participation des usagers. La clinique est impliquée depuis son ouverture dans une démarche affichée de respect des droits des usagers et qualité de bienveillance en coordination avec les représentants des usagers.

L'établissement a élaboré une charte de bienveillance qui fixe les objectifs :

- d'engager notre bienveillance auprès du patient tout au long de son séjour
- de respecter et promouvoir les droits et libertés reconnus aux patients
- d'offrir aux patients une prise en charge adaptée
- de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles
- de garantir aux patients la compétence professionnelle de notre personnel
- de mener une politique dynamique de sécurité sanitaire
- d'organiser la continuité des soins.

Des évaluations internes ont permis d'identifier un risque lié au consentement éclairé sans spécification du parcours (consultation, endoscopie avec ou sans anesthésie). L'établissement utilise la grille HAS pour la hiérarchisation de ses risques. La charte bienveillance est le support partagé de l'engagement individuel des professionnels. Le PAQ 2015 énonce deux thèmes (évaluation de la douleur, consentement et participation) que l'établissement mène sous forme d'enquêtes.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a définie une organisation interne permettant l'atteinte des objectifs fixés. Les professionnels sont organisés dans une démarche polyvalente permettant à chacun de pouvoir s'impliquer dans la prise en charge globale du patient. La CRUQ comprend une équipe pluridisciplinaire dont deux médiateurs médicaux et deux médiateurs paramédicaux. Un représentant des usagers membres d'une association d'usagers participe depuis longtemps à la réflexion de la CRUQ. La personne chargée des relations avec les usagers est la directrice. Il existe un règlement intérieur de la CRUQ. Un médecin membre de la CRUQ est plus spécialement en charge de la réflexion autour de la bienveillance.

Les professionnels sont régulièrement informés des règles de bonnes pratiques en matière de droit des patients.

Les locaux d'attente, d'accueil et de soins ainsi que les chambres sont organisés pour préserver l'intimité, la dignité et la confidentialité.

Les règles d'accès du patient à son dossier sont indiquées dans le livret d'accueil.

Le livret d'accueil fait apparaître les règles énoncées par la charte du patient hospitalisé. Chaque professionnel est engagé à titre individuel pour répondre aux objectifs de la charte. La charte rappelle la nécessité de désigner la personne de confiance et la possibilité de rédiger des directives anticipées. L'établissement s'engage sur la prévention des infections nosocomiales. Le livret d'accueil informe de la CRUQ.

La procédure « Prévention de la maltraitance » permet de mettre en place les alertes en cas de maltraitance. Le dossier patient informatisé, de par sa caractéristique, garantit le respect de la confidentialité des données. Il existe une procédure « Hospitalisation des mineurs » rappelant les règles en matière d'autorisation parentale. La procédure de consentement éclairé est opérationnelle. Il existe une procédure de gestion des plaintes et réclamations. La direction peut-être saisie par courrier et se charge de donner une réponse au patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ensemble des praticiens, professionnels de santé et agents administratifs sont organisés pour décliner la démarche institutionnelle de respect des droits des patients. Pendant leur présence de l'entrée à la sortie, les patients sont en permanence informés sur leur état de santé par les praticiens, les secrétaires, les IDE. L'entourage est concerné par la prise en charge et peut être présent à proximité lors des examens. Une organisation est en place et proposée à l'entourage en présence d'un patient ayant des difficultés pour communiquer (langue étrangère, problème d'audition ou de parole). Les professionnels s'approprient les engagements de la clinique en termes de respect des droits des patients. La petite taille de l'établissement et le nombre peu important de salariés jouent en faveur d'une bonne participation collective sur les enjeux liés au respect du droit des usagers. La mise en application des engagements est abordée concrètement au cours des réunions d'équipes ou au cours des analyses des questionnaires de sortie quand il s'agit d'aborder un problème soulevé par un patient.

Les professionnels des différents secteurs (administratif, unités de soins) sont impliqués dans les actions

correctives en fonction des situations posées. L'aspect polyvalent de l'organisation du travail favorise la réflexion collective.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Par leur polyvalence, les IDE (accueil, soins techniques, réveil) et les secrétaires (accueils téléphonique et physique) garantissent une prise en charge globale.

La procédure "Prévention de la Maltraitance » est, comme tous les autres documents, disponible sur la base documentaire. L'ensemble des documents nécessaires au suivi de la prise en charge sur le plan du respect des droits des patients est à disposition dans les services (consentement, questionnaire sortie, prévention maltraitance etc.).

La zone d'accueil est aménagée pour respecter la confidentialité (panneau de séparation, bureau permettant un colloque singulier).

L'établissement a recours à un prestataire extérieur pour la gestion de l'hygiène des locaux. Le prestataire travaille en lien avec le CLIN.

Les conditions d'hébergement (7 chambres simples et une chambre double) contribuent largement au respect de l'intimité et de la dignité des patients. Dans la chambre à deux lits, les professionnels s'attachent au respect de la dignité et de la confidentialité.

L'IDE d'accueil facilite l'installation des patients à l'arrivée dans leur chambre. Les personnes fragiles peuvent être accompagnées de leur entourage jusqu'à la chambre .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les modalités d'admission permettent de respecter la confidentialité des informations relatives au patient : à l'entrée le patient est invité à compléter son dossier auprès du personnel administratif soit directement à la banque d'accueil soit dans le bureau fermé des admissions.

Dans la zone de bloc d'endoscopie la confidentialité, la dignité et l'intimité sont respectées depuis la phase d'accueil jusqu'à la préparation à la sortie par le médecin. La prise en charge est assurée par l'équipe pluridisciplinaire praticien, anesthésiste. Les seuls moyens de contention utilisés sont les barres de brancards en salle de réveil. Il n'y a pas de plaintes ni de réclamations.

Les patients sont informés par les professionnels (praticiens, secrétaires, IDE) sur leur état de santé durant leur séjour. La procédure de recueil du consentement éclairé permet au médecin d'informer le patient sur les risques de dommages liés aux soins. Aucun patient n'est pris en charge sans consentement écrit. Le patient est impliqué dans sa prise en charge par l'information qui lui est donnée dès la première consultation de pré admission et jusqu'à la sortie après l'intervention. L'entourage est également impliqué (explications, conseils au retour, suggestion de raccompagnement, etc.).

Le représentant des usagers est sollicité pour participer à la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins (invitation au CLIN en plus de la CRUQ). Toutefois son absence à la CRUQ n'a pas permis de profiter pleinement de sa participation. Une seule réunion en 2015 s'est tenue en présence du RU, et 2 réunions en 2014 et 2013. Pour des raisons médicales, le RU n'est que peu disponible. L'établissement en a informé l'ARS. Aucune solution de remplacement n'a été trouvée pour le moment.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les questionnaires de sortie (avec un taux de retour de 75%) sont renseignés le jour de leur présence et déposés dans une bannette de l'accueil du bloc d'endoscopie. L'analyse est transmise à la CRUQ, à la CME, aux instances concernées. Les résultats quantitatifs et qualitatifs sont affichés sur le panneau du personnel. L'évaluation de la douleur est spécifiquement réalisée tous les ans pendant une période de trois mois.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place à partir des situations à risques repérées dans les fiches d'évènement indésirables, des questionnaires de sortie (outil principal d'évaluation), des discussions en CRUQ. La CRUQ est informée des actions correctives déclenchées suite à d'éventuelles situations à risques.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

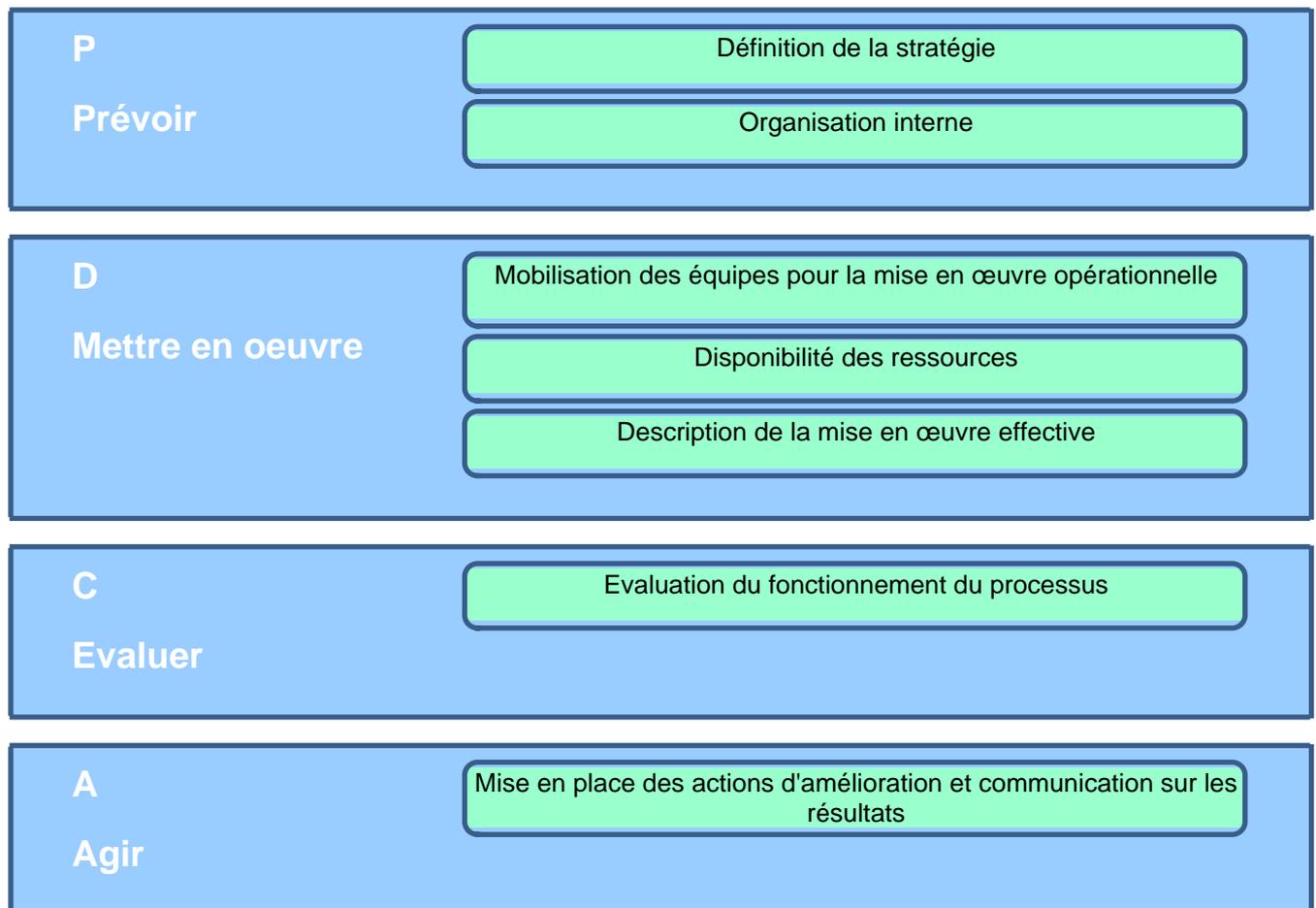
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

L'établissement est une structure d'hospitalisation ambulatoire de neuf places. Le CPOM 2013-2015 intègre les orientations nationales et du territoire de santé dont la fluidité de la prise en charge des patients et les interfaces ville/établissement ainsi que les coopérations dans le cadre des RCP. L'autorisation de chirurgie a été transformée en autorisation de médecine en juillet 2013. L'établissement a adapté l'offre de prise en charge en raison de l'augmentation des demandes d'examen de dépistage liées aux campagnes nationales.

L'annexe "Qualité des soins" précise les engagements pour la certification et les résultats des IQSS. La note de synthèse des orientations stratégiques 2015 fait mention du plan cancer pour le dépistage et la filière de prise en charge avec la clinique partenaire. Le programme annuel qualité est validé par la CME.

Le parcours patient est figuré par un logigramme en six étapes (indication de l'acte endoscopique et consentement, accueil et admission, organisation de la prise en charge, acte d'endoscopie, surveillance, sortie). Trois types de parcours ont pu être observés : la consultation, l'hospitalisation ambulatoire avec ou sans anesthésie. Trois réunions portant sur la thématique du "Parcours Patient" se sont tenues en 2014 pour établir une cartographie des risques a priori et recensant toutes les étapes du parcours.

Un plan d'action est élaboré à partir des risques identifiés. Néanmoins, tous les risques a posteriori identifiés et les actions associées n'apparaissent pas dans le plan d'action (exemple de l'EPR relative à la difficulté de compréhension du français ayant conduit à une réflexion sur la présence d'accompagnants).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Un organigramme précise les responsabilités des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs. Les personnels bénéficient de formations internes et externes. Les effectifs sont en adéquation avec les besoins nécessaires à la prise en charge des patients et intègrent les temps de formations.

Il n'y a plus de PUI ni de pharmacien. Les patients, qui séjournent de 3 à 4h dans l'établissement, ne reçoivent aucun médicament à l'exception des drogues d'anesthésie. Un praticien gastro-entérologue est responsable de l'approvisionnement en médicaments et une IDE est chargée des missions en lien avec le médicament.

Les locaux sont adaptés, confortables et entretenus par une société prestataire. Le service dispose de chambres individuelles (équipées de vestiaire sécurisé), d'une salle d'examen pour la proctologie, attendant à un petit salon d'attente et deux salles d'endoscopies dont une dédiée aux endoscopies sous anesthésie générale. L'établissement dispose d'une ESET. La maintenance préventive et curative est organisée.

La gestion documentaire est informatisée en réseau, elle est en cours d'évolution pour une dématérialisation totale. Des protocoles ont été élaborés pour décrire les différentes étapes de la prise en charge des patients.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En aval de la démarche institutionnelle et de la cartographie des risques, le PAQ 2015 décline la continuité et la coordination de la prise en charge et l'organisation de la sortie. Les professionnels de terrain sont impliqués dans la mise en œuvre. En cas de besoin ou de survenue d'événement indésirable, des actions correctives sont mises en place et les protocoles sont mis à jour.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Deux IDE ont suivi en 2011 une formation "soutenir le patient lors de l'annonce d'un diagnostic grave". Un médecin a pu initier l'hypnose.

Les locaux et les équipements nécessaires sont disponibles. Les consommations de matériels sont suivies et les approvisionnements assurés. Un chariot d'urgence est à disposition en cas d'urgence vitale. Un responsable biomédical de la clinique partenaire affecté à temps partiel a développé une GMAO pour le parc de matériel. Les protocoles sont accessibles à tous les professionnels concernés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient est organisé, de la pré-admission ou de l'admission jusqu'à la sortie. Les patients sont admis dans la structure en fonction de leur score de risque anesthésique ASA et dirigés vers la clinique partenaire pour un score ASA égal ou supérieur à 3. Le temps de séjour du patient est

compris entre trois et quatre heures. Les circuits mis en place assurent la communication entre les cabinets de consultation, le secrétariat, le secteur ambulatoire et les médecins traitant. L'évaluation initiale est réalisée et tracée. Le consentement éclairé requis est tracé. Il existe des procédures d'autorisation pour les patients mineurs et les adultes protégés. Les différents professionnels tracent dans le dossier. Des collations adaptées sont proposées pour les patients suivant des régimes alimentaires. Les temps d'annonce de diagnostic grave sont adaptés au risque suicidaire. La sortie des patients est validée par le médecin gastroentérologue et l'anesthésiste. Le compte-rendu est adressé le jour même au médecin traitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours patient se fonde sur la satisfaction du patient, sur le délai de transmissions des résultats au médecin traitant et sur le taux de mutation d'ambulatoire en hospitalisation conventionnelle. Les évaluations sont régulières (IQSS et benchmarking). L'établissement exploite aussi les déclarations d'événements indésirables.

A / AGIR

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

En aval des évaluations, des actions d'amélioration sont mises en place (acquisition de matériel réduisant le risque hémorragique, sécurisation de l'identification des prélèvements anatomopathologiques, amélioration des conditions de travail des secrétaires par la dictée vocale numérique...). Les résultats sont communiqués auprès des professionnels et des usagers.

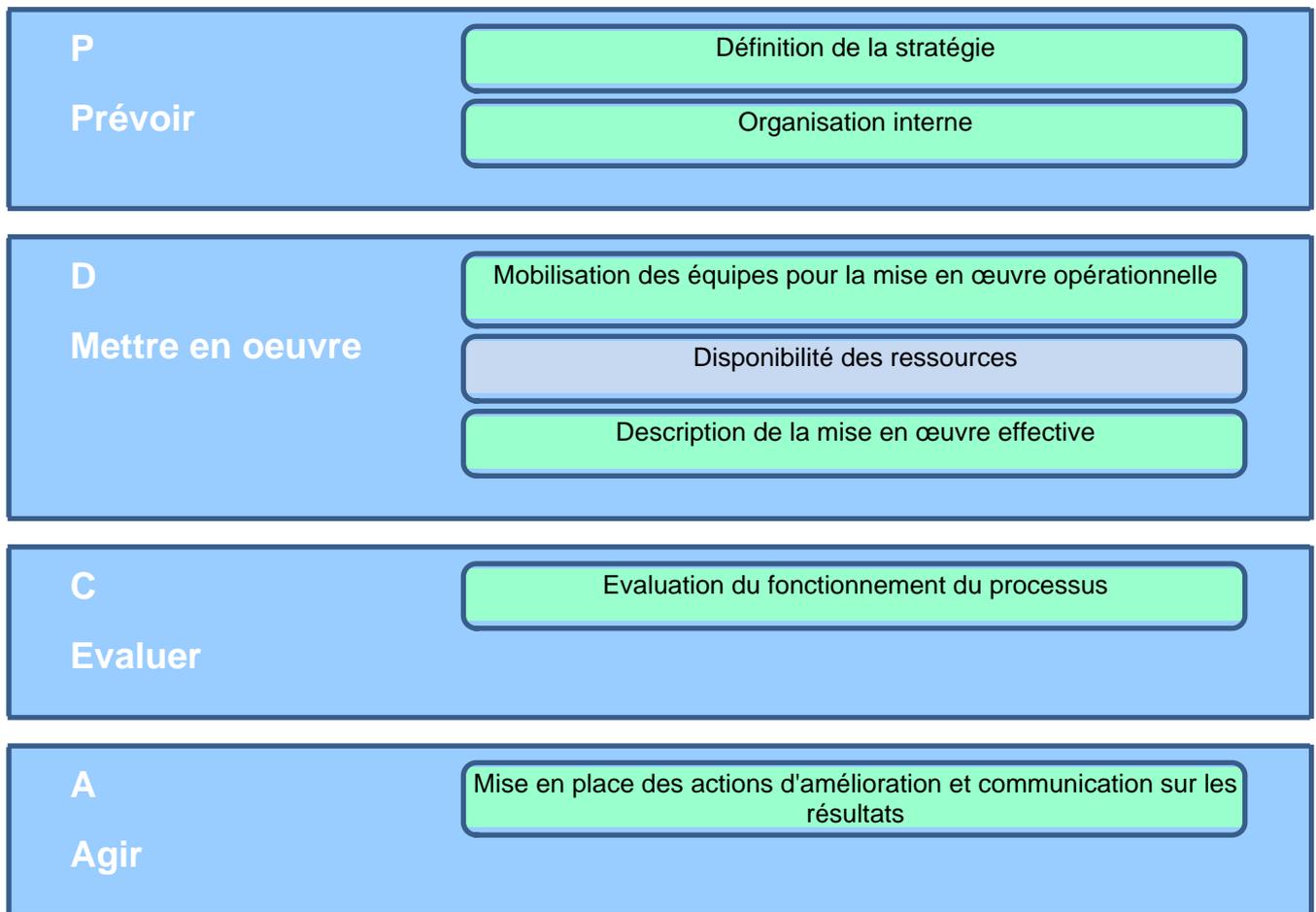
DOSSIER PATIENT

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 un engagement de l'établissement sur la « qualité du dossier patient » figurant dans les « Orientations Stratégiques note de synthèse 2015 ». Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2013-2018 énonce des engagements de la clinique sur la mise en œuvre du dossier patient informatisé avec des attentes en termes de règles d'accès, de gestion de la confidentialité, d'identitovigilance, de fonctionnement en mode dégradé, d'accès personnalisé avec mot de passe. Un schéma directeur du système d'information est un objectif à atteindre permettant la définition de l'ensemble des prérequis pour l'organisation optimum du dossier patient informatisé. En 2011, l'établissement atteint son objectif d'informatisation à 100% du dossier patient informatisé. Une nouvelle solution informatique a été choisie par un groupe de travail interne multi-professionnel en lien avec une clinique partenaire dans laquelle travaillent certains praticiens de l'établissement. La solution déployée intègre le dossier administratif et le dossier médical. Une cartographie des risques a été élaborée tenant compte de cette informatisation. Un extrait est reproduit dans le Compte Qualité (traçabilité du consentement éclairé).

ORGANISATION INTERNE

Le groupe de travail qui pilote la thématique « dossier patient » est composé du médecin président de CME (par ailleurs référent identitovigilance), d'une IDE et d'une secrétaire. Le médecin Coordinatrice des Risques et la directrice de l'établissement responsable du déploiement de la qualité sont garants de l'administration du dossier informatisé en liaison avec le prestataire informatique qui attribue les droits. Les professionnels administratifs et de santé et les praticiens libéraux partagent un dossier patient commun et uniformisé. La procédure « constitution du dossier patient et règles de saisie » fait apparaître l'ensemble des règles de constitution du dossier de l'admission à l'archivage : structure, constitution (consultation, admission, examen, sortie), responsabilités, règles d'identification des patients. Il existe une procédure « accès au dossier patient » concernant spécifiquement les médecins, les IDE et les secrétaires. La procédure "Accès au dossier du patient - Rôle et responsabilités des différents intervenants" décrit le rôle des intervenants dans l'utilisation du dossier pendant la prise en charge. La formation des professionnels à l'utilisation du dossier patient, y compris lors des mises à jour et aux règles de bonne pratique est organisée. Les mises à jour donnent lieu à des informations assurées par l'éditeur. Une organisation prévoit l'accompagnement des nouveaux arrivants. Le dossier est informatisé à 100% hormis le document de consentement éclairé et la traçabilité de la désinfection. Les moyens matériels et les équipements sont à disposition en nombre suffisant pour permettre cette couverture. Les praticiens libéraux sont en capacité d'utiliser sur ordinateur portable le dossier patient informatisé en dehors de la clinique. L'organisation architecturale du réseau informatique prévoit une solution de dépannage (ordinateur de secours) en cas de panne informatique. Un contrat lie l'établissement avec un prestataire lui permettant un accès à distance et des interventions sur site dans des délais courts. La totalité des documents entrants en version papier est numérisée et, soit détruite soit restituée au patient. L'organisation de l'accès du patient à son dossier est en place (procédure « demande d'accès au dossier médical ») et l'information correspondante apparaît dans le livret d'accueil du patient. L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance et le recueil des directives anticipées est donnée dans le livret. La confidentialité de l'accès aux données est sécurisée par l'attribution de droits d'accès individuels comprenant un identifiant et un mot de passe. Toutefois, cette sécurisation n'est pas totalement garantie du fait de l'absence de procédure de changement régulier de mot de passe. L'établissement ne dispose pas de charte informatique à l'intention des utilisateurs rappelant les principes de sécurité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La directrice de l'établissement s'assure de la mise en œuvre sur le terrain de la stratégie autour du dossier patient en lien avec le groupe de travail spécifique dossier patient (médecin, IDE, secrétaire). L'ensemble des utilisateurs a connaissance des règles de bonne pratique. Des notes de service et des affichages assurent l'information des actions en vue de la prévention des risques spécifiques identifiés (en particulier défaut de traçabilité). La formation des professionnels à l'utilisation du dossier patient a été mise en place lors du passage à la version totalement informatisée en 2011. Les mises à jour donnent lieu à des informations assurées par l'éditeur. Les nouveaux arrivants sont accompagnés pendant deux semaines et disposent d'un support papier et de règles spécifiques métier dans un didacticiel intégré à l'

application informatique. Un audit annuel multicritères est réalisé sur 60 dossiers (procédure « dossier patient évaluation de la qualité des dossiers »). Il permet après contrôle de renforcer les équipes sur la bonne tenue des dossiers.

La période d'accompagnement en doublon après l'embauche de nouveaux collaborateurs comporte un volet de suivi des connaissances de base liées au dossier patient informatisé. Des actions correctives sont mises en place avec les professionnels en fonction des résultats d'audit ou de retour d'éventuel évènement indésirable.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les équipements nécessaires à la bonne tenue du dossier patient en termes de disponibilité d'accès aux données (nombre de postes informatiques) sont à disposition en nombre suffisant au secrétariat et dans tous les services médico-techniques. La salle serveur dispose d'une infrastructure assurant la protection des données (mirroring). Un serveur secondaire est en place dans une salle distante permettant le relai en cas de panne (mode dégradé). Pour l'accès aux données du dossier patient informatisé, tous les professionnels bénéficient d'un identifiant personnalisé paramétré par le prestataire sur consignes de la direction. Des droits sont différenciés par métier. Les praticiens bénéficient de modalités spécifiques leur permettant sur ordinateur portable l'accès aux données informatisées depuis l'extérieur de l'établissement. Le dossier patient informatisé intègre des données issues de certains examens complémentaires (laboratoire) et des réflexions sont en cours sur l'intégration de l'imagerie. Les procédures actualisées sont disponibles dans les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles dictées par la procédure « Constitution du dossier patient et règles de saisie » sont appliquées par l'ensemble des professionnels de la clinique et par les praticiens libéraux depuis la consultation préalable à l'admission jusqu'à la sortie, incluant les courriers à l'intention des correspondants externes (médecins adresseurs). Les procédures « accès au dossier patient » et « demande d'accès au dossier médical » sont en place et utilisées. Les professionnels s'assurent du respect des règles de bonnes pratiques en matière d'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge (accueil, salle d'accueil et de réveil, bloc d'endoscopie, sortie).

La traçabilité des informations dans le dossier patient par tous les professionnels lors de toutes étapes de la prise en charge est effective :

- Accueil (données administratives, personne de confiance et à prévenir, courrier de consultation de préadmission examens complémentaires etc.)
- Salle d'accueil (vérification de l'identité, préparation à l'anesthésie, constantes, traitement médical, etc.)
- Pendant le geste opératoire (check-list endoscopie, constantes, n° des DM, gestes techniques, etc.)
- Salle de réveil (constantes)
- A la sortie (courrier de sortie, traitement médical, etc.)

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont peu importantes (5 par an en moyenne). La procédure fixe un délai de huit jours ou bien 2 mois si les dossiers sont antérieurs à 5 ans. Les délais sont respectés.

Le dossier patient est totalement informatisé depuis 2011. Depuis cette date, l'accès des données à l'ensemble des professionnels est instantané et partagé en temps réel. En cas de ré-hospitalisation des patients dont les dossiers sont antérieurs à 2011, les données administratives sont récupérées dans le nouveau logiciel informatique et les données médicales papier sont sorties des archives médicales.

Les courriers de sortie des patients sont transmis aux correspondants le jour même de leur sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La procédure « dossier patient évaluation de la qualité des dossiers » fixe des objectifs de vérification annuel systématique de 60 dossiers tirés au sort et analysés par 6 médecins gastro entérologues sur 16 critères parmi lesquels CNI, consentement éclairé, check-list, pose cathéter, avis cardio, etc.). L'établissement fixe un taux de bonnes réponses de traçabilité.

Lors des demandes d'accès au dossier médical l'établissement suit le nombre et évalue les délais de transmission des dossiers patients. Les évaluations sont transmises lors du bilan annuel de la CRUQPC.

Les résultats enrichissent le tableau de bord des indicateurs.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux résultats des évaluations pour corriger les écarts et l'information est transmise lors du bilan annuel de la CRUQPC.

Les actions correctives sont décidées par le groupe de travail dossier patient qui sensibilise les

professionnels via une note de service ou par l'affichage au tableau du personnel. Les informations sont communiquées lors des conseils d'administration (un par mois) et en CME.

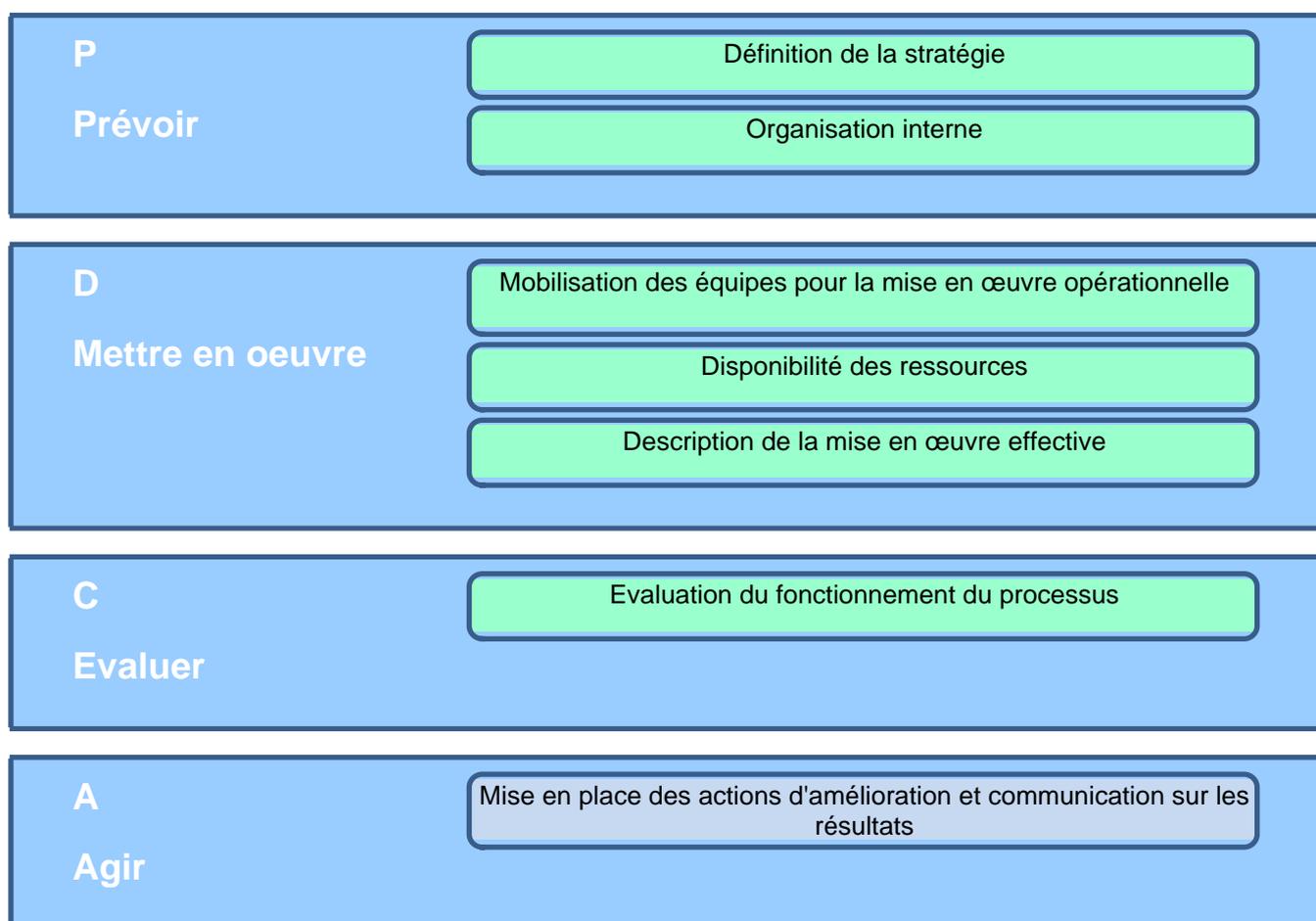
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement ne dispose pas d'une PUI et comme acté dans le dernier CPOM 2013-2018, avec effet au 1/01/2015, l'établissement ne dispose plus d'un CBU. Les axes de la politique du médicament (IPAQSS, prévention des erreurs médicamenteuses, évaluation annuelle du traitement personnel, organisation de la gestion des médicaments à risques ou de la prise en charge des patients à risques, traçabilité de l'administration des médicaments et évaluation) ont été déclinés dans le PAQ. Dans le contexte d'une activité opératoire ambulatoire, les objectifs élaborés et risques identifiés tiennent compte du contexte : cette politique est validée par le Conseil d'Administration et la CME. Les dispositions spécifiques au sujet âgé sont intégrées à la politique générale (avec prise en compte du faible nombre d'interactions médicamenteuses en raison de la nature des prescriptions : absence d'utilisation de médicaments à élimination rénale, actions ciblées sur les anticoagulants, une population accueillie d'un âge moyen de 58 ans, l'adressage des patients d'ASA 3 à la clinique partenaire). Un travail commun a été réalisé avec la PUI de la clinique clinique partenaire sur la GDR du médicament lié à l'informatisation. La cartographie des risques comporte l'analyse de onze étapes liées au circuit et à l'utilisation du médicament dont les médicaments à risque et les patients à risque.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation spécifique, adaptée à l'établissement est en place. Des conventions mises à jour sont établies : convention établie avec la PUI de la clinique partenaire dans laquelle les médecins gastro-entérologues travaillent à temps partagé ; convention de dépannage avec une office de ville. Un médecin gastroentérologue est nommé responsable du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse, elle est aussi désignée coordonnateur de la gestion des risques. Le COMEDIM est en place. Il dispose d'un règlement intérieur. Les missions de ses membres sont définies. Sur l'organigramme, apparaissent les missions spécifiques et les responsabilités. Une IDE dispose de missions spécifiques en lien avec la gestion du médicament et des DMS (commande, suivi des stocks, contrôles des périmés, du suivi des signalements, etc), cette mission apparaît sur l'organigramme. Depuis cette année, un temps dédié lui est accordé pour cette activité. L'établissement dispose d'une procédure d'approvisionnement en urgence. Des fiches de poste des praticiens élaborées en fin d'année dernière ont été validées, le temps consacré à leurs missions spécifiques (pharmaco vigilant) n'y est pas valorisé. Depuis cette année, un temps dédié a cependant été attribué à une IDE référente du circuit du médicament.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (rappels de bonne pratiques et informations régulières). Le médecin responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations relatives aux médicaments d'urgence, aux Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin et aux immunosuppresseurs ont été organisées en 2014. Une formation sur les médicaments cardiotropes a été assurée par un médecin anesthésiste en 2015. Les locaux sont adaptés et sécurisés, les documents de référence sont accessibles et mises à jour. Un nouveau logiciel du dossier patient intègre les fonctionnalités utiles au médicament. Un livret thérapeutique mis à jour en 2014 est à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Des items bloquants ont été paramétrés dans le cadre d'une vigilance informatique pour les allergies. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. Un suivi de consommation du matériel d'endothérapie est en place depuis 2015. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risque sont respectées. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses s'inscrit dans la démarche institutionnelle des Événements Indésirables ou des EPR pour l'accréditation des médecins.

Le COMEDIM se réunit régulièrement, produit des compte-rendus, établit un bilan et un programme annuels d'activité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du circuit du médicament et le suivi de la mise en œuvre des actions sur la base d'outils identifiés. Les indicateurs de suivi retenus sont ceux de conformité aux bonnes pratiques.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (modifications des procédures concernant les alertes ANSM et les Conduites à Tenir en cas d'EI, contrôle de la chaîne du froid pour les médicaments le nécessitant, gestion automatisée des stocks...). L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

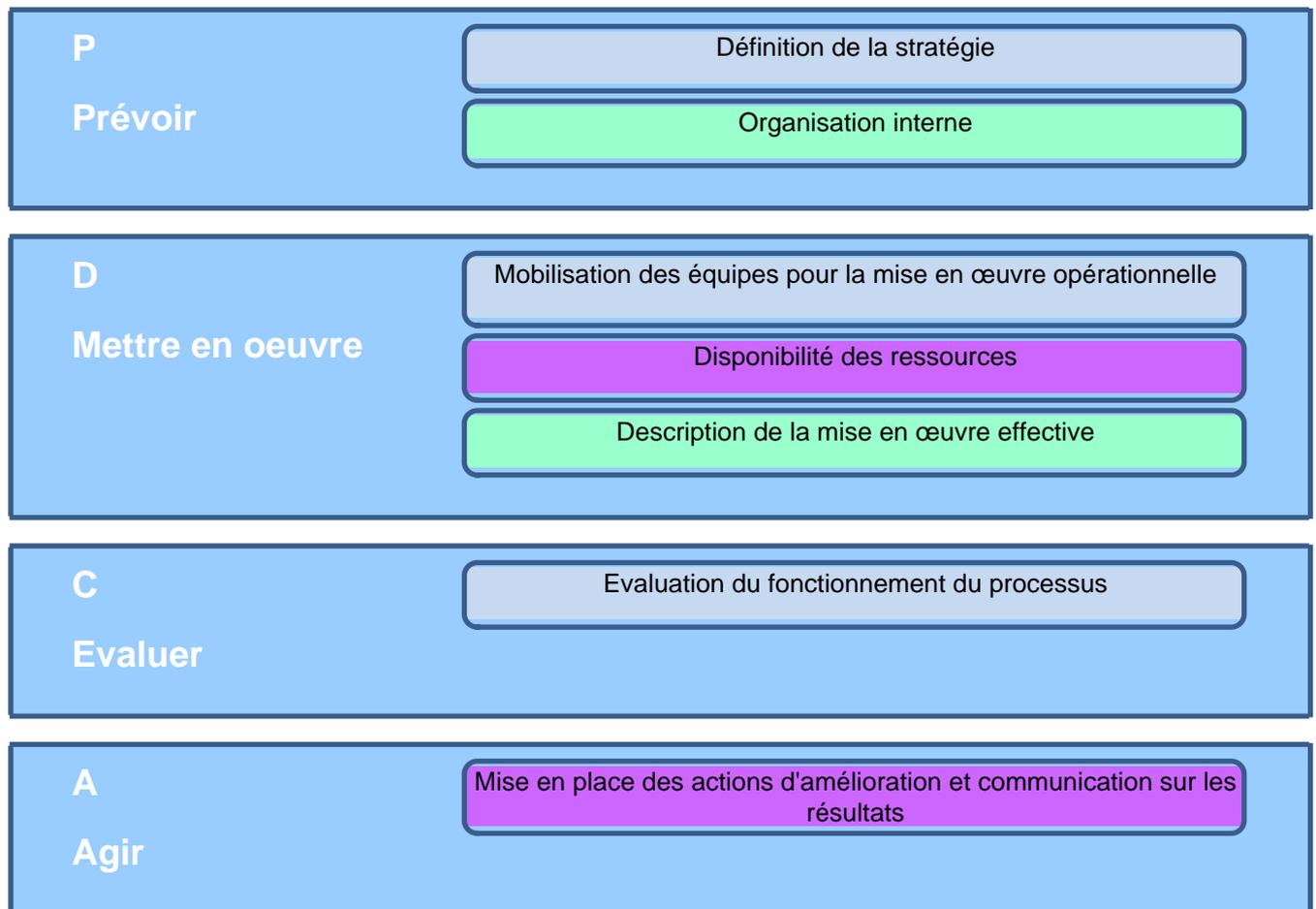
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie propre au secteur d'endoscopie est validée par les instances qui se réunissent régulièrement. Celle-ci intègre la gestion du risque infectieux, dont la stratégie a été formalisée en coordination avec un PH hygiéniste détachée d'un établissement public partenaire.

Les risques, propres à l'établissement, sont hiérarchisés selon des grilles de fréquence/gravité. La politique est établie en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et les IDE correspondantes.

Le plan d'action adopté en conséquence comporte le nom des responsables, les actions à mettre en œuvre et les indicateurs de suivi. Il est réajusté annuellement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage des activités d'endoscopies et du risque infectieux est défini et opérationnel. L'organisation est également définie. Le bureau du CLIN se réunit régulièrement. Le CLIN se réunit en plénière et des groupes de travail en hygiène sont constitués. Les rôles et responsabilités sont identifiés et apparaissent dans l'organigramme. Les circuits des différentes activités (consultations, examens proctologiques, échographies, endoscopies sans anesthésie ou avec anesthésie) sont définis dans le cadre d'un pilotage commun. Les ressources humaines, matérielles et documentaires sont adaptées. L'organisation du bloc (ouverture de salle, préparation de l'intervention, arrivée du patient, transport, accueil au bloc, entrée en salle, induction, installation, geste technique, passage en SSPI) a été déclinée en autant de procédures ou de check-lists que d'étapes. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le bon usage des antibiotiques est promu et contrôlé. Les personnels sont associés au choix des matériels (cathéters sécurisés,...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'actions déclinée depuis la stratégie institutionnels sont mis en œuvre. La participation médicale au CLIN est assidue. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Les responsables endoscopies et hygiène s'assurent de la conformité des pratiques et des actions correctives sont déployées si nécessaire. L'accréditation en équipe a été initiée pour les gastroentérologues cette année. Une cellule de gestion de crise a déjà été réunie, elle est opérationnelle. La coordination entre professionnels et secteurs d'activité est effective. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose des ressources en compétences, matériel (automatisation du traitement des endoscopes, acquisition d'ESET, entretien préventif et curatif du parc de matériel...) et documentation nécessaire à la sécurisation de la prise en charge en endoscopie. Les besoins en compétences sont anticipées au regard de l'activité. Les activités sont régulées pour garantir le respect des programmations et la sécurité du patient (les patients de score ASA 3 sont adressés à la clinique partenaire).

Les nouveaux professionnels bénéficient d'un encadrement et de formations adaptées. Les personnels suivent régulièrement des formations dont certaines peuvent être assurées en interne par les médecins ou par les fabricants de matériel à l'occasion de nouvelles acquisitions. L'ingénieur qualité de la clinique partenaire est présent une demi-journée par mois, il a mis en place récemment la GMAO. La démarche qualité est documentée, actualisée et basée sur des connaissances enrichies par les compétences des professionnels (société savante...). Les professionnels ont accès aux procédures actualisées, validées et issues des bonnes pratiques des sociétés savantes. Les locaux de traitement des endoscopes sont adaptés au principe de la marche en avant et sont équipés du matériel et des machines nécessaires à toutes les étapes de traitement. Ils présentent les caractéristiques optimales de condition d'hygiène.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée. Toutes les activités sont tracées ; les professionnels ayant recours à des check-lists tant pour la prise en charge du patient que pour la vérification et l'utilisation du matériel. Les contrôles sont assurés. Des plans d'échantillonnage de prélèvements sont en place. Les éléments permettant le rappel patients sont tracés dans le dossier patient et mentionnés dans les compte-rendus remis au patient. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés, font l'objet de RMM, déclaration EPR. Une hotline est fonctionnelle.

En revanche, quelques pratiques observées ne sont pas conformes en matière de prévention du risque infectieux. Le port d'alliance et l'usage de surchaussures sans SHA à proximité des opérations de port et de retrait ont été observés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les outils d'évaluation et de suivi de mise en œuvre sont déployés (audits de pratiques, taux de conformité de remplissage des check-lists, de la prescription médicamenteuse, de la désinfection et du stockage des endoscopes, comparaison des taux de polypectomie/coloscopie aux résultats nationaux). L'établissement réalise périodiquement ses propres audits et en tire les conclusions en matière de mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les prescriptions d'antibiotiques en antibioprophylaxie sont suivies par molécule et quantitativement. Les commentaires d'un compte-rendu de CLIN font état d'une baisse de prescriptions en antibioprophylaxie (l'objectif annoncé étant sa suppression).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels (sécurisation de l'identification des prélèvements anatomopathologiques, acquisition d'une ESET....). Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Les résultats sont diffusés aux professionnels et appropriés. L'analyse des résultats obtenus conduit à réajuster la politique. L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et actions mises en place. Le responsable du processus endoscopie est engagé auprès des sociétés savantes et de la commission hygiène de la SFED. Le PH hygiéniste intervenant à temps partiel travaille en étroite collaboration avec les professionnels de l'établissement, elle est responsable des signalements auprès des tutelles. L'IDE du réseau intervient aussi régulièrement auprès des référentes locales une fois par mois.