



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE NEPHROLOGIQUE
SAINT EXUPERY**

29 rue Emilie Lecrivain
31077 Toulouse

MARS 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	18
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	33

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 NEPHROLOGIQUE SAINT EXUPERY	
Adresse	29 rue emilie lecrivain 31077 Toulouse
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	310000617	CLINIQUE NEPHROLOGIQUE SAINT EXUPERY	29 rue emilie lecrivain 31077 Toulouse
Etablissement de santé	310793435	UAD VILLEFRANCHE	Route de revel 31290 Villefranche De Lauragais
Etablissement de santé	310796776	UAD REVEL	Impasse du forum 31250 Revel
Etablissement de santé	310006481	UAD BALMA	12 avenue charles de gaulle 31130 Balma
Etablissement de santé	310793419	UAD SAINT GAUDENS	367 route de saint-plancard 31800 Saint Gaudens
Etablissement de santé	310793807	UAD BRAX	Rue laspiaceres 31490 Brax
Etablissement de santé	310782016	CLINIQUE NEPHROLOGIQUE SAINT EXUPERY	29 rue emilie lecrivain 31077 Toulouse
Etablissement de santé	310793401	UAD BESSIERES	Chemin des prieurs 31660 Bessieres

Etablissement de santé	310018684	UAD TOULOUSE SANS	Rue prends-y-garde 31300 Toulouse
Etablissement de santé	310796768	UAD LUCHON	5 cours des quinconces 31110 Bagnères De Luchon
Etablissement de santé	310794532	UAD BASSO CAMBO	46 avenue général de Gaulle 31100 Toulouse

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de séances de dialyse
MCO	Médecine	36	53083

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
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	Unité de dialyse	Trt insuf rénale chronique par épurat extra rénal	programmé	dialyse avec éducation thérapeutique ou dialyse dom	MCO
2	Adulte	Svce Médecine ou svcee de Soins Continus/intensifs	urg. néphrologiques-métaboliques/ pathologie rénal	urgences	Simple , hosiurgence avec TIUIM en salle explo	MCO
3	Adulte	Service de dialyse	Trt insuf rénale chronique par épurat extra rénal	programmé	Complexe, accueil tempo patient de passage région	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

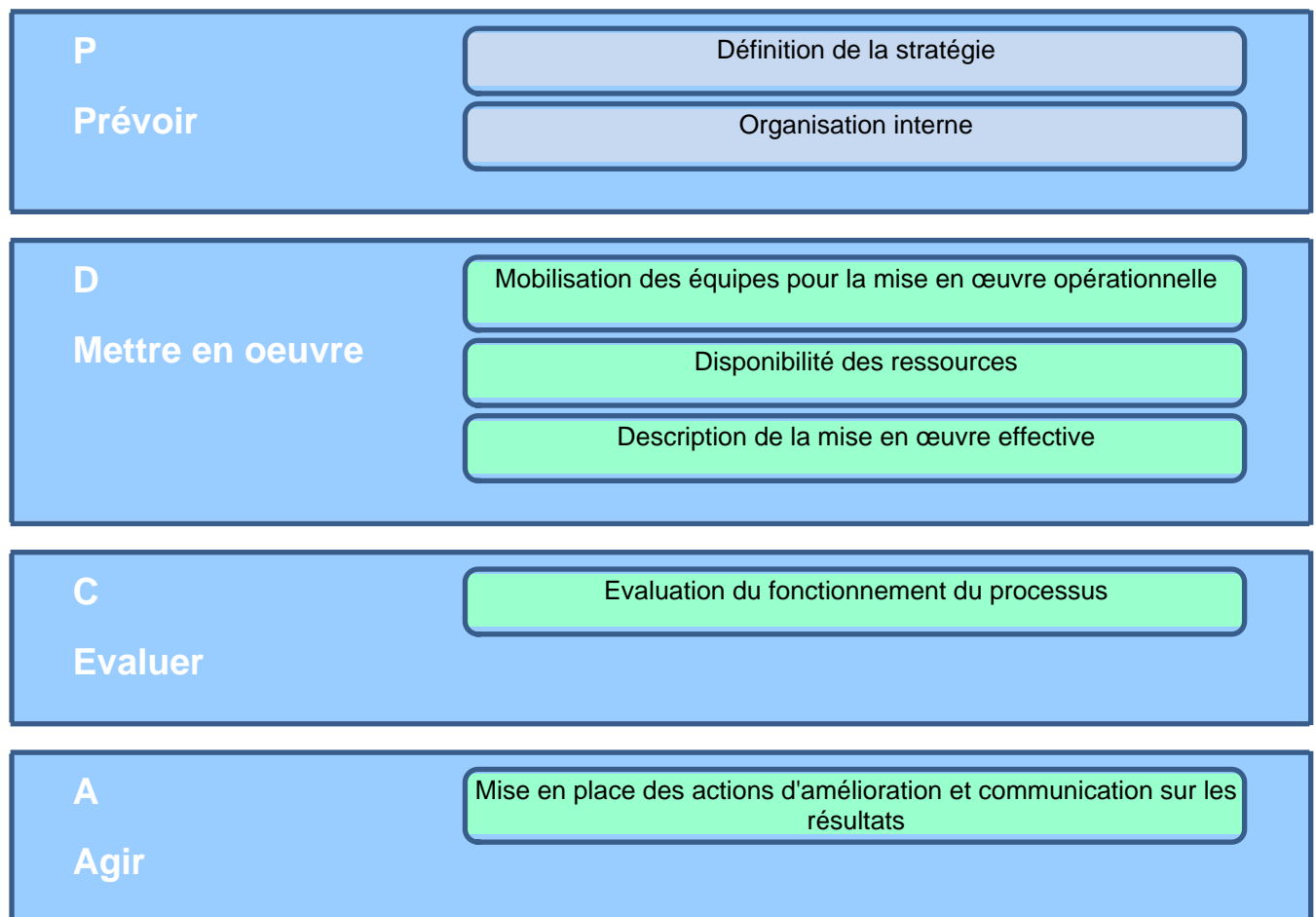
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique globale d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins (PAQSS) est inscrite dans les orientations stratégiques de la Clinique Néphrologique Saint-Exupéry. Elle est portée par le management institutionnel composé du Président directeur général, du directeur, du directeur médical qui est également président de la CME et coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de la responsable qualité et GDR, d'une chargée de projet qualité et GDR. Les pilotes des processus, les cadres des UF et les vigilants sont également acteurs du Comité de Pilotage et Gestion des Risques (COPILGDR). Le COPILGDR a un rôle politique et stratégique. Il est responsable de la définition, de l'impulsion, du déploiement et du bon fonctionnement des instances. Il assure également la coordination et le suivi de la démarche. .
Le PAQSS est intégré au projet d'établissement 2015-2018 de la Clinique Néphrologique Saint-Exupéry.
Le PAQSS est réalisé conformément aux engagements du CPOM, des objectifs du CBUM, du projet d'établissement et tient compte du programme des différentes instances, de la démarche de gestion des risques a priori et a posteriori, des résultats des inspections, des attendus en termes de certification et des évolutions réglementaires. Il intègre également la stratégie des EPP, des RMM ainsi que la gestion de crise.
L'établissement a mis en place une stratégie afin de sensibiliser et d'impliquer l'ensemble des professionnels dans la démarche qualité et GDR permettant leur mobilisation dans l'élaboration du compte qualité. Le PAQSS et le compte qualité sont validés par les instances.
Les risques ont été hiérarchisés selon une méthodologie définie et opérationnelle (méthodologie HAS) conduisant à l'identification des risques prioritaires des différents processus. Ces risques prioritaires et leurs plans d'actions sont intégrés au PAQSS et au compte qualité.
Les PAQSS est réévalué annuellement, le compte qualité pluriannuel (2015 à 2017) est révisé tous les deux ans. Un ajustement est possible trimestriellement en fonction des décisions prises lors des réunions du COPILGDR.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités des acteurs en charge du processus QGDR sont identifiés et leurs missions définies dans des fiches de missions. Le processus est piloté par une néphrologue qui cumule les fonctions de Directrice Médicale, de Présidente de la CME et de Coordinatrice de la Gestion des Risques Associés aux Soins. Elle est aidée dans sa mission par une Responsable Qualité et GDR et par une Chargée de projet Qualité et GDR.
La coordination des différentes composantes du processus Qualité et GDR repose sur le COPILGDR piloté par l'équipe de la Qualité et de la GDR. Le COPILGDR travaille transversalement avec l'ensemble des instances afin d'alimenter lors de ses réunions trimestrielles le contenu du PAQSS.
Le COPILGDR assure le suivi des actions à mener au sein de l'établissement, le déploiement et le suivi des EPP et une mission de soutien méthodologique pour l'ensemble des pilotes des thématiques et des professionnels.
Le COPILGDR détermine la stratégie organisationnelle, le déploiement et le respect méthodologique des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, des RMM dans les secteurs d'activité de l'établissement ainsi que dans les secteurs à risques avec l'engagement effectif des professionnels de terrain. Le COPILGDR veille à la concordance des démarches avec le PAQSS et les obligations liées à la certification et des tutelles. Le COPILGDR assure une mission de soutien méthodologique auprès des pilotes et des professionnels et favorise l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins auprès des "acteurs de terrain".
Le Comité d'Orientations Stratégiques (COS), équivalent CA et la CME travaillent en étroite relation avec le COPILGDR qui intègre également lors de ses réunions le management opérationnel que sont les instances, les pilotes, les encadrements, les responsables de services.
La pharmacienne de l'établissement est responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Elle définit, met en œuvre et évalue le processus lié au médicament tout au long du parcours patient. Elle réalise une analyse pharmaceutique globale pour les patients hospitalisés et partielle pour les patients en traitement ambulatoire de dialyse. Elle assure également le suivi et la gestion de la qualité de l'eau de dialyse.
Le management de l'établissement favorise la déclaration des EI par les professionnels (impunité) qui ont à leur disposition une fiche de déclaration spécifique accessible sur intranet. Ce dispositif de signalement est articulé avec le COPILGDR et la CRU.
Les vigilances réglementaires (hémato, matério, pharmaco, identito, infectio) sont en place et coordonnées par des référents dans chaque secteur d'activité. La bonne réception et la transmission des alertes descendantes est assurée.
La participation de l'établissement à la gestion des crises et aux plans d'urgence spécifiques aux activités de dialyse ambulatoire hors centre et notamment au Plan Blanc est organisée et opérationnelle.

Les ressources documentaires sont centralisées sur l'intranet de l'ES et accessible par les acteurs concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, les pilotes et le management des services et secteurs d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de Qualité/GDR.

L'établissement a mis en place une stratégie afin de sensibiliser et d'impliquer l'ensemble des professionnels dans la démarche qualité et GDR permettant leur mobilisation dans l'élaboration du compte qualité. Le COPILGDR assure une mission de soutien méthodologique auprès des pilotes et des professionnels et favorise l'appropriation de la culture qualité et sécurité des soins auprès des "acteurs de terrain".

Le management de l'établissement favorise la déclaration des EI par les professionnels (impunité) qui ont à leur disposition une fiche de déclaration spécifique accessible sur intranet.

Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes, notes internes, etc.). Des actions correctives sont mises en œuvre si besoin (dysfonctionnement, baisse des résultats des indicateurs), tous les professionnels sont impliqués dans les RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, effectifs et matériels sont disponibles et adaptées aux risques et besoins liés à l'activité des secteurs afin d'assurer le maintien de la continuité, de la qualité et de la sécurité de prise en charge du patient en toute circonstance (ce que confirme le patient traceur). Le nombre de générateurs de secours est conforme aux directives réglementaires de dialyse.

Le dispositif de gestion documentaire est connu. Les professionnels ont accès à l'ensemble des documents sur l'intranet de l'ES.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le COPILGDR de la Clinique Néphrologique Saint-Exupéry met en œuvre les organisations prévues pour assurer le déploiement du processus Qualité et GDR (signalement des EI, organisation des EPP, des RMM, recueil de satisfaction des usagers, gestion documentaire, participation à des audits et des groupes de travail en interne et en externe) sur l'ensemble des pôles d'activité (hospitalisation et unité d'autodialyse).

Les acteurs du processus de soins (professionnels de santé, instances, usagers) sont associés à l'élaboration des procédures, des documents de travail et d'information.

Le dispositif de signalement et de traitement des EI est déployé sur l'ensemble des secteurs ambulatoire et d'hospitalisation. Ce dispositif est connu des professionnels. Il est coordonné avec la gestion globale de la qualité et des risques et permet l'analyse des causes racines et profondes selon une méthode adaptée et opérationnelle.

L'exploitation des plaintes et des réclamations est effective. Elle implique les professionnels de santé, le management institutionnel (directeur) et les représentants des usagers. Ces derniers sont bien représentés aux instances (CRU, CLIN, CLAN).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus, le bilan et le suivi de l'ensemble des actions se font lors des réunions pluridisciplinaires au sein du COPILGDR. Les évaluations et révisions sont planifiées. Le PAQSS est évalué annuellement, le compte qualité tous les deux ans, la cellule GDR annuellement, les instances lors du bilan annuel, les tableaux de bord des indicateurs et des EPP annuellement.

L'établissement recueille les IQSS généraux et spécifiques et mène des RMM.

L'évaluation du plan d'actions inscrit au compte qualité fait état au 20 janvier 2016 d'un pourcentage de 67,2% de réalisation des 67 actions prioritaires retenues.

A / AGIR

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

En fonction des résultats obtenus lors des évaluations du processus, les actions identifiées comme prioritaires sont intégrées au PAQSS et au compte qualité.

La communication des résultats se fait par le journal de l'établissement qui est publié semestriellement aux personnels et patients, par note d'information, par affichage, en boucle sur les écrans de télévision

en salles d'attentes et sur intranet.

Les résultats sont également communiqués oralement aux personnels et aux patients lors des réunions d'informations.

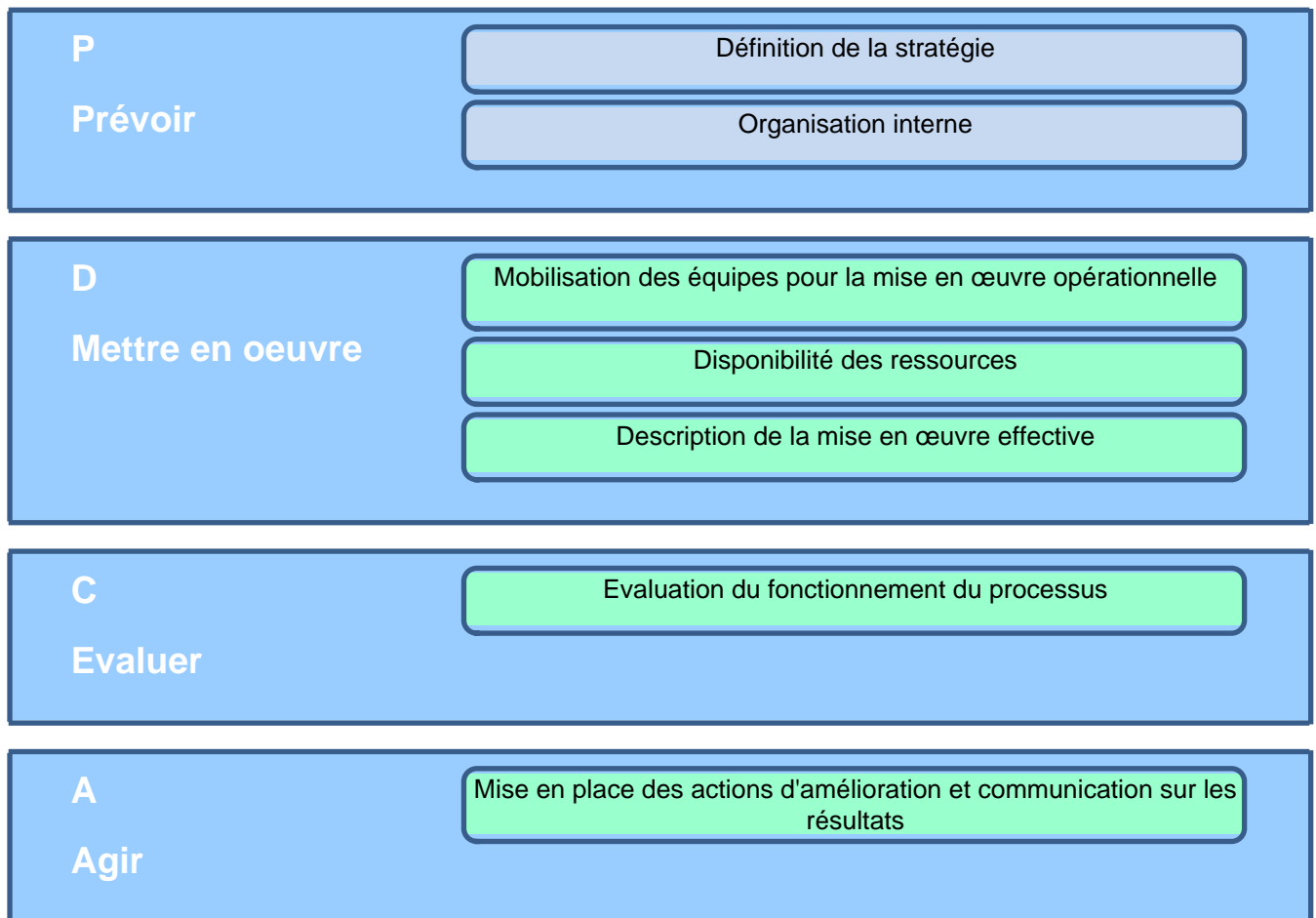
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie relative à la maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques est formalisée dans le projet d'établissement 2015-2018 et déclinée en plans d'actions dans le programme annuel du CLIN et de l'EOH. Cette politique validée en COPILGDR a été réalisée en concertation avec la CME, le coordonnateur de gestion des risques, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Elle a été élaborée à partir d'une identification des spécificités des prises en charge et d'une analyse des risques. Une cartographie sur la maîtrise du risque infectieux basée sur une analyse des zones sensibles identifiées sur le parcours patients, les résultats d'indicateurs, la réglementation et les déclarations d'événements indésirables a été réalisée. Des plans d'actions sont arrêtés, les modalités de suivi et les ressources sont identifiées et adaptées au contexte de l'établissement. Les risques présentant la plus forte criticité (supérieure ou égale à 48) ainsi que des risques maintenus en veille permanente (comme le respect des précautions standards) sont retrouvés dans le compte qualité et font l'objet d'un plan d'actions intégré au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

LE CLIN, l'EOH et la COMEDIMS sont engagés pour coordonner la maîtrise du risque infectieux et du bon usage de l'antibiothérapie. Ils sont relayés dans les unités de soins par des correspondants en hygiène. Le risque infectieux est inscrit dans l'organigramme fonctionnel qualité et gestion des risques. Le règlement intérieur du CLIN précise les responsabilités de ses membres. Des fiches de missions ont été formalisées pour les correspondants en hygiène et précisent le temps dédié à cette activité transversale. Un référent antibiothérapie est identifié. La gestion des compétences est prévue : des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, à la prévention du risque infectieux ainsi que des formations au bon usage des antibiotiques sont inscrites dans le plan de formation. La gestion documentaire (protocoles, procédures) est informatisée et accessible sur l'intranet par l'ensemble du personnel. La mise à disposition de matériel adapté aux risques professionnels est organisée. Les interfaces entre l'EOH et les secteurs d'activité sont identifiées (avec le service biomédical, la PUI pour les prélèvements d'eau, le prestataire de bio nettoyage, le service de restauration ...). Les modalités de communication sont prévues : retour des correspondants hygiène, comptes rendus des instances, journal interne, affichage des indicateurs...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs institutionnels en matière de prévention du risque infectieux se déclinent dans l'ensemble des secteurs d'activité, les responsables de services en lien avec l'EOH et le CLIN s'assurent de la conformité des pratiques (vérification des bonnes pratiques en hygiène, respect des procédures, pertinence des prescriptions d'antibiotiques...). Les professionnels sont sensibilisés au risque infectieux et au bon usage des antibiotiques par les correspondants d'hygiène, l'infirmière hygiéniste et le référent antibiothérapie. Ils participent à des démarches EPP, signalent des événements indésirables : ils ont accès aux résultats d'audits ainsi qu'aux résultats des indicateurs et des enquêtes de prévalence.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles au sein de l'établissement. Les équipes sollicitent si besoin l'infirmière hygiéniste, le référent en antibiothérapie lors de situations le nécessitant (isolement septique, conseil sur une prescription d'antibiotiques...). Des animations thématiques sont menées (journée hygiène des mains et utilisation des SHA...).

Des formations relatives au risque infectieux sont dispensées : à titre d'exemple en 2015, 79 professionnels ont été formés au respect des précautions standards, 63 au circuit du linge, 5 à la stratégie de conservation de l'efficacité des antibiotiques...

Les protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont actualisés tous les 5 ans, ils sont accessibles sur l'intranet et connus par les professionnels rencontrés. Un guide des antibiotiques est à disposition des prescripteurs.

Il existe des supports à l'usage des patients (bulletin d'information sur les BMR, recommandations sur l'utilisation des antibiotiques...).

Du matériel adapté à la prévention du risque infectieux est utilisé par les professionnels (aiguilles sécurisées, lunettes de protection, tenues professionnelles...)

Au travers de l'intranet, d'une messagerie dédiée, de bulletins d'informations et d'actions sur le terrain, l'EOH et les correspondants d'hygiène assurent une large communication de sensibilisation pour les professionnels en regard du suivi des objectifs posés et des risques identifiés.

La prévention des infections nosocomiales fait l'objet d'une mention dans le livret d'accueil du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dispositif de surveillance (prélèvements microbiologiques systématiques et/ou occasionnels, surveillance des résistances aux antibiotiques, événements indésirables, déclarations d'AES, audits de pratiques) est en cohérence avec le contexte et les spécialités de l'établissement. Le risque relatif à la prévention des légionelles est en place ainsi que la prévention du risque aspergillaire (solicitation du CLIN lors de travaux, analyses des prélèvements d'eau, de l'air...).

Les patients porteurs de BMR sont identifiés dès l'admission, des mesures d'isolement sont prescrites et conformes aux procédures, ce qui a été confirmé par les visites de terrain.

L'hygiène des locaux est assurée de manière optimale et tracée conformément aux recommandations de l'EOH. Les circuits DASRI, linge sont conformes.

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 et la 72ème heure est tracée systématiquement : toute prescription d'antibiotiques génère systématiquement une alerte à 72 heures dans le dossier du patient.

Pour promouvoir la prévention du risque infectieux et le bon usage de l'antibiothérapie, le CLIN, l'EOH et la COMEDIMS organisent des réunions de manière périodique (une réunion par trimestre).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux et de la bonne utilisation des antibiotiques sont assurés par le CLIN, l'EOH et la COMEDIMS, sur la base d'outils identifiés (audits internes, suivi d'indicateurs, tableaux de bord, EPP, enquêtes de prévalence ...).

Des indicateurs qualitatifs (déclarations d'infections liées aux soins, AES...) et quantitatifs (consommation des antibiotiques, pourcentage de résistances bactériennes, infections sur cathéter, indicateurs nationaux,) sont suivis. Le bilan LIN affiche des résultats optimum.

A / AGIR

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

Ces évaluations sont suivies et donnent lieu à des actions correctives intégrées au PAQSS, elles permettent d'assurer un niveau de maîtrise des points critiques identifiés.

Le rapport d'activité du CLIN, de l'EOH et de la COMEDIMS réalisé annuellement permet le réajustement du programme opérationnel pour l'année N+1.

Le compte qualité sera réajusté durant le premier trimestre 2016 au regard des actions menées et des résultats des évaluations.

Les résultats des indicateurs sont portés à la connaissance des usagers en réunion de la CRUQPEC et par un affichage institutionnel. Un usager participe aux réunions du CLIN.

S'agissant des professionnels, les modalités de diffusion des résultats des évaluations sont en place (journal interne, comptes-rendus de réunions d'instances, intranet...).

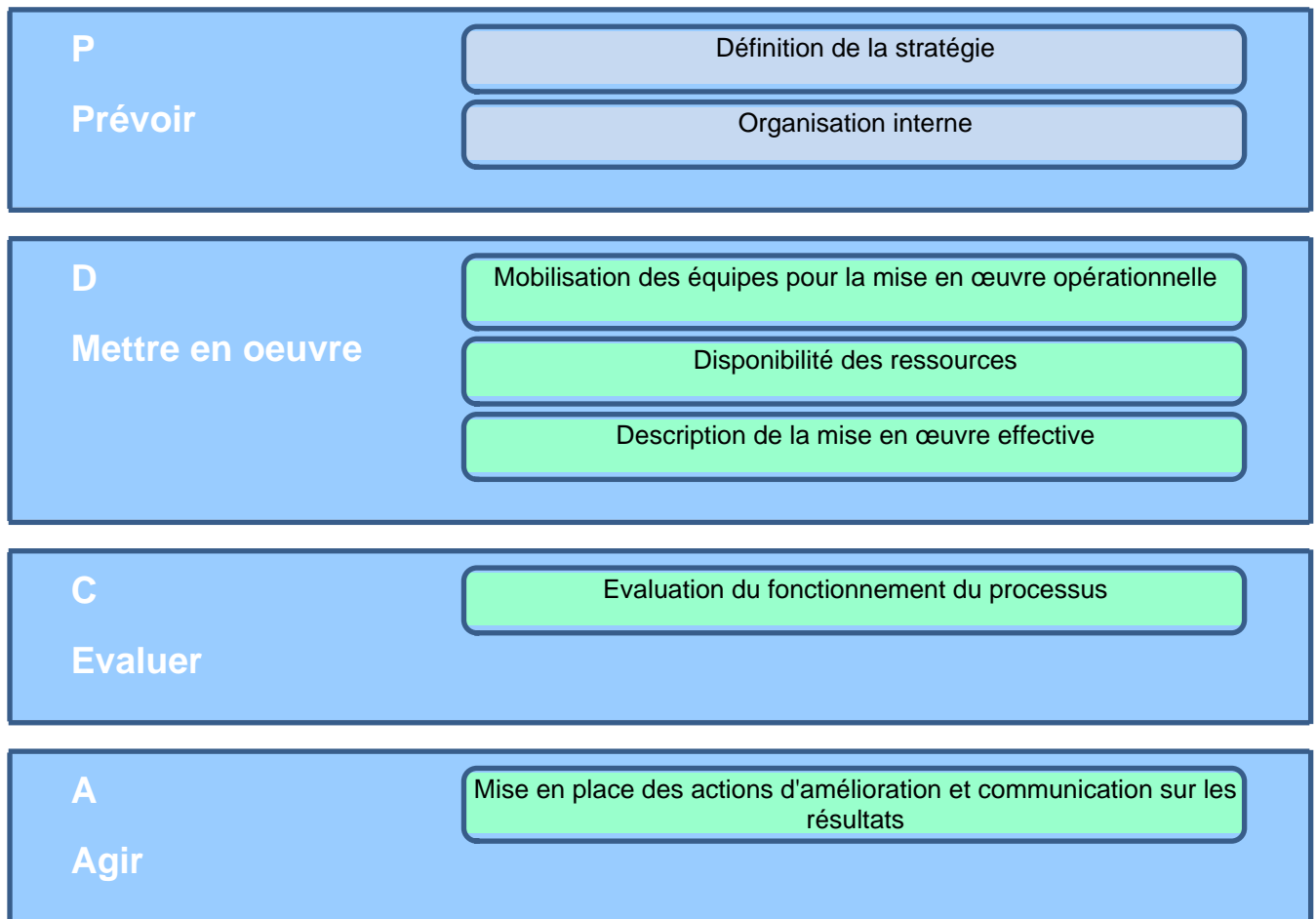
DROITS DES PATIENTS

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 respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques du projet d'établissement rédigé pour les années 2015/2018, validé par le COS (équivalent du conseil d'administration) et par la CME.

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs élaborés suite à l'évaluation des étapes successives du processus droits des patients : Accueil et information de l'entourage, recueil du consentement du patient, refus de soins, prise en charge bien traitante et respectueuse des droits, participation du patient tout au long de sa prise en charge, restriction de liberté, information du patient en cas de dommage associé aux soins, accès au dossier du patient.

Cette stratégie est déclinée dans un plan priorisé d'actions intégré au PAQSS, elle est en adéquation avec les recommandations de la HAS, la Charte du patient hospitalisé et en conformité avec la réglementation concernant la CRUQ.

Le pilote de processus droit des patients met en œuvre le programme d'actions qui comprend les objectifs à atteindre, les modalités de suivi, l'échéancier et les évaluations.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation interne qui repose essentiellement sur l'équipe pluridisciplinaire qui compose la CRUQ. Une néphrologue titulaire d'une fiche de mission est pilote du processus, elle est secondée dans sa mission par la DSSI de l'établissement. Les représentants des usagers (membres de la FNAIR et/ou dialysés) sont également associés à cette démarche.

La composition de la CRUQ est pluridisciplinaire, le nombre de réunions effectuées en 2015 est conforme à la réglementation (4). Le rapport annuel et le plan d'actions 2014 ont été validés par le COPILGDR et la CME. Les RU participent activement à chaque réunion.

Le plan de formation propose une formation annuelle sur la bientraitance ainsi que des actions de formations réalisées en interne par le pilote du processus. La néphrologue pilote du processus a suivi une formation en 2015 auprès de la MACSF sur le rôle du médecin médiateur.

La gestion documentaire sur support informatique est structurée et accessible par l'ensemble des acteurs concernés. Les procédures et protocoles sont actualisés par les pilotes et diffusés.

L'établissement a mis en place depuis le 23 avril 2007 une cellule "promotion de la bientraitance" sous la responsabilité de la DSSI. Les acteurs de cette cellule sensibilisent le personnel durant une semaine chaque année, sur les notions de promotion de la bientraitance, respect de l'intimité et de la confidentialité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus mettent en œuvre en collaboration avec les cadres ou les acteurs concernés le plan d'actions qui est propre à chaque UF (soins, administratif et technique).

Le plan d'actions concernant les droits des patients, la prévention de la maltraitance, la promotion de la bientraitance et le respect de libertés individuelles établi en déclinaison de la démarche institutionnelle est déployé et mis en œuvre dans les secteurs d'activité. La DSSI, les médecins néphrologues et les cadres de soins sensibilisent les professionnels sur les risques propres à leurs secteurs d'activité et sur le respect des procédures de signalement ou d'information des patients.

Les cadres s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux protocoles et procédures diffusées et informent les professionnels des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion documentaire concernant les différentes procédures sur l'information du patient, la non divulgation de présence, l'annonce en cas de dommage associé aux soins, la gestion des plaintes et réclamations, etc.) sont disponibles et accessibles en réseau sur l'intranet documentaire de l'établissement. L'ensemble des procédures et protocoles sont consultables dans toutes les unités fonctionnelles, de soins et administratives de la Clinique Néphrologique Saint-Exupéry. La composition de la CRU et la charte de promotion de la bientraitance sont intégrées au livret d'accueil remis au patient à son admission.

Les patients reçoivent lors de leur première séance de dialyse "Le livret d'accueil du patient dialysé" qui intègre toutes les informations sur la charte de la personne hospitalisée, la charte de la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques, le contrat de soins, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, informatique et liberté et les contacts de la FNAIR.

Les locaux administratifs sont adaptés à l'accueil du patient et de son entourage et facilitent la

confidentialité des informations. Une attention particulière est portée par la direction de l'établissement pour faciliter le respect de l'intimité du patient lors des soins (boxes individuels, cloisons amovibles pour les chambres doubles, paravents pour les postes de dialyse).

Les acteurs dédiés à la mise en œuvre des droits du patient sont en nombre suffisant et formés. Le livret d'accueil du personnel et une "marguerite de la bienveillance" sont distribués et disponibles dans l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les acteurs administratifs, médicaux, paramédicaux et techniques mettent en œuvre dans leurs activités quotidiennes le respect de la confidentialité des informations (sécurisation du dossier informatisé, dossiers médicaux sous clefs, salles de soins sécurisées par badges).

Les dossiers médicaux sur support papier sont conservés dans des armoires fermant à clef. Les dossiers informatisés sont sécurisés par des codes d'accès.

La composition de la CRU est consultable sur le tableau d'information, diffusé en boucle sur les écrans de télévision et donné aux patients lors de leur admission (livret d'accueil). Les patients reçoivent également les informations sur les modalités de saisie de la CRU, le dépôt de plainte et de réclamation. Ces informations sont également données oralement si besoin. Les déclarations de plaintes et réclamations se font par courrier adressé à la direction de l'établissement. Elles sont traitées en collaboration avec les personnes concernées et font l'objet d'une réponse dans les meilleurs délais.

Les mesures de contentions, soit demandées par les patients en dialyse, soit pour protéger le patient si agitation, sont prescrites par le néphrologue, tracées dans le dossier de soins et réévaluées conformément à la procédure "Mise en œuvre de la contention physique". En fonction de la cause de prescription, les familles sont informées.

La participation du patient et si nécessaire de sa famille est systématiquement recherchée dans la mise en œuvre du projet thérapeutique lors de la signature du "contrat de soins concernant la dialyse en centre ou en unité d'autodialyse". Le néphrologue s'assure que le patient a bien compris les modalités et le choix du traitement de l'IRC et recueille son consentement éclairé.

La procédure "conduite à tenir en cas de refus de soins" est appliquée par les acteurs des unités de dialyse si besoin.

Les néphrologues, également formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins, informent le patient sur l'évolution de son état de santé tout au long de son séjour en hospitalisation ou lors des séances d'épuration extra-rénale.

La coordination entre professionnels est assurée au moyen du courrier adressé au médecin référent et par le "carnet de liaison" pour l'ensemble des acteurs prenant en charge le patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Deux audits, un sur le respect de l'intimité lors de soins en dialyse et un sur le respect de l'intimité lors des toilettes en hospitalisation ont été réalisés sur la période novembre - décembre 2015. L'analyse des questionnaires de satisfaction et des FEI permettent également d'évaluer le processus droits des patients.

Le processus droit des patients est évalué annuellement et lors des réunions trimestrielles du COPILGDR

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées au plan d'actions de la CRU, au PAQSS et au compte qualité.

Les résultats des audits effectués, des questionnaires de satisfaction, des FEI reçues sont présentés en CRU et communiqués sur l'intranet de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

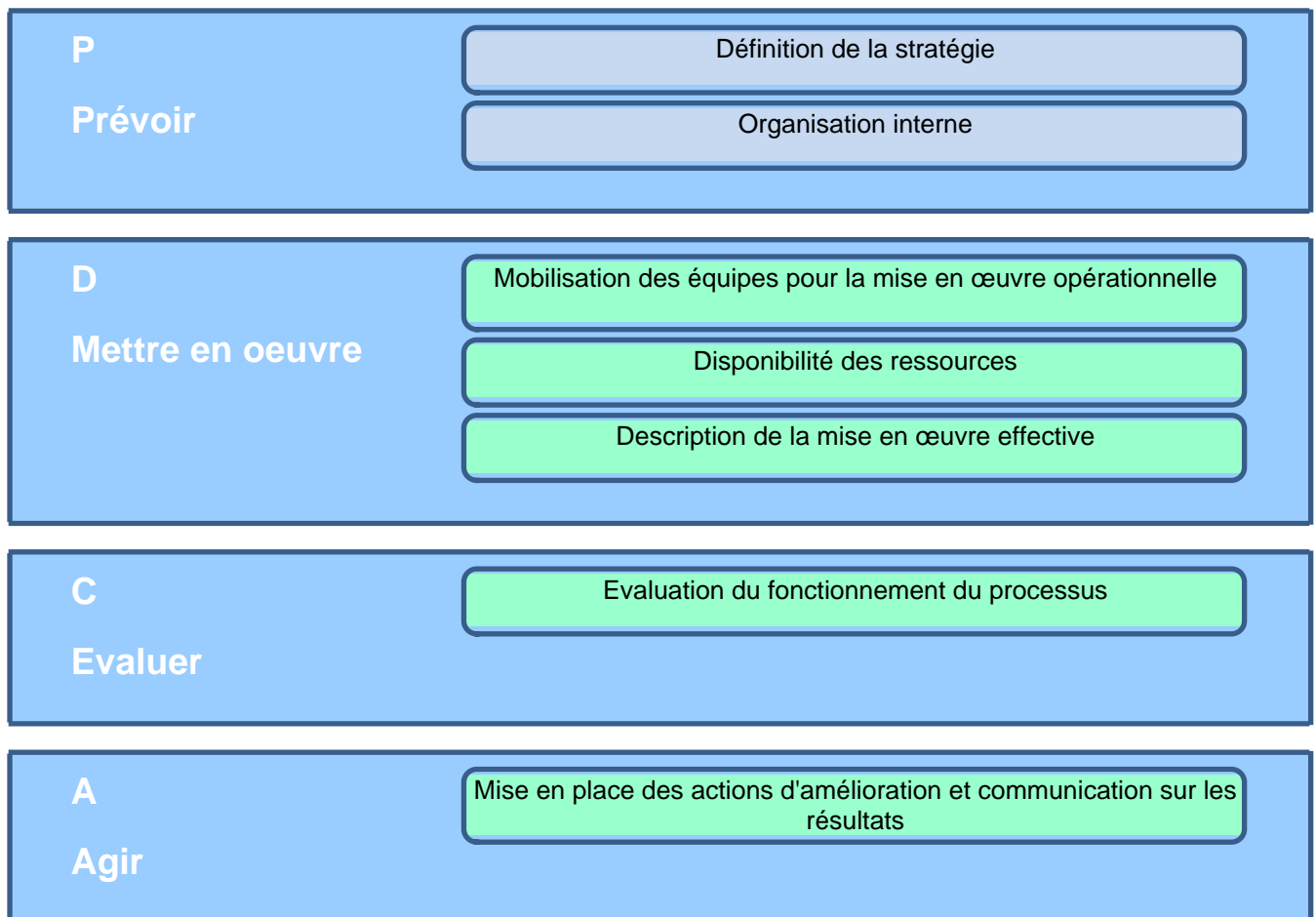
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique a décliné ses projets médicaux et ses projets de service au regard des besoins de la population en lien avec le Projet Régional de Santé et le CPOM.

Les risques et les besoins de ce processus sont identifiés grâce aux cartographies des risques, aux FEI, aux réclamations et plaintes, aux questionnaires de satisfaction, aux analyses CREX et RMM, en concertation avec les professionnels, acteurs des différentes étapes de la prise en charge.

Cette stratégie est validée par les différentes instances (CME, COPILGDR, CRUQPC) et le pilote de processus met en œuvre le programme d'actions qui comprend les objectifs à atteindre, les modalités de suivi, l'échéancier et les évaluations.

L'établissement ne dispose pas de service d'urgences mais une organisation est en place afin d'assurer la prise en charge des patients se présentant en urgence pour un problème néphrologique, métabolique ou une urgence dialytique.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le parcours du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (gestion des emplois et des compétences en rapport avec les besoins réglementaires selon les services de Soins intensifs, Soins continus, Médecine, Dialyse), matérielles en assurant la maintenance préventive et curative ainsi que les moyens documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Afin d'assurer le suivi et la coordination de la prise en charge du patient, de sa demande d'hospitalisation jusqu'à sa sortie, la clinique a mis en place un dossier patient informatisé permettant de disposer des informations utiles à la prise en charge et de tracer les interventions des professionnels en temps réel (prescription médicale, observations).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs d'activités sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les médecins, directrice des soins et cadres de secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnel et leurs compétences répondent aux besoins des prises en charge spécifiques en lien avec la réglementation.

Des formations sont réalisées en interne ou en externe.

Les ressources matérielles sont disponibles et correspondent aux besoins de chaque secteur d'activités.

La documentation centralisée sur Intranet est à disposition des professionnels dans tous les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La prise en charge du patient à son arrivée programmée dans l'unité de soins est réalisée par une IDE. Une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins est réalisée. Le patient est ensuite revu par le médecin.

Il existe en hospitalisation un projet de soins personnalisé, concerté, réévalué et tracé dans le secteur d'hospitalisation. Il inclut les activités de soins de suite et de rééducation. En dialyse, le projet thérapeutique est en place, le projet de vie est en expérimentation.

La permanence et la sécurité des soins sont assurés dans l'ensemble des unités. Les mécanismes de coordination et de continuité des soins sont en place (staffs pluriprofessionnels hebdomadaires en hospitalisation, mensuels en dialyse, dossier informatisé). La coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux est organisée et effective.

La prise en charge de l'urgence vitale est opérationnelle (formation des professionnels aux gestes

d'urgence, chariots ou matériels d'urgence opérationnels dans chaque secteur d'activités, protocoles, inventaires des chariots).

La prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées, démunies) est organisée.

Une éducation thérapeutique pour le patient insuffisant rénal chronique est dispensée.

Le risque suicidaire et le risque de troubles nutritionnels sont pris en compte et tracés dans le dossier par les différents professionnels y compris le psychologue et la diététicienne.

La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient. Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. L'entourage est associé à la planification et à la préparation de la sortie. Ceci est confirmé par les rencontres des différents "patients traceurs".

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits et de très nombreuses EPP permettent à l'établissement d'assurer l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

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 programme d'actions institutionnel lors des réunions d'instances et du COPILGDR.

Des supports et modalités de diffusion des résultats sont en place (journal interne, intranet...).

La communication des résultats et des programmes d'actions est réalisée notamment auprès des professionnels et des usagers.

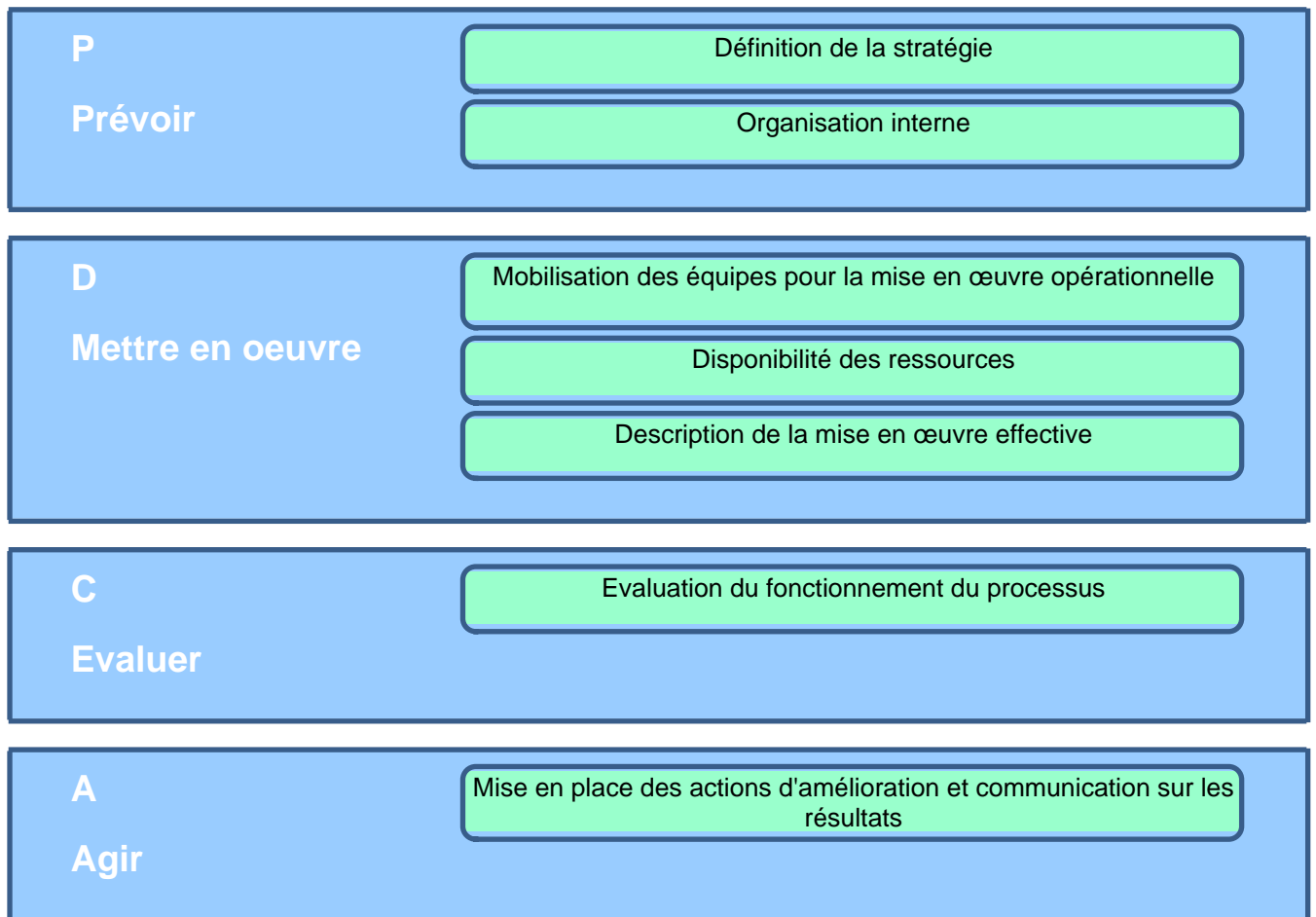
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et diffusé sa stratégie du dossier patient à travers deux procédures :

- Contenu du dossier du patient hospitalisé et responsabilité des différents acteurs (règles de tenue du dossier, d'accès aux données, processus d'information des professionnels y compris intervenants extérieurs avec la définition d'objectifs, de cibles et de moyens de communication adaptés).
- Composition - gestion - circuit du dossier de dialyse (dont modalités d'intégration des données issues de consultations ou hospitalisations antérieures) par les professionnels habilités.

Les procédures reposent sur l'analyse de la réglementation, des besoins et des risques de l'établissement. Elles définissent la gestion du dossier sur l'ensemble du parcours du patient et ainsi que l'accès du patient à son dossier. Le COPIL de la Qualité et Gestion des Risques a validé la cartographie des risques, leur priorisation et les a repris dans son programme d'actions formalisé.

ORGANISATION INTERNE

Dans le cadre de la cartographie des processus, un responsable du processus dossier patient a été désigné, il assure son pilotage, et en garantit le bon fonctionnement.

Les documents d'information des patients sur leur droit d'accès au dossier sont élaborés, ils sont organisés selon la réglementation. Une personne référente est identifiée pour l'accès du patient à son dossier. Les délais de transmission sont suivis et respectés.

Pour la gestion des dossiers par les professionnels et les nouveaux arrivants, des outils sont mis à disposition sur la gestion électronique documentaire et des formations sont réalisées. L'établissement a défini un système de communication du dossier entre professionnels en interne et en externe en temps utile. Des procédures sont formalisées et adaptées à l'établissement, elles sont intégrées au dispositif de gestion documentaire, elles sont accessibles à l'ensemble du personnel par intranet..

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur est impliqué dans la déclinaison du projet d'informatisation du dossier patient en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation. Des référents clés ont été désignés et formés au logiciel choisi.

Le cadre soignant de chaque secteur s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, consignes, etc). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (panne, dysfonctionnement, etc). Ces actions sont identifiées par le cadre avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La mise à disposition des ressources humaines et matérielles est effective.

Les professionnels sont formés à l'utilisation du dossier patient informatisé par les référents des logiciels métier (hospitalisation et dialyse), complété des procédures d'utilisation et d'un tutorat. Tous les documents sont accessibles sur l'intranet.

La formation organisée en interne s'adresse à tous les professionnels de l'établissement et aux nouveaux arrivants. Elle intègre le rappel des règles concernant le dossier patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents professionnels qui interviennent dans la prise en charge des patients tracent dans le dossier des informations permettant sa prise en charge à toutes les étapes.

L'interface entre le service de dialyse et d'hospitalisation est effective avec la mise à disposition des 2 logiciels de dossier dans les 2 services, les équipes de dialyse traçant leurs transmissions dans le logiciel du dossier clinique. Toutefois le dossier du patient n'est pas toujours complet : certains cahiers de liaison entre la dialyse et le domicile du patient ou son substitut ne font pas toujours mention de la date ou de l'identité du rédacteur de l'observation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue la gestion du dossier patient sur la base des indicateurs nationaux IQSS, HOPITAL NUMERIQUE, des audits de dossiers, des indicateurs de suivi des demandes de dossiers.

A / AGIR

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

Les suivis des actions d'amélioration sont présentés par les responsables de service puis affichés dans les services et diffusés dans l'intranet
Ils sont également diffusés en CRU. Les actions sont réajustées en fonction des résultats des évaluations, et intégrées au programme global qualité mais pas encore dans le Compte Qualité.

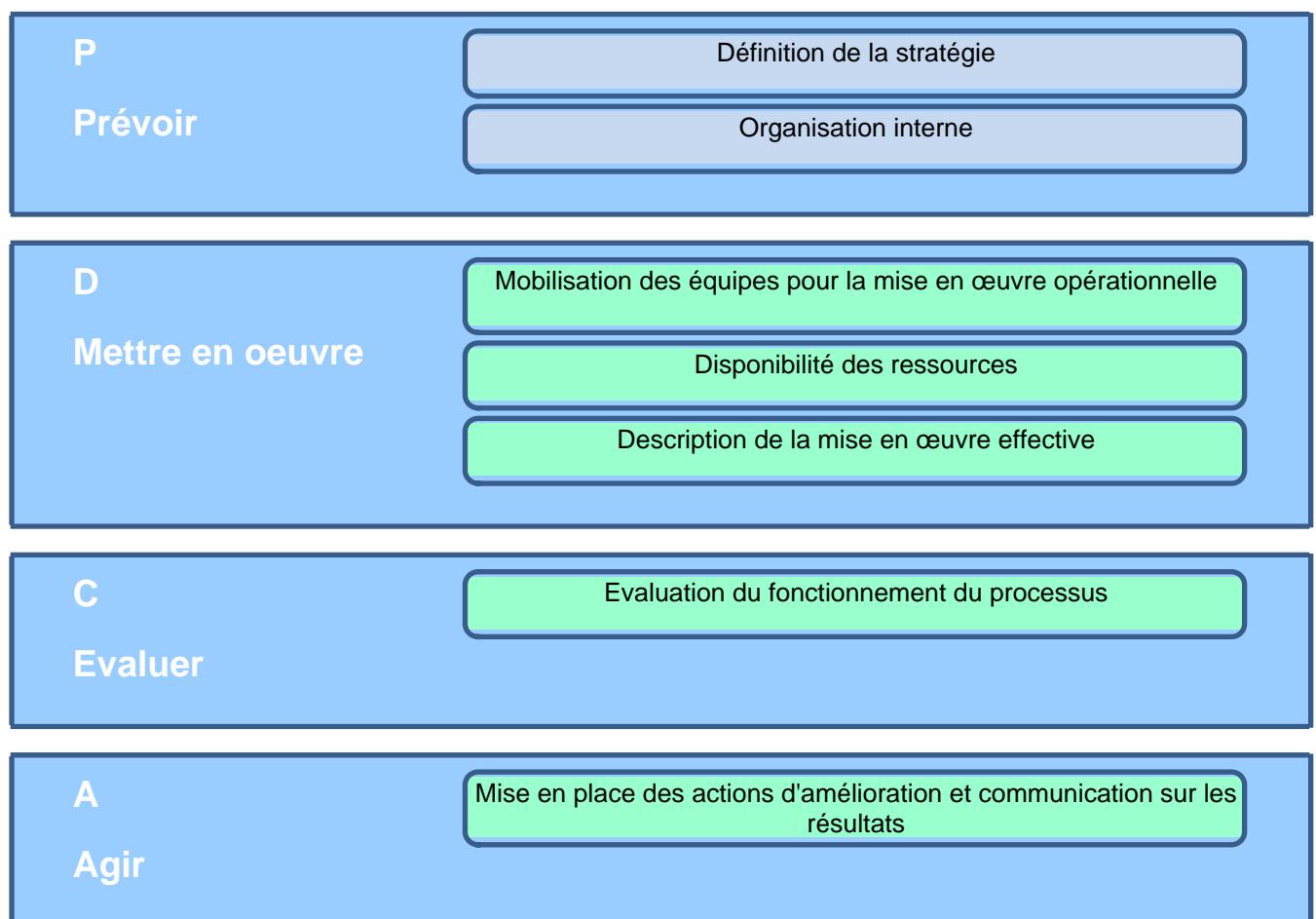
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est élaborée sur la base d'une identification des besoins spécifiques à l'établissement et d'une analyse des risques issues des engagements du CPOM, des objectifs du CBUM, de la cartographie des risques et des déclarations d'événements indésirables (sécurisation de la prescription, de la délivrance, de l'administration des médicaments, du stockage des médicaments...).

Cette politique inscrite dans le projet d'établissement 2015/2018 et dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse comporte des dispositions spécifiques à la personne âgée (EPP relative à la iatrogénie chez le sujet âgé, vigilance permanente des médecins sur les prescriptions chez le âgé sujet insuffisant rénal).

La politique élaborée en concertation avec la direction, la CME et la COMEDIMS et validée en COPILGDR comporte des objectifs d'amélioration adaptés à l'analyse des risques, elle est déclinée en plans d'actions hiérarchisés dans le PAQSS. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

Le compte qualité reprend les risques à forte criticité (supérieure ou égale à 48) identifiés dans la cartographie des risques relative au circuit du médicament.

ORGANISATION INTERNE

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Le pharmacien gérant nommé responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse a une fiche de poste validée.

Le règlement intérieur de la COMEDIMS intègre la composition et les missions de ses membres. Un organigramme hiérarchique et fonctionnel est défini.

Les besoins en effectifs ont été prévus pour répondre à la charge de travail (embauche d'un nouveau pharmacien). Les axes prioritaires de formation sont définis et intégrés au plan de formation institutionnel (formations sur le circuit du médicament, formation des nouveaux arrivants, formation sur la iatrogénie médicamenteuse et sujet âgé, formations aux erreurs médicamenteuses, au bon usage des antibiotiques...).

Les ressources matérielles (locaux sécurisés accessibles aux personnes habilitées) et les ressources documentaires nécessaires ont été définies (création et actualisation de protocoles au regard des risques identifiés). L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse est inscrite dans le schéma directeur du système d'information.

Les circuits et interfaces de la prise en charge médicamenteuse sont définis et formalisés entre la pharmacie et les différents secteurs d'activité afin de faciliter l'articulation entre les différents intervenants (conventions de prestation relative à la fourniture de produits avec une clinique proche de l'établissement, convention de sous traitance des opérations de stérilisation, interface avec le service biomédical...).

La veille sanitaire est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien et les cadres sensibilisent les professionnels sur les risques liés au circuit du médicament, s'assurent de la surveillance des points critiques et notamment de la conformité des pratiques (évaluation du respect des procédures, traçabilité de l'administration des médicaments, gestion des dotations, vérifications du chariot d'urgence, du respect de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles...).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs (45 déclarations en 2015). Les professionnels sont formés aux erreurs médicamenteuses.

Plusieurs EPP relatives au médicament sont menées par les équipes soignantes et le pharmacien (EPP à la pertinence des modalités de traitement de l'anémie chez le patient hémodialysé chronique, sécurisation du circuit du médicament, iatrogénie chez le sujet âgé).

Les résultats sont communiqués et permettent de définir et de mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles afin d'assurer une permanence pharmaceutique : le remplacement du pharmacien est assuré, des dotations sont en place dans les unités pour répondre aux besoins urgents, une convention signée avec la Clinique Saint Jean permet le cas échéant la mise à

disposition de produits.

Les professionnels sont formés : formation à la gestion des risques, à la maîtrise du processus de la prise en charge médicamenteuse, formations des infirmiers et des préparateurs en pharmacie aux erreurs médicamenteuses, formations sur le bon usage des antibiotiques, formations sur la iatrogénie médicamenteuse...

Les ressources matérielles que ce soit à la pharmacie ou dans les unités de soins, sont adaptées à la prise en charge médicamenteuse (locaux et équipements).

La documentation est accessible dans toutes les unités via un système de gestion documentaire, elle est connue et actualisée par les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La Pharmacie à Usage Intérieur située sur le site de la clinique Saint Exupéry assure l'approvisionnement de toutes les unités de soins dépendant de cet établissement (secteurs d'hospitalisation et unités d'autodialyse périphériques). S'agissant des patients installés à domicile, la livraison d'une partie du consommable est réalisée par un fournisseur de matériel.

Les médicaments et les dispositifs médicaux sont commandés par les soignants sur le logiciel de gestion des stocks à partir de dotations définies par le pharmacien et les prescripteurs.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place de la prescription à l'administration (comme le renseigne l'indicateur Hôpital Numérique : 100% des séjours disposent de prescriptions informatisées). Le dossier d'hospitalisation est en interface avec le logiciel de gestion des stocks.

Le pharmacien disposent de la liste à jour des prescripteurs habilités.

L'analyse pharmaceutique est engagée: elle est réalisée à priori pour l'intégralité du traitement des patients hospitalisés et partiellement pour les patients hémodialysés. Un logiciel d'aide à la prescription est intégré dans chaque dossier patient informatisé et génère des alertes lors d'interactions médicamenteuses.

Les règles et supports de prescription sont validés, un support unique de prescription et d'administration est en place pour chacun des logiciels (dossier informatisé d'hospitalisation et dossier de dialyse).

La dispensation est nominative dans deux des secteurs d'hospitalisation (médecine et surveillance continue), globale en unité de soins intensifs avec une dotation prévue pour les besoins urgents de l'ensemble des services de même que pour les stupéfiants.

S'agissant de la dispensation de l'EPO dans les unités périphériques, elle est nominative et re globalisée avec une dotation pour pallier les éventuels changements de prescriptions.

L'administration est réalisée par les infirmiers, la traçabilité est réalisée au moment de l'administration ce qui a été confirmé lors des visites en unités de soins et par les patients traceurs.

La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments prennent en compte les règles d'hygiène, de sécurisation et la chaîne du froid. La vérification des médicaments périmés, des mesures de température est assurée avec traçabilité.

S'agissant de la gestion des traitements personnels des patients : en dialyse aucun médicament personnel n'est administré et en secteur d'hospitalisation, la gestion est conforme à la procédure.

Les médicaments à risque ont fait l'objet d'une identification par famille de médicaments et d'une information descendante de la part du pharmacien: par exemple pour les stupéfiants, l'insuline, les anticoagulants, les électrolytes. Les échanges avec les infirmiers rencontrés lors des investigations terrains ont montré que ces médicaments à risque étaient connus et que les précautions d'usage étaient conformes.

Il existe des supports mis à disposition des patients pour les informer sur le bon usage des médicaments (séances d'éducation thérapeutique, supports sur le bon usage des antibiotiques, des anticoagulants, des résines échangeuses d'ions..).

Les vigilances sont opérationnelles.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée depuis l'admission jusqu'à la sortie y compris pour un départ en vacances ou un transfert.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du circuit du médicament sont réalisés en continu sur la base d'outils identifiés (audits internes, externes, EPP, suivi d'indicateurs du CBUM, indicateurs hôpital numérique, IQSS, tableaux de bords...).

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses (CREX) sont assurés en lien avec le COPIL CGR et la sous commission COMEDIMS.

Des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont suivis (consommation des antibiotiques, antalgiques, pourcentage de conformité de la traçabilité de la prescription, de l'administration de médicament, indicateurs nationaux,).

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 : lors des réunions d'instances et du COPILGDR.

Le rapport d'activité annuel de la COMEDIMS permet de réajuster son programme d'actions pour l'année N+1. Le compte qualité sera réajusté durant le premier trimestre 2016 au regard des actions menées et des résultats des évaluations.

Des supports et modalités de diffusion des résultats sont en place.

La communication des résultats et des programmes d'actions est réalisée notamment auprès des professionnels et des usagers.

Les orientations stratégiques sont diffusées aux professionnels par le biais de comptes rendus des instances, d'informations sur l'intranet, par le journal interne.

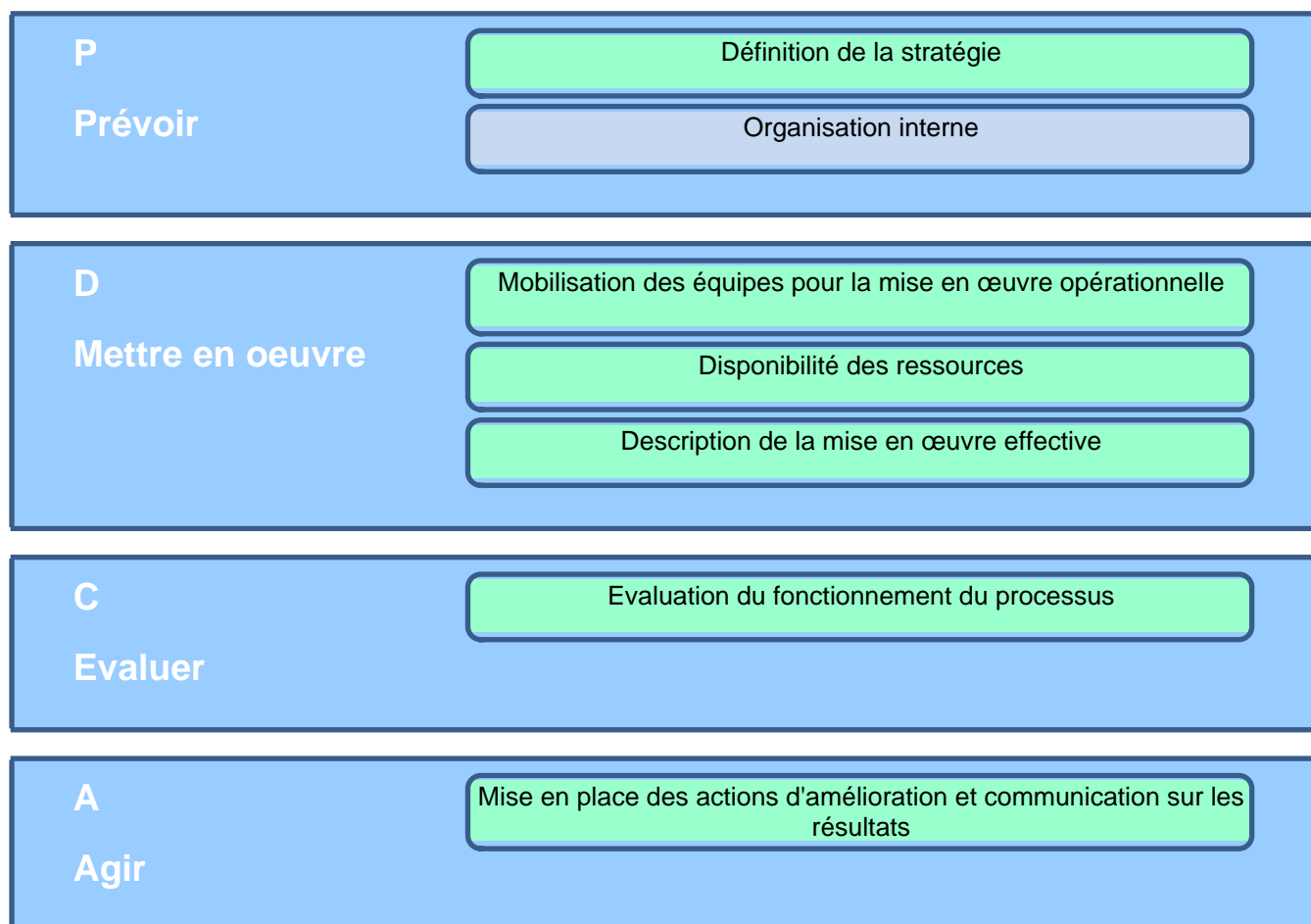
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

Le bloc opératoire de la Clinique Néphrologique Saint-Exupéry est composé d'une seule salle dite d'exploration fonctionnelle (SEF) dans laquelle sont réalisées des fistules artério-veineuses et des ponctions biopsies rénales. Les médecins néphrologues réalisent environ 120 fistules artério-veineuses et 60 ponctions biopsies rénales annuellement. Les actes sont limités aux interventions se faisant uniquement sous anesthésie locale. L'identification et la hiérarchisation des processus à risques a priori et a posteriori ont été établies. On retrouve dans le compte qualité de l'établissement trois risques identifiés (aérocontamination, contamination des surfaces et absence de manuel qualité). Les risques ont été mesurés selon une méthodologie définie. L'ensemble des professionnels concernés (y compris l'équipe opérationnelle d'hygiène EOH) a participé à l'identification, l'analyse des risques. Les objectifs d'amélioration ont été fixés ; des plans d'amélioration ont été identifiés, par exemple : assurer un contrôle systématique du matériel de la SEF, mettre en place une fiche d'ouverture de la salle d'Exploration Fonctionnelle. Les plans d'amélioration définis dans le Compte Qualité sont intégrés dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation interne pour piloter le processus ; entre les médecins néphrologues, la cadre du service et les autres professionnels de la clinique qui sont impliqués. Les pilotes désignés sur cette thématique sont la cadre de santé hygiéniste et un néphrologue membre de la CME. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions des professionnels. L'infirmière référente de cette salle est formée à l'hygiène. L'organisation est déclinée dans le manuel qualité de la SEF. Les interventions sont programmées par les médecins néphrologues sur des temps de vacations spécifiques en partenariat avec la cadre de santé hygiéniste, en fonction des besoins et de la disponibilité de la SEF ; il n'y a pas de programmation en urgence. La régulation au quotidien de l'activité est réalisée par la cadre et le néphrologue présent. En fonction de la programmation des actes, l'établissement organise la réponse aux besoins en ressources humaines, matérielles. L'accessibilité sur l'intranet documentaire aux ressources documentaires spécifiques à la SEF (Manuel Qualité – Ouverture de la SEF-Utilisation de la check-list – Procédures de nettoyage et désinfection – Organisation de la prise en charge des patients) est organisée. Le manuel qualité de la salle d'exploration Fonctionnelle (SEF) en date du 30 décembre 2015 a été présenté et validé par les instances et la CME. Le plan de maintenance (locaux, matériel, équipement) de cette salle sont réalisés avec l'équipe technique, et l'équipe biomédicale de la clinique. La principale interface est celle organisée avec le secteur d'hospitalisation de la clinique ; elle est structurée (dossier patient informatisé qui contient toutes les informations relatives au patient). Les interfaces avec les autres secteurs (hygiène, biomédical...) sont organisées. La stérilisation des quatre boîtes à instruments est sous-traitée (convention) par la Clinique Saint-Jean.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels propres à la SEF sont déclinés par les pilotes et les professionnels concernés (y compris les néphrologues). Des actions d'évaluations sont menées, par exemple : suivi du taux d'infection post-réalisation de fistules artério-veineuses. La communication se fait entre les professionnels concernés de façon informelle et formelle notamment lors des réunions de l'EOH.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence (effectif) et matériel sont adaptées à l'activité. La SEF est équipée comme une salle de bloc opératoire (scalytique, table d'opération, chariot d'urgence, défibrillateur) et est en pression positive. Cette salle n'est pas équipée d'appareil de radiologie fixe ou mobile, ni d'amplificateur de brillance. Les contrôles de dosimétrie et de rayonnement ne sont pas nécessaires. Un échographe à ultrasons équipe cette salle et permet d'évaluer la qualité du flux sanguin des FAV.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les acteurs intervenants ponctuellement en SEF connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.
Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteur sont opérationnelles.
Les pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées sont réglementaires ou issues des bonnes pratiques reconnues.
La check-list « Sécurité du patient au bloc » est mise en œuvre pour toute intervention par les acteurs intervenant dans la SEF.
Dans cette activité, il n'y a pas de dispositifs médicaux implantables mis en place.
Les règles de maîtrise du risque infectieux sont respectées (hygiène des mains, bio nettoyage).
Les contrôles particuliers prévus conformément à la réglementation, de surface et d'eau sont réalisés.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (y compris la check-list sécurité patient). Le suivi et la traçabilité de la stérilisation sont sous la responsabilité de la pharmacienne

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La pharmacienne et la cadre de santé hygiéniste assurent l'évaluation et le suivi du processus sur la base d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs (exemple : contrôles aérobiocontamination et contrôle qualité de l'air, suivi du taux des infections, contrôle des fiches de traçabilité du bio nettoyage.....).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, exemple : mise en place une fiche d'ouverture de la salle d'Exploration Fonctionnelle afin d'assurer le contrôle systématique des équipements, maintien d'une vigilance continue sur la qualité de l'air et des surfaces dans la SEF, valorisation de la démarche qualité mise en place en SEF en formalisant un manuel qualité spécifique.
Ces actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS et suivies par LE COPILGDR.
Elles sont communiquées aux praticiens néphrologues et en CME.