



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
POLE SANTE DU PLATEAU
SITE DE MEUDON LA FORÊT**

**3 à 5 avenue de Villacoublay
92360 MEUDON-LA- FORÊT**

NOVEMBRE 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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	56

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLE DE SANTE DU PLATEAU SITE DE MEUDON LA FORET	
Adresse	3 à 5 avenue de villacoublay 92360 Meudon La Foret
Département / région	HAUTS-DE-SEINE / ILE DE FRANCE
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	920000940	SA POLE DE SANTE DU PLATEAU	3 avenue de villacoublay 92360 MEUDON
Etablissement de santé	920300266	POLE DE SANTE DU PLATEAU SITE DE CLAMART	5 rue des carnets 92140 Clamart
Etablissement de santé	920300597	POLE DE SANTE DU PLATEAU SITE DE MEUDON LA FORET	3 à 5 avenue de villacoublay 92360 Meudon La Foret

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	41	/	21
MCO	Gyneco-Obstétrique	/	/	/
MCO	Médecine	62	21	/
SSR	SSR	60	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de service et d'assistance de transfusion autologue peri-opératoire avec le CTS de l'Hôpital Antoine Béclere Convention de transport de produits sanguins labiles avec la société

PHILIPPE –

Convention de transport de produits sanguins labiles avec la société 360° services

Convention de transport des produits de chimiothérapie avec la société PHILIPPE Taxi

Convention de sous traitance de reconstitution de chimiothérapie entre le site de Clamart et le site de Meudon

Convention avec le laboratoire d'analyses de biologie médicale BALIAN

Convention de délocalisation avec le laboratoire de biologie médicale BALIAN

Convention de coopération pour la co-utilisation d'un IRM entre l'AP-HP Antoine-Béclère, le C.C. Marie-Lannelongue, le C.R.T.T. de Meudon la Forêt et la Clinique du Plateau

Convention de coopération en cancérologie avec le CRTT de Meudon

Convention de coopération pour l'utilisation du Scanner/ICC

Convention de coopération du 21/04/2004 avec l'Hôpital d'Instruction des Armées de PERCY relative aux Soins de Suite et réadaptation

Convention de coopération avec L'AP-HP Antoine Béclère relative aux Soins de Suite et Réadaptation

Convention de coopération avec l'Unité de réanimation et Soins Intensifs de L'AP-HP Antoine Béclère

Convention Programme d'accompagnement du Retour à Domicile volet orthopédie, avec la CPAM des Hauts de Seine

Convention de partenariat avec la fondation Rothschild pour la prise en charge des patients en neurologie (AVC AIT)

Convention de coopération avec le centre Claire Demeure à Versailles pour l'hospitalisation des patients en soins palliatifs.

Convention avec l'association de Bénévoles RIVAGE pour la prise en charge des patients en fin de vie

Convention de coopération avec la Maison de Santé de Bellevue à Meudon et la Clinique du Château de Garches pour les patients relevant de psychiatrie

Convention de coopération avec l'EHPAD Hotelia Meudon

Convention de coopération avec l'EHPAD Ferrari à Clamart

Convention de coopération avec la maison de retraite du Parc à Fontenay

Convention de coopération avec la Résidence Retraite du Parc à Chatillon

Convention Institut Gustave Roussy

Convention Maison de retraite Chatelet de Meudon

Convention avec le CMPR Laennec (Malakoff) SSR

Convention avec l'EHPAD Madeleine VERDIER (Personnes âgées dépendantes) Montrouge

Convention avec l'EHPAD Saint Joseph – Clamart

Convention de coopération avec l'hôpital Privé d'Antony concernant l'accès au service de médecine nucléaire.

Participant à la fondation du réseau ONCOROP avec la Clinique de la Porte de Saint Cloud à Boulogne Billancourt

Membre du réseau ONCO 92 SUD – OSMOSE

Convention de coopération MAIA 92 sud

Convention de partenariat avec l'hôpital Beaujon pour la PDSSES (endoscopie digestive haute)

Convention de coopération en gynécologie obstétrique pour le suivi des grossesses

Convention stérilisation optiques Robot DA VINCI

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Gynécologie-obstétrique Depuis 01/11/2015

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
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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	Personne âgée	Hospitalisation complète/ chirurgie digestive	occlusion du grêle	Non programmé passage par les urgences	Complexe (via urgences ou surv. continue)	MCO
2	Adulte	Soins palliatifs	choc septique sur angiocholite	Programmé	Simple	MCO
3	Femme	Hospitalisation complète orthopédie	chirurgie ostéosynthésée par PTH	Non programmé	non programmé avec passage par les urgences	MCO
4	Enfant	Ambulatoire	chirurgie urologique	Programmé	Simple	MCO
5	Personne âgée	Hospitalisation complète SSR gériatrique	Poly pathologies suite chute et hémorragie	Programmé	Complexe polypathologie	SSR

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
6	Femme	SSR oncologie soins palliatifs (Clamart)	suite chirurgie oncologique	Programmé	complexe suite traitement chimiothérapie	SSR
7	Adulte	endoscopie	endoscopie diagnostique	Programmé	simple ambulatoire	

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

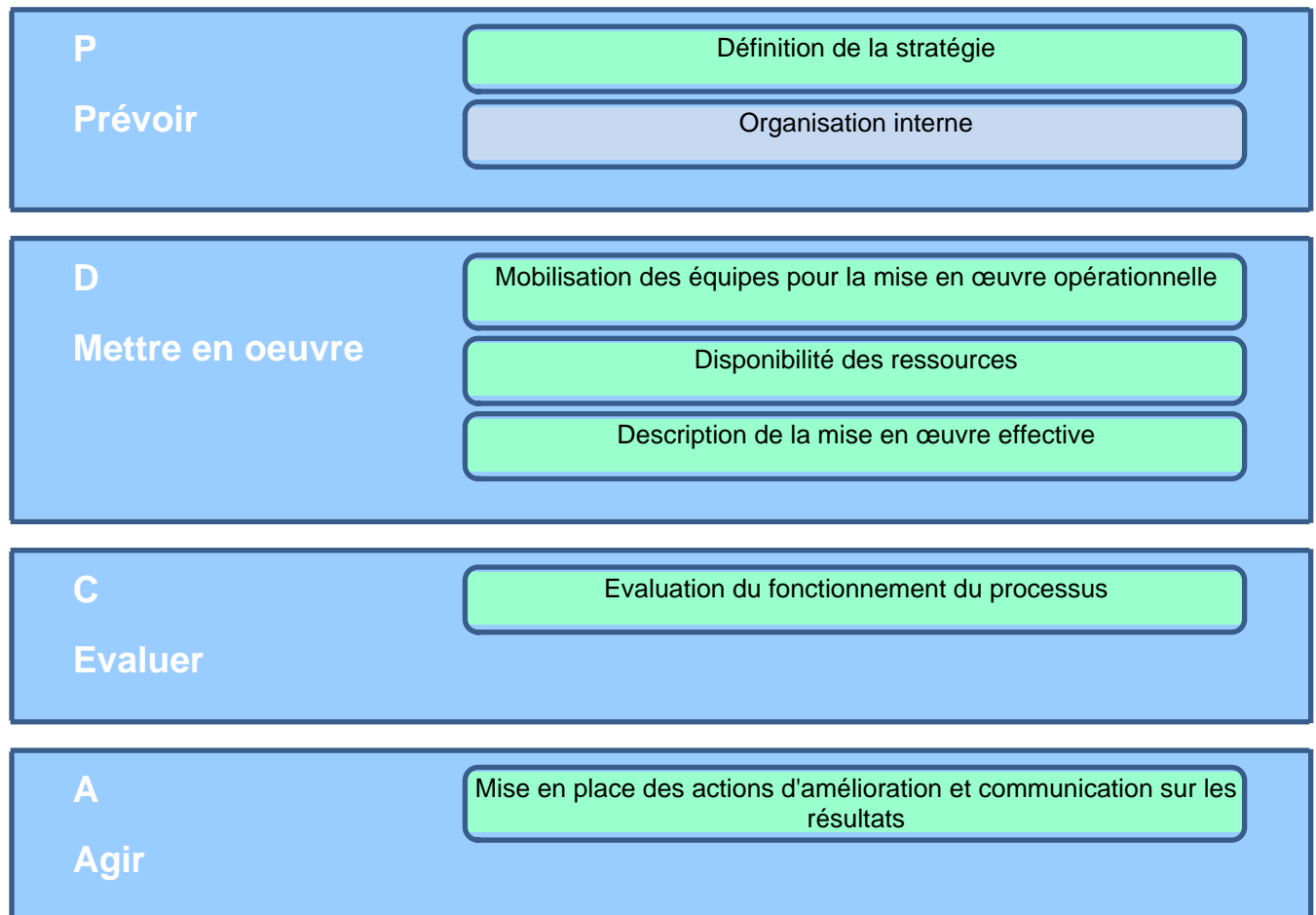
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le Pôle de santé du plateau Meudon est issu de la fusion des clinique de Meudon et de Clamart et dispose d'autorisation de chirurgie, médecine et de soins de suite et de ré éducation.

L'établissement a défini et formalisé une politique qualité -sécurité des soins. Le projet d'établissement 2015-2019 du Pôle de Santé du Plateau Meudon décrit les orientations stratégiques sur lesquelles s'appuie la politique qualité et sécurité des soins. Les orientations du projet d'établissement ont été définies par le Président Directeur Général, le Président de la CME et la Directrice des soins.

La politique s'articule autour de cinq axes stratégiques et objectifs d'amélioration du processus de management de la qualité et gestion des risques (poursuivre le développement de la culture qualité, valoriser l'implication de l'établissement dans le respect des droits du patient et l'implication des usagers dans le processus de soins, renforcer la qualité et sécurité des soins dans les différents parcours de pris en charge, optimiser les fonctions supports).

Une stratégie est établie notamment sur la base des missions, du contexte local et d'une analyse des risques a priori propres à l'établissement, la stratégie EPP, les obligations réglementaires, la démarche de prise en compte des risques y compris la gestion de crise et la prise en compte des constats du rapport de certification V2010.

La politique qualité et gestion des risques, validée par la direction et la commission médicale d'établissement (CME) fait l'objet d'un déploiement opérationnel suivi par un Comité Qualité & Gestion des risques (Copil Qualirisk). L'établissement organise les démarches d'analyses de risques, a priori et a posteriori selon une méthode projet. Les résultats issus des analyses de risques alimentent le plan d'amélioration de la qualité et sécurité des soins institutionnel (PAQSS).

Ce dernier s'appuie sur une logique de déploiement en mode projet (identification des responsables des actions, des échéances et modalités de suivi des actions). Le PAQSS fait l'objet d'une validation par les instances et un bilan d'avancement des actions est réalisé trimestriellement et un bilan annuel est réalisé, validé par le comité de direction (CODIR) et la CME, le CQRSS et diffusé auprès des instances, comités de référence concernés.

L'établissement mobilise ses différentes sources d'analyse afin d'alimenter le PAQSS et intégrer ses principaux risques au compte qualité.

L'engagement dans la démarche qualité et de la gestion des risques associe la direction d'établissement, la direction des soins, la responsable qualité et l'ensemble des professionnels.

La communication des engagements et objectifs institutionnels est partagée et communiquée largement incluant la commission des usagers (CDU), la commission médicale d'établissement (CME), le comité de direction (CODIR) et à l'ensemble des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le processus de management de la qualité et gestion des risques est piloté par la responsable qualité, les directrices des soins de Meudon et de Clamart. La démarche est fortement soutenue par le président directeur générale et quelques médecins.

Au regard de ses missions et des risques identifiés dans le processus de management de la qualité et des risques, l'établissement prévoit ses ressources humaines et compétences. L'établissement a ainsi constitué un groupe de personnes référentes (direction, coordinatrice des risques associées aux soins, responsable qualité, pilotes des thématiques, représentants médicaux et non médicaux) au sein du Comité Qualité & Gestion des risques (Copil Qualirisk).

Les rôles et responsabilités du pilote, des copilotes et des membres de l'équipe de la direction qualité et gestion des risques sont définis et formalisés dans des fiches de poste respectives. L'ensemble de ces personnes est formé à la qualité et gestion des risques.

Un dispositif de gestion documentaire électronique (GED) est mis en place pour faciliter la gestion documentaire de l'établissement. Les règles de rédaction, vérification et validation de ces documents sont établies.

Des locaux et équipements sont prévus pour la bonne gestion du processus du management de la qualité

et la gestion des risques.

L'organisation de la gestion des risques associe les différents secteurs d'activités et professionnels de l'établissement. Le partage des objectifs et de leurs atteintes est institutionnalisé et participe de part l'interfaçage et la coordination des secteurs d'activité à la dynamique institutionnelle.

Le suivi du compte qualité est assuré par la responsable qualité qui en établit des bilans réguliers à destination des instances. Le retour d'information est organisé pour les professionnels de santé via un journal interne ou les fiches de salaire.

Un bilan qualité GDR est inscrit à l'ordre du jour pour chaque réunion d'instances ou de comité. Un bilan est présenté à chaque réunion de CME et en CDU. Le copil Qualirisk travaille en lien étroit avec l'ensemble des comités, sous commissions de la CME afin de garantir le suivi du programme d'action conformément aux objectifs retenus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés dans les secteurs d'activité, les pilotes du processus de management de la qualité et gestion des risques et les cadres des différents secteurs organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Le Comité Qualité & Gestion des risques assure l'accompagnement méthodologique pour la mise en oeuvre de la démarche qualité et gestion des risques.

Les professionnels de santé sont régulièrement sensibilisés concernant les objectifs et état d'avancement des actions identifiées dans leur secteur ou sur le processus. Il existe un dispositif régulier de communication via les réunions des instances et la diffusion d'un journal interne.

Les membres du Comité Qualité & Gestion des risques interviennent régulièrement lors des réunions de service pour échanger avec les équipes sur des thèmes qualité ou encore conduire des actions de sensibilisation spécifiques (identitovigilance, retour sur EPP, tenue du dossier,...).

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés au signalement et à l'absence de sanction subséquente.

Les déclarants d'événements indésirables sont systématiquement informés des suites données et en cas d'EIG sont impliqués dans le groupe d'analyse des causes profondes (CREX ou RMM). Le retour d'expérience est organisé au travers des comités CREX et RMM qui se réunissent régulièrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose dans ses ressources en compétences d'une responsable qualité également gestionnaire des risques, de deux directrices des soins.

Les membres de l'équipe qualité sont formés dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

Des formations et réunions qualité et gestion des risques sont réalisées régulièrement pour mobiliser les professionnels sur des objectifs définis.

Un dispositif de gestion documentaire électronique est mis en place. Il intègre les règles de rédaction, vérification, validation, diffusion et mise à jour des documents qualités. L'ensemble des documents est disponible, accessible. Néanmoins, le dispositif de gestion documentaire n'est pas totalement actualisé. Il est constaté que le dispositif de gestion documentaire en partie au format papier et en partie informatisé n'était pas actualisé dans certains secteurs et selon certaines thématiques (prise en charge de urgences, parcours patient).

Tous les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel de signalement.

Ce dispositif est connu et utilisé par les professionnels.

Les locaux et équipements mis à disposition pour le management de la qualité et des risques sont adaptés et entretenus. Différents outils qualité et gestion des risques sont mis à disposition des équipes et sont appropriés dont un logiciel de traitement des événements indésirables.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité de l'établissement connaissent et mettent en oeuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Les instances fonctionnent et se réunissent au minimum trois fois par an ; les comptes rendus sont disponibles sur l'intranet.

La démarche d'évaluation des risques a priori est effective dans les différents secteurs visités.

L'établissement élabore des analyses de risques traduites par des cartographies permettant la hiérarchisation de ces derniers. Cette démarche permet la détermination des modalités de traitement des

risques en terme d'actions d'amélioration.
 Néanmoins, l'appropriation des analyses de risques a priori n'est pas totalement homogène il est constaté au décours des entretiens et ce bien que l'établissement communique ses engagements, que la démarche d'analyse de risque n'est pas réellement approprié par des professionnels.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. Le signalement des événements indésirables, l'analyse des causes profondes des événements indésirables (notamment les événements indésirables graves) selon la méthodologie ALARM adoptée par l'établissement et le traitement par action corrective sont effectifs. Les professionnels concernés sont associés dans ce dispositif.

L'établissement suit l'état d'avance du PAQSS ainsi que du compte qualité.

Les évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont déployées dans la majorité des secteurs d'activité cliniques et plateaux techniques.
 Les Réunions de Morbidité-Mortalité (RMM) ou Comité de Retour d'expérience (CREX) sont déployés, notamment dans les secteurs de chirurgie, anesthésie, réanimation et cancérologie. Ce dernier secteur réalise les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP).

Les dispositifs de vigilances, de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et des risques sont coordonnés par la direction et suivi par la Comité Qualité & Gestion des risques .
 La gestion de crise et plan blanc est effective avec des exercices réalisés annuellement.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est effective. Les données issues de cette exploitation contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

La participation des équipes des secteurs d'activité à la mise en oeuvre des actions d'amélioration, relatives aux déclarations des événements indésirables, dysfonctionnements, résultats des EPP et des RMM, est effective.

La CDU et les représentants des usagers sont impliqués dans le suivi des actions qualité gestion des risques. Un bilan est présenté à chaque CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement planifie et réalise des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), des audits, enquêtes de satisfaction, l'analyse des risques a priori et a posteriori et le suivi d'indicateurs pour évaluer le fonctionnement des différents processus et des différentes activités de l'établissement.

Le processus qualité gestion des risques est également évalué par le biais des audits patients traceurs réalisés, les audit processus, l'évolution de certains risques et le nombre d'actions réalisées.
 L'établissement assure de façon régulière l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des indicateurs nationaux (IQSS), des enquêtes de satisfaction.

Les représentants des usagers ont été sollicités et tenus informés de la démarche de certification , des politiques élaborées. Ils participent à la CDU et sont informés des réponses apportées aux usagers.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus des différentes évaluations réalisées. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions global institutionnel (PAQSS) et intégrées pour certaines au compte qualité.

Le suivi du programme d'action est mis en œuvre. Les résultats des actions menées sont communiqués institutionnellement aux professionnels à travers les réunions de service, le newsletter qualité, l'intranet ou les comptes rendu des comités.

Des indicateurs spécifiques retenus pour le processus de management de la qualité GDR (formations, nb réunions de sensibilisation, nb documents créés ou actualisés/documents consultés, nb réunion instances, nombre des événements indésirables de CREX, de RMM et de participants aux journées d'

informations...).

Le dispositif Esatis est en place avec information des patients. Un suivi du déploiement du dispositif est réalisé en CDU.

Les usagers sont informés des résultats IQSS par voie d'affiches pour les indicateurs et par le biais des réunions de la CDU .

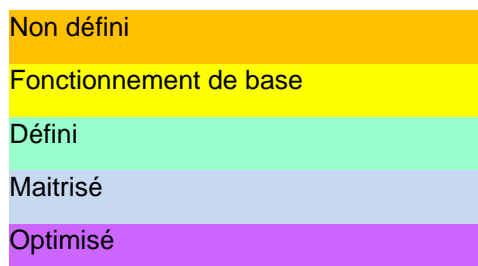
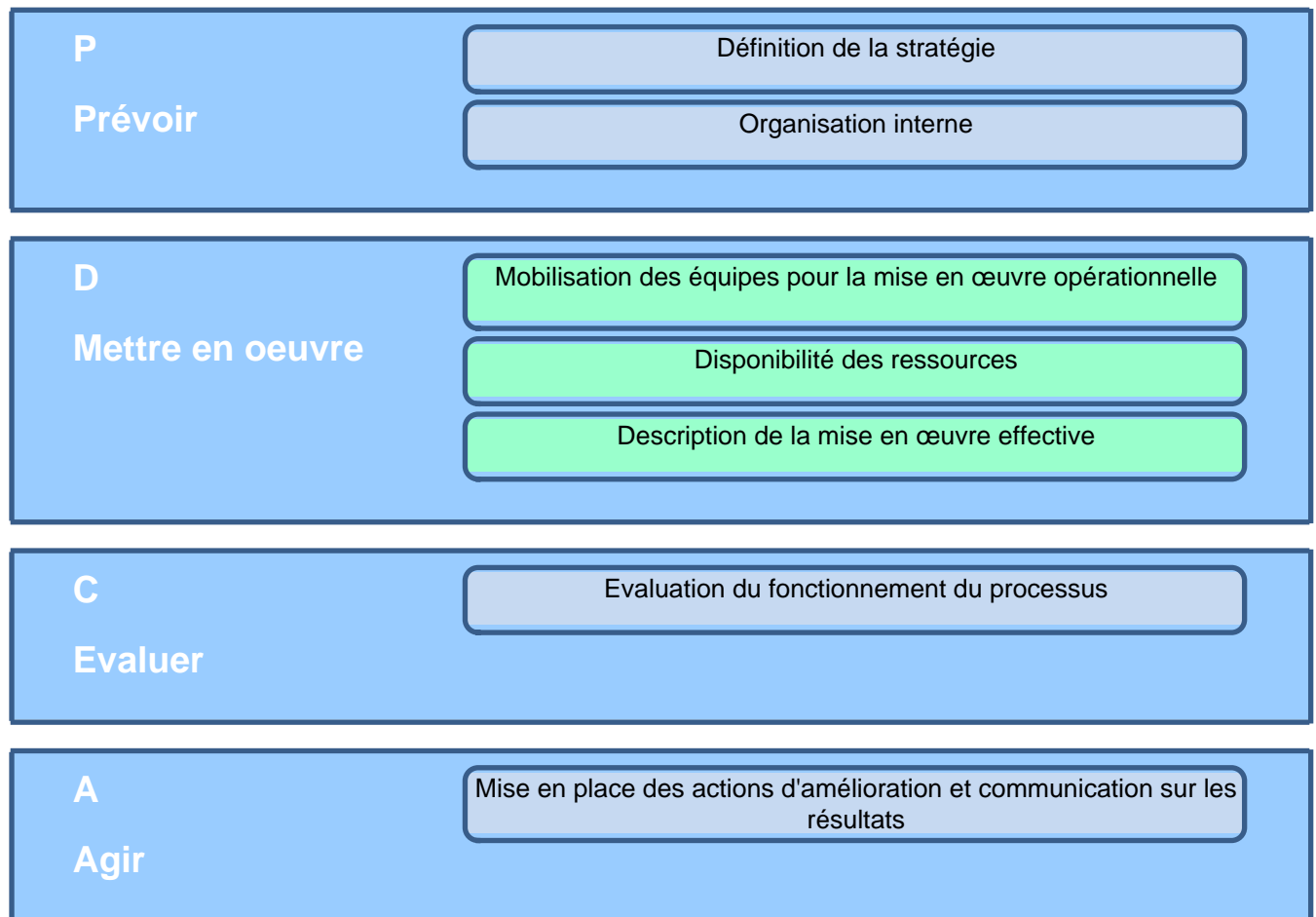
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement Pole santé du plateau Meudon a défini et formalisé sa politique de gestion et de prévention du risque infectieux. Celle-ci, portée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) prend en compte la réglementation ainsi que les orientations attendues de part le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

L'établissement élabore une stratégie formalisée, qui prend en compte l'analyse des risques à priori et à posteriori, le tableau de bord des infections, les résultats des indicateurs internes (audits, enquêtes, surveillance) et les résultats des indicateurs nationaux.

Les orientations validées par la commission médicale d'établissement (CME) et le comité de pilotage qualité risques (Copil Qualirisk) sont déclinées en terme d'objectifs opérationnels, intégrés au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel, articulés au compte qualité et suivis en mode projet. Pour exemple, les actions portent sur le suivi du programme de formation en hygiène, les surveillances épidémiologiques, la surveillance environnementale, les évaluations des pratiques professionnelles et les audits réalisés.

L'établissement élabore ses analyses de risques sur la base d'une méthodologie formalisée et correspondant aux propositions de la haute autorité de Santé (criticité, dispositif de maîtrise,). Des objectifs prioritaires sont extraits des analyses, articulées au compte qualité et portent sur l'amélioration des processus (circuit des informations, utilisation des solutions hydro alcooliques, traçabilité de l'évaluation de l'antibiothérapie, risques environnementaux).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion du risque infectieux est établi et formalisé. Son organisation est assurée par un trinôme (président du CLIN, Directrice des soins, pharmacien) au sein d'un groupe « gestion du risque infectieux ».

Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires, en effectifs (réseau de correspondants en hygiène) et compétences. Une équipe opérationnelle d'hygiène est en place et missionnée dans le cadre de l'application des objectifs institutionnels.

Le déploiement associe des personnes ressources (anesthésiste, coordonnateurs en hygiène, coordonnateurs des services de soins).

La formation des professionnels est organisée et formalisée.

L'établissement dispose d'un système documentaire au format informatique, accessible pour tout professionnel (protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux (infections associées aux soins, infections du site opératoire, surveillance des BMR,...).

L'hygiène des locaux est organisée et formalisée.

Les interfaces sont organisées entre le CLIN, et d'autres structures ressources concernées (médecine du travail, services techniques, laboratoire d'analyse environnementale, responsables de travaux, blocs opératoires, groupe de travail endoscopie, CCLIN nord...) avec planification de réunions annuelles. Ce dispositif permet la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité et favorise l'articulation cohérente des missions et compétences. L'établissement participe au réseau de surveillance national RAISIN.

Des conventions sont établies avec des établissements de recours en matière d'antibiothérapie (Hôpital Mignot à Versailles), pour les accidents d'exposition aux liquides biologiques (Hôpital Bécclère). La surveillance environnementale est organisée ainsi que les mesures de protection des professionnels (AES).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement du programme de gestion des risques infectieux est assuré par les coordonnateurs des

services, la direction des soins, les médecins et la gestionnaire des risques. Les membres du CLIN ainsi que les référents en hygiène assurent sur chaque site le relais pour l'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre des actions définies dans les services de soins.

La mobilisation des équipes est engagée de par la sensibilisation des professionnels et leur implication à la réalisation des objectifs. La communication des résultats est réalisée dans le cadre de bilan d'étapes semestriels en comité de direction (CODIR), des réunions de la CME, des réunions trimestrielles du comité de gestion des risques copil QUALIRISK, des réunions d'encadrement, des réunions médicales et des réunions d'équipe.

Les informations sont également transmises par affichage dans une zone définie dans les services de soins, par intranet, par la fiche QUALIRISK, par le journal interne et par les informations remises avec la fiche de paye.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires en compétences (effectifs, formation) et matériel (consommables, locaux et équipements) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

La documentation est accessible. L'accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie est organisé avec le référent en antibiothérapie de l'établissement, des protocoles d'antibiothérapie curatives et d'antibioprophylaxie sont disponibles et régulièrement mises à jour. Des avis externalisés et de recours sont organisés avec les structures hospitalières du territoire (Hôpital Mignot). Le logiciel de prescription informatique intègre également des éléments d'aide à la prescription d'antibiotiques.

La formation périodique des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, à la prévention du risque infectieux et au bon usage des antibiotiques est organisée. Un programme annuel est proposé et assuré par le CLIN pour l'ensemble des catégories professionnelles, y compris les correspondants en hygiène et les représentants des usagers.

L'hygiène des locaux, du linge et des déchets est définie et formalisée, ainsi que les circuits.

L'information du patient et du public est réalisée grâce à des données issues du livret d'accueil, et de l'affichage des résultats des indicateurs nationaux « Qualité et Sécurité des Soins » et notamment les indicateurs TBIN dans l'établissement. L'information du patient si porteur de BMR et en cas de signalement est réalisée par des documents spécifiques et elle est tracée dans le dossier du patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité met en œuvre les organisations et procédures prévues. Les professionnels sont impliqués dans la lutte contre les infections associées aux soins.

Les responsables s'assurent en continu de la conformité des pratiques sur le terrain et dans le cadre des audits du respect des bonnes pratiques, de l'application des procédures et protocoles mis en œuvre suite à l'identification des risques.

Les protocoles/ procédures (Hygiène des mains, Précautions standards autres qu'hygiène des mains, Précautions complémentaires, Prévention des infections associées aux gestes invasifs (sonde urinaire, cathéters veineux centraux, chambres implantables, prise en charge d'un AES) sont connus et utilisés par les personnels.

Le dispositif de surveillance et de signalement est opérationnel (risque environnementaux, surveillance des ISO). Les modalités de gestion des épisodes épidémiques (mise en place d'une cellule de crise, organisation de la prise en charge de patients contagieux,...) sont en place et sont connus de l'ensemble des acteurs chargés de la gestion d'une crise.

La dispensation antibiotique est nominative, elle est validée par le pharmacien et il existe une réévaluation à 48-72H et une traçabilité de l'argumentation pour toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours grâce au logiciel de prescription et à des alertes du pharmacien.

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 48ème heure est réalisée comme le confirme le résultat de l'indicateur ICATB.

La surveillance de la consommation des antibiotiques au sein de l'établissement est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement engage et produit un plan d'actions et d'évaluations périodiques et recueille les indicateurs nationaux.

Des évaluations « patient traceurs » sont réalisées et permettent l'élaboration d'actions correctives. Les équipes ont élaboré un dispositif d'évaluation dit « chambre des erreurs ».

Des évaluations sont réalisées sur la base des indicateurs nationaux ICALIN et ICATB, d'indicateurs internes (nombre d'AES, proportion d'antibio-prophylaxie de plus de 24h, proportion des antibiothérapie de plus de 7 jours,...), le suivi des BMR, des audits (Contrôle de la qualité du bio nettoyage par des audits réguliers hebdomadaires, désinfection des main, patients traceurs, chambre des erreurs...), le nombre de signalement d'IAS, le nombre de personnels formés en hygiène, les EPP (infections de chambres implantables), et la participation aux enquêtes nationales d'incidence des infections du site opératoire et la participation au réseau de surveillance des AES.

A / AGIR

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

L'établissement mobilise les résultats de ses évaluations et actions d'amélioration en matière de révision de sa politique de gestion du risque infectieux.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et versées au compte qualité, (pour exemple l'amélioration de la ré évaluation de l'antibiothérapie et de sa traçabilité, entretien du réseau d'eau, application des mesures de protection standard,..).

Des actions correctives sont identifiées en continu en cas de dysfonctionnements, de baisse des résultats des indicateurs nationaux ou internes du processus de gestion du risque infectieux.

Les résultats des indicateurs, des enquêtes et des plans d'actions sont diffusés en interne via l'intranet, lors des réunions de CLIN, lors des réunions des référents en hygiène, lors des réunions du comité de pilotage qualirisk (avec les représentants des usagers), en CME et en CODIR, par les coordonnateurs et les référents en hygiène des services, ainsi que les membres du CLIN.

En externe, la diffusion est réalisée par l'affichage dans l'établissement, dans le livret d'accueil du patient, par communication annuelle à la CDU.

L'ensemble des évaluations menées y compris les actions de formation et les résultats sont rassemblés et intégrés dans le rapport annuel d'activité du CLIN qui présente le bilan des actions menées en faveur de la gestion du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques. Ce rapport est soumis aux instances et mis à disposition des professionnels sur l'intranet.

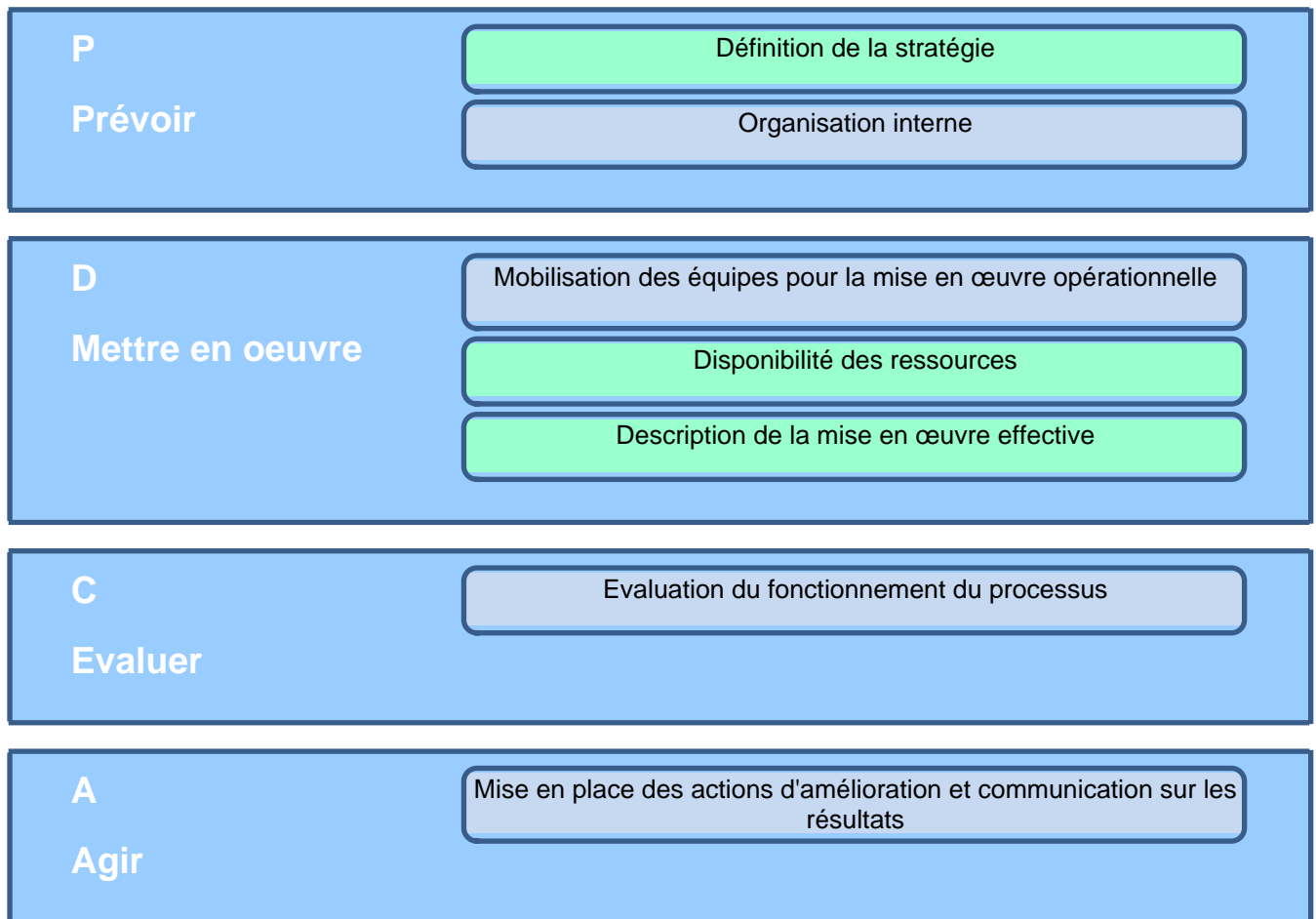
DROITS DES PATIENTS

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 Pôle de Santé du Plateau regroupe deux établissements de santé du secteur privé à but commercial distants d'environ 2 kilomètres situés, l'un à Meudon, l'autre à Clamart.

Le site de Meudon est une clinique médico-chirurgicale de 155 lits et places. L'activité chirurgicale d'hospitalisation complète et ambulatoire regroupe de nombreuses spécialités avec des autorisations en matière de cancérologie. Le service de médecine comprend, en outre, des lits de Soins Continus et de Soins Palliatifs. L'activité ambulatoire de chimiothérapie dispose de 8 places. Le service des urgences est autorisé pour 3 lits.

Un pôle de consultations externes est présent dans les locaux de la clinique. La maternité et son bloc ont été fermés en 2015. Le plateau technique comprend, entre autres équipements, 10 salles d'opération dont 2 réservées à l'endoscopie, un robot chirurgical (urologie). Un plateau d'imagerie privé avec IRM et scanner est attenant à la clinique.

La Clinique médicale et de soins de suite de Clamart comprend 20 lits de médecine à orientation gériatrique et oncologique, dont 4 dédiés aux soins palliatifs, ainsi que 64 lits de soins de suite polyvalents et cancérologiques. L'établissement a ouvert récemment un hôpital de jour de médecine et de soins de suite de 15 places à orientation gériatrique.

Un pôle de consultations externes diversifiées, un plateau technique constitué d'un service de radiologie conventionnelle ainsi que d'une balnéothérapie, tous deux privés, sont présents dans les locaux.

Le Pôle du Plateau a passé des conventions de tiers-payant avec de nombreuses assurances complémentaires pour éviter l'avance de frais à ses patients.

Sa politique du respect des droits des patients est inscrite dans ses orientations stratégiques et ses projets en association avec la Commission Des Usagers (CDU) et avec la CME.

Un programme unique d'amélioration de la qualité et de réduction des risques (PAQSS) alimente le Compte Qualité (CQ). La hiérarchisation de ces risques suit la méthode proposée par la HAS. Ce programme est présenté annuellement aux instances y compris la CDU.

Sur le thème des droits des patients, le CQ a retenu les risques prioritaires assortis de plans d'action. L'analyse des risques est issue d'une cartographie.

L'identification des risques trouve sa source dans les Fiches d'Evènements Indésirables (FEI), dans les enquêtes tant auprès des résidents que du personnel, dans l'analyse des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations ainsi que dans le suivi des facteurs potentiellement générateurs de maltraitance ou d'atteinte au principe du respect de la confidentialité des données relatives au patient.

Ce dernier point est pris en compte dans l'organisation architecturale des différents secteurs d'activité.

L'identification des risques prend par ailleurs en compte les constats du rapport de certification V2010 (information en cas de dommage lié aux soins).

Le respect des droits du patient prend en compte les thèmes qui lui sont associés : bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, toujours en association avec la CDU. La promotion de la bienveillance est intégrée dans les projets de l'établissement.

Le programme d'amélioration spécifique aux droits des patients définit pour chacune des actions les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le Pôle de Santé du Plateau a mis en place une organisation pour piloter et administrer la politique liée aux droits du patient. L'établissement pourvoit aux ressources nécessaires en effectif et compétences.

Les rôles et responsabilités des professionnels en charge de cette fonction sont définis : un cadre de santé est en charge du pilotage du processus.

Les différents acteurs disposent de fiches de mission dans ce domaine particulier Une instance spécifique aux Droits Du Patient (DDP) est en place. Cette instance est chargée d'analyser et de conduire les actions proposées et retenues. Elle en rend compte lors de réunions de bilan régulières devant le Copil QUALIRISK qui est le comité de pilotage de l'ensemble de la qualité et des risques au niveau du Pôle.

L'établissement a mis en place un espace éthique commun à ses deux sites.

Des actions de formation spécifiques au respect des droits du patient sont programmées.

Les besoins en processus sont identifiés et formalisés ainsi que les procédures qui en découlent. Ils concernent l'ensemble des thèmes concernés par la mise en œuvre des DDP : les dispositions en matière de signalement des cas de maltraitance, ainsi que celles relatives à l'accueil et à l'accompagnement de l'entourage, à l'information du patient sur son état de santé, sur le consentement éclairé et le refus de soins incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins ainsi que pour l'accès du patient à son dossier.

Les équipements et la signalisation répondent aux besoins et attentes des usagers. La gestion des interfaces facilite la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Une enquête auprès des professionnels a eu lieu fin 2016 sur le thème : « Lutter contre la maltraitance ordinaire ». Une EPP sur la promotion de la bientraitance et une sur l'information au patient en cas de dommage lié aux soins sont en cours de réalisation.

Les conclusions d'une analyse de retour d'expérience (REX) sur la gestion d'une plainte suite à un décès ont été diffusées aux professionnels et aux représentants des usagers.

Des actions correctives sont déployées en cas de non atteinte des objectifs fixés ou en cas de non maîtrise des bonnes pratiques. Les informations recueillies par l'analyse des questionnaires de satisfaction, l'enquête de satisfaction en continu e-Satis, des audits ainsi que par l'analyse des FEI, permettent l'émergence de ces démarches.

L'éducation du patient à la douleur, y compris les enfants, est assurée par une démarche pédagogique des professionnels en vue de l'utilisation de l'échelle d'évaluation utilisée en lien avec le CLUD. Sur l'ensemble des sites, les personnels infirmiers disposent de prescriptions anticipées d'antalgiques adaptées à chaque patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels du Pôle de Santé du Plateau se voient proposer des formations visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ainsi qu'aux droits des patients et à son information en cas de dommage lié aux soins. 6 groupes de formations sur le thème des DDP ont eu lieu en 2016 : « Ethique dans le soin » (27 personnes) ; « Evaluation de la douleur » (35 personnes) ; « Droits des usagers » (29 personnes). Les droits des patients sont inscrits au programme de la réunion de formation des nouveaux arrivants.

Un groupe de bénévoles associatifs est présent quotidiennement dans les services pour aider et accompagner les patients.

Les personnels disposent des locaux et matériels nécessaires à leur activité : locaux pour l'accueil, postes de surveillance, locaux techniques, postes informatiques. En cas de besoin, les médecins présents en permanence sur les divers secteurs du Pôle sont joignables.

La documentation est portée par un logiciel spécialisé qui est disponible sur tous les postes informatiques de tous les secteurs d'activité pour l'ensemble du personnel. Son actualisation est assurée régulièrement par le service qualité. Le logiciel comprend en particulier l'ensemble des procédures et protocoles dans chaque thématique. En cas de panne informatique, des ordinateurs hors réseau garantissent des sauvegardes régulières.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Pôle de santé du Plateau a organisé des actions visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance : chambre des erreurs, formation, enquêtes.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement, est assuré dans l'ensemble des secteurs d'activité ainsi que cela a été constaté lors des visites par l'équipe des experts-visiteurs. Chaque chambre double est équipée d'un paravent.

Des réflexions éthiques ont eu lieu par exemple sur les thèmes de "La pertinence de la transfusion pour un patient en fin de vie" et "Bientraitance et respect de la volonté d'un patient jugé incohérent". Le Pôle de Santé du Plateau a identifié dans ses projets de service les situations nécessitant une restriction des libertés individuelles dont le respect est garanti par la mise en œuvre de dispositions adéquates. Le suivi des contentions fait l'objet d'une attention particulière avec traçabilité dans les dossiers. Les psychologues de l'établissement interviennent en soutien des équipes et des patients en cas de besoin.

L'organisation et les pratiques en vigueur permettent le respect de la confidentialité et du partage des informations relatives au patient : aucun affichage de noms n'est présent et les accès aux données médicales du dossier sont régis et contrôlés. Le suivi des contentions fait l'objet d'une attention particulière avec traçabilité dans les dossiers.

Un accueil personnalisé du patient est réalisé ainsi que des actions de soutien de l'entourage dans les situations qui le nécessitent, en particulier pour les fins de vie. Les patients pour lesquels l'accès aux soins pourrait être remis en cause pour des raisons financières sont accompagnés par le service social afin de lever cet obstacle. De même, le recueil de la volonté du patient incluant, éventuellement, ses directives anticipées, est effectif ; il en est de même pour la réflexion bénéfice-risque.

En cas de diagnostic grave, le patient est informé par le médecin et accompagné par la psychologue si besoin. La consultation d'annonce est mise en œuvre pour les diagnostics de cancer. Le patient et, le cas échéant son entourage, sont associés de façon participative à la construction et à la mise en œuvre de son Projet Personnalisé de Soins qui est revu régulièrement ou chaque fois que nécessaire. La réflexion bénéfice/risque est alors abordée.

Une information est délivrée par le médecin traitant au patient en cas de dommage lié aux soins. La traçabilité de l'évaluation de la douleur est assurée par les professionnels comme cela a été constaté lors de la visite.

Les patients sont informés sur leurs droits et sur les missions de la CDU par le biais des supports de communication déployés par l'établissement : livret d'accueil, affiches, informations orales.

Les coordonnées des représentants des usagers sont affichées et inscrites dans le livret d'accueil. Ils sont également informés de leurs droits d'accès à leur dossier par le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les points d'accueil. Il en est de même pour la possibilité de désignation d'une personne de confiance. Enfin, l'implication des représentants des usagers dans le fonctionnement est favorisée et accompagnée par le management, ainsi que cela a été constaté par les experts visiteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Pôle de Santé du Plateau procède à une évaluation de son processus de prise en compte de la bientraitance et du respect des droits et de la satisfaction des patients et de son entourage au moyen de l'analyse programmée des FEI et d'une enquête permanente de satisfaction (libertés individuelles, bientraitance, maltraitance, confidentialité). A ce titre, des indicateurs relatifs aux droits des patients sont suivis selon un planning annuel depuis plusieurs années : 14 indicateurs dont 9 sur la douleur et 6 sur la fin de vie.

Les délais de traitement des plaintes et réclamations (72 en 2016 pour les 2 sites selon le rapport de la CDU) sont suivis (délai moyen de réponse : 8 jours). Il y a eu 58 demandes recevables de dossiers en 2016, avec un délai moyen de traitement de 7 jours maximum pour tous les dossiers (+ ou - de 5 ans).

Les actions d'évaluation relatives au respect des droits des patients sont inscrites au programme issu des travaux de la CDU et sont intégrées au PAQSS et au CQ de l'établissement; les résultats de ces évaluations sont fournis lors des réunions trimestrielles de la CDU et du comité de pilotage qualirisk.

Une enquête auprès des professionnels a eu lieu fin 2016 sur le thème : « Lutter contre la maltraitance ordinaire ». Une EPP sur la promotion de la bientraitance et une sur l'information au patient en cas de dommage lié aux soins sont en cours de réalisation.

Les conclusions d'une analyse de retour d'expérience (REX) sur la gestion d'une plainte suite à un décès ont été diffusées aux professionnels et aux représentants des usagers.

Ce dispositif d'évaluation et de suivi fait l'objet d'un bilan annuel auquel sont associées les instances concernées.

Des audits sont menés sur la traçabilité du consentement éclairé, sur la prise en compte de la douleur, sur le respect des délais du traitement des plaintes et réclamations.

Le bilan annuel du service d'accompagnement psychologique et celui du service social sont présentés au bilan du Copil qualirisk.

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

Le Pôle de Santé du Plateau mène des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus. Ces actions concernent l'ensemble du processus relatif aux droits des patients : respect de la dignité et de l'intimité, confidentialité des informations, satisfaction de l'entourage, restriction des libertés, recueil du consentement et de la satisfaction, information en cas de dommage lié aux soins.

A titre d'exemple parmi les actions d'améliorations réalisées, on peut citer : l'augmentation du nombre de recours à l'équipe mobile de secteur de Soins Palliatifs ; l'amélioration de l'accompagnement des équipes et des familles dans le secteur des Soins Palliatifs grâce à l'intervention du service de soutien psychologique ; la mise en place d'un livret d'accueil des patients sous forme d'audio guide.

Les délais d'attente au service des consultations ont également été améliorés par un équipement de bornes électroniques.

Le programme d'amélioration de la thématique des droits des patients est réajusté au moment de la revue annuelle de fin d'exercice du PAQSS et de la programmation pour l'année à venir.

La CDU est associée à ces démarches. La Commission est informée sur les évolutions du PAQSS, le traitement des réclamations et plaintes, les recours juridiques, les demandes dossiers et leur traitement, l'évaluation de la satisfaction des usagers ainsi que des événements indésirables en lien avec la prise en charge des patients.

Les professionnels sont destinataires d'informations régulières lors des réunions des instances et de services ; un journal interne est diffusé à tous les professionnels. L'affichage réglementaire des résultats est assuré.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

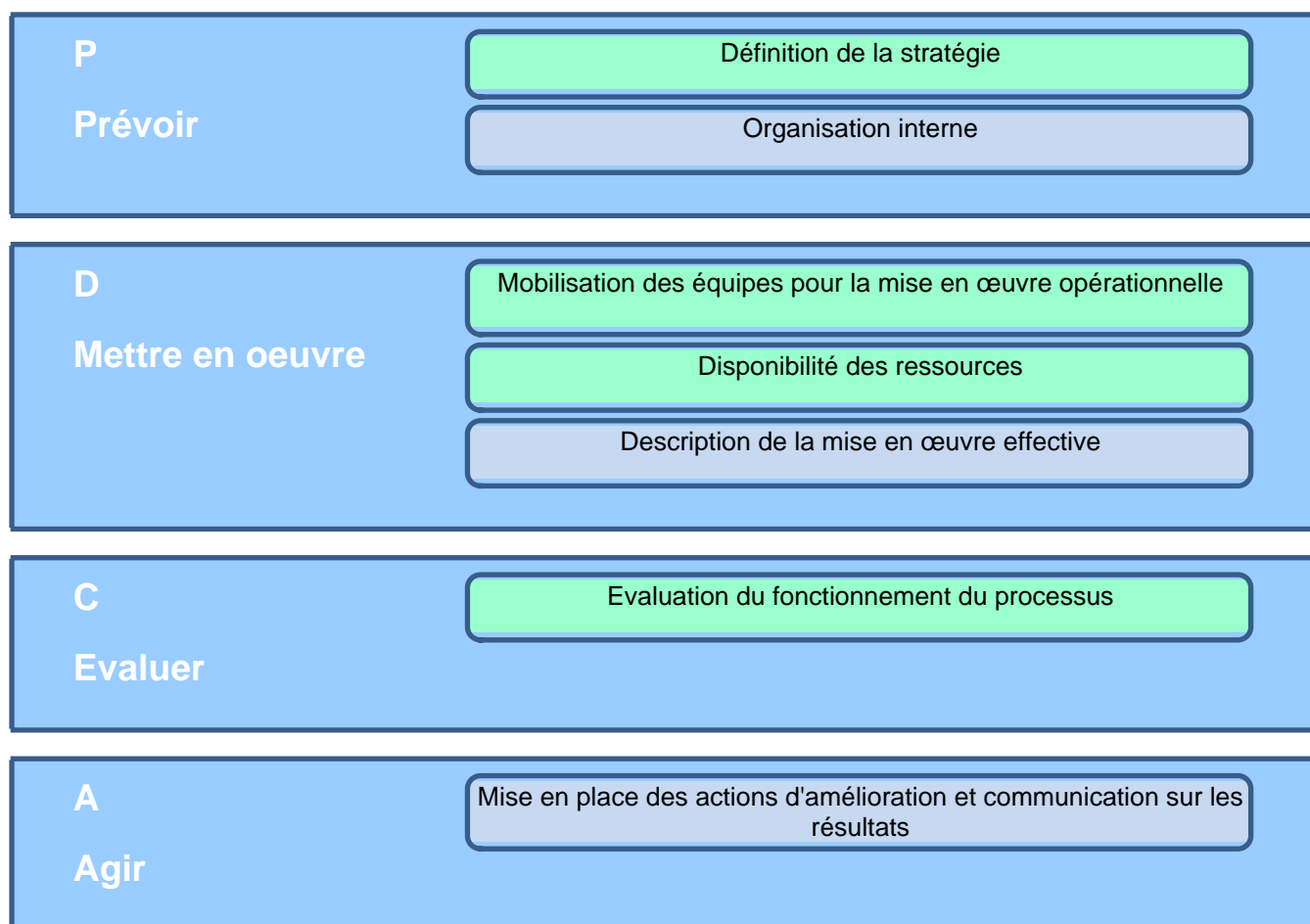
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 de santé privé Pôle de Santé du Plateau est situé sur 2 sites, l'un à Meudon-la-Forêt et l'autre à Clamart.

Il comporte 243 lits et places répartis en 144 lits sur le site de Meudon (services de médecine, chirurgie, chirurgie ambulatoire, chimiothérapie ambulatoire, urgences médico-chirurgicales avec 3 lits d'UHCD, bloc opératoire de 10 salles et SSPI, plateau d'imagerie médicale avec IRM et scanner et plateau de consultations pluridisciplinaires), et 99 lits sur le site de Clamart (service de soins de suite et réadaptation orientée en cancérologie, gériatrie, service de médecine, hôpital de jour de médecine et de SSR gériatrie, plateau d'imagerie médicale et plateau de consultations pluridisciplinaires).

Il existe 7 lits de surveillance continue (4 en médecine et 3 en chirurgie) sur le site de Meudon et 8 lits de soins palliatifs sur le site de Clamart (4 en médecine et 4 en SSR). Le site de Clamart dispose d'une salle de kinésithérapie.

L'établissement établit sa politique en mettant en avant ses valeurs que sont : « Des valeurs communes, partagées et reconnues par tous » et « Satisfaire les besoins bio psycho sociaux culturels des personnes soignées dans une ambiance de travail dynamique, motivante et performante, en garantissant aux patients des prestations de qualité dispensées avec professionnalisme et en interdisciplinarité, tout en assurant aux personnels des conditions d'exercice professionnel satisfaisantes » et poursuivre son action sur le repérage du patient vulnérable.

Une politique d'amélioration du parcours du patient est intégrée au projet d'établissement du pôle de santé du Plateau ainsi que via le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

Elle est validée par les différentes instances telles que la Commission Médicale d'établissement (CME), le Comité Qualité & Gestion des risques (Copil Qualirisk), le Comité de direction (CODIR) et révisée périodiquement.

Elle définit les orientations ou les stratégies, en matière d'organisation de principaux parcours (médecine, chirurgie, SSR) et de coordination des acteurs, en lien avec l'extérieur et comportant des objectifs opérationnels (organiser le séjour des patients en répondant à une logique de parcours cohérente, assurer une coordination de l'ensemble des professionnels en lien avec les différents parcours et avec la médecine de ville, proposer des prises en charge prenant en compte les spécificités des patients et renforcer la sécurité des patients tout au long de leur séjour). Le recensement des besoins et attentes de la population sont issus du schéma régional d'organisation des soins et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). L'articulation entre le compte qualité et le PAQSS institutionnel est effective.

Les données exploitées par l'établissement par le groupe de travail pluridisciplinaire parcours du patient sont issues de la cartographie générale des risques, prenant en compte les risques potentiels a priori et les risques a posteriori (fiches d'évènement indésirables et les plaintes et réclamations), les audits (taux d'occupation des salles, temps du parcours ambulatoire), les résultats d'analyse des indicateurs IQSS transversaux délai d'envoi des courriers, les indicateurs de pratique clinique choisis par l'établissement, questionnaire de sortie e-satis. Cette analyse est totalement intégrée et en lien avec le projet d'établissement 2015-2019.

A partir de la cartographie des risques, ont été identifiés les risques prioritaires, intégrés au niveau du compte qualité, en fonction de leur niveau de criticité et concernent plusieurs segments du parcours patient (la prise en charge du patient insuffisante à son arrivée en raison d'un recueil de données incomplet et d'une évaluation de ses risques insuffisante, le défaut de continuité de prise en charge à la sortie, le manque de structuration du projet thérapeutique pouvant entraîner une prise en charge inadaptée par d'autres intervenants (médecin de garde, nuit...), la désorganisation du service ambulatoire en raison des entrées mal programmées ou du nombre trop important de patients et des sorties tardives, le défaut de prise en charge des troubles nutritionnels en chirurgie, défaut de traçabilité d'information donnée aux patients ou à sa famille).

Cette analyse est déclinée en plan d'action de la thématique comportant le libellé de l'action, les objectifs, les actions d'amélioration et de priorisation, les responsabilités et le pilotage, d'échéances, de modalités de suivi, d'état d'avancement et de date de clôture.

Ce plan est validé par le Copil Qualirisk, et la CME en lien avec les différentes instances concernées (comité de lutte contre la douleur CLUD, le Comité de liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), la cellule

d'identitovigilance, le conseil de bloc, le comité endoscopie, ou le comité urgences).
Le suivi du programme global institutionnel reprend l'ensemble des actions inhérentes à chaque processus sous forme de rétroplanning sur 2016 et 2017 en termes d'état d'avancement et de réalisation.

Les objectifs prioritaires sont identifiés et portent sur l'amélioration de l'exhaustivité des informations recueillies avant l'entrée et à l'entrée (escarre, chute, errance, fausse route, dénutrition, risque suicidaire), l'amélioration de la continuité de la prise en charge au cours du séjour du patient (lisibilité et la visibilité du projet thérapeutique, gestion des flux des patients en ambulatoire, prise en charge nutritionnelle des patients en chirurgie du cancer digestif) et des données de sortie patient (traçabilité de l'information donnée au patient au moment de sa sortie, valoriser les actions d'éducation proposées aux patients (stomie, nutrition, prise en charge médicamenteuse...)).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du parcours du patient. Le pilotage stratégique est assuré par un trinôme comprenant le médecin président directeur général de l'établissement, le président de la CME, et la directrice des soins. Les missions des pilotes et des co-pilotes sont définies dans une fiche de mission formalisées et validée par la CME.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis.
Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

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

Les compétences et effectifs des professionnels sont identifiés dans chacun des secteurs et répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge (patient gériatrique, patient en soins palliatifs, population possédant des handicaps, population pédiatrique).

Il existe une équipe mobile de soins palliatifs au sein de l'établissement. Le soutien du personnel si besoin en faisant appel aux psychologues de l'établissement est organisé.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants et des intérimaires sont définies. Un parcours d'intégration des nouveaux personnels soignants est organisé (livret d'accueil, période de tutorat évaluation des compétences).

La gestion documentaire informatisée est mise en œuvre pour ce qui concerne les documents nécessaires à la pratique professionnelle. Il existe dans les services une gestion documentaire papier des procédures couramment utilisées issues de la GED informatique (transfusion, urgence vitale,..). Il existe une procédure de tenue à jour de ces classeurs.

Les ressources en matériel sont organisées et en adéquation avec l'activité. en terme de maintenance biomédicale. Le matériel non disponible sur le site peut être loué selon une procédure connue des personnels (ex matelas à air).

Les parcours (médecine, chirurgie, SSR) sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques que ce soit les processus décrivant les liens avec les structures hors établissement, ceux décrivant les interfaces entre les activités liées au parcours du patient incluant celles avec les processus support, celles de prise en charge des populations vulnérables (patients âgés, patient en soins palliatifs, population pédiatrique), les modalités de communication, les coopérations extérieures (conventions avec l' Hôpital Beclère pour la réanimation, l'obstétrique, la psychiatrie, avec le laboratoire privé d'analyses de Clamart, le Centre de radiothérapie des tumeurs,...), les partenariats avec les structures médico-sociales. Le travail en réseau est favorisé.

Une convention a été établie avec la maison de santé Claire Demeure, centre de soins palliatifs à Versailles, ce qui permet une étroite collaboration des prises en charge palliatives de fin de vie à la demande des patients/entourage ou pour un rapprochement géographique. Enfin, le Pôle de Santé travaille en partenariat avec le réseau Osrose, réseau de cancérologie, gériatrie et soins palliatifs actif sur le secteur, afin de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge.

La continuité de la prise en charge des patients est prévue, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés.
Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses besoins, l'établissement met en oeuvre la déclinaison opérationnelle de ses objectifs. Le déploiement opérationnel est assuré par les coordonnateurs de santé, la direction des soins, les médecins et la gestionnaire des risques.

La sensibilisation des professionnels est réalisée dans le cadre de bilan d'étapes semestrielles au CODIR, de réunions de CME, de réunions trimestrielles du comité de gestion des risques copil QUALIRISK, de réunions d'encadrement, de réunions médicales et des réunions d'équipe.

L'évaluation périodique des activités est réalisée et l'information est également transmise par l'affichage dans une zone définie dans les services de soins, par intranet, par la fiche QUALIRISK, par le journal interne et par les informations remises avec la fiche de paye.

Il existe une mobilisation entre les acteurs de santé de part la proximité des pilotes avec les professionnels. Les responsables s'assurent en continu de la conformité des pratiques sur le terrain et dans le cadre des audits du respect des bonnes pratiques, de l'application des procédures et protocoles mis en oeuvre suite à l'identification des risques. Des actions correctives sont identifiées en continu en cas de dysfonctionnements, de baisse des résultats des indicateurs nationaux ou internes du processus parcours de soins et du compte qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels disponibles dans chacun des secteurs répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations accueillies (patients avec des troubles cognitifs, patients âgés, patients en fin de vie, patients cancéreux, population pédiatrique). Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés ; les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences.

L'établissement emploie deux assistantes sociales afin d'assurer la prise en charge des personnes démunies ou en situation de précarité et contribuer si besoin à la préparation de la sortie, des diététiciennes, des kinésithérapeutes, une psychomotricienne.

Il existe une équipe opérationnelle de soins palliatifs interne à l'établissement, titulaire du DU composée une infirmière, une aide soignante, un médecin et une psychologue. Elle propose une expertise dans la prise en charge palliative et intervient à la demande pour soutenir, former, conseiller et accompagner les soignants.

Le dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est structuré. L'établissement a un référent pour les jours ouvrables et a des conventions avec l'hôpital Bécclère permettent le transfert pour l'évaluation, la prise en charge du patient présentant un risque suicidaire ou autres troubles psychiatriques.

Les formations obligatoires (AFGSU, incendie) sont priorisées et la mise à niveau suivie. Il existe un plan de formation annuel et les besoins de chaque agent sont évalués. Le financement de diplômes universitaires est possible (DU de carcinologie clinique, de prise en charge de la douleur, plaies et cicatrisation, soins palliatifs). L'e-learning est utilisé.

Le plan de formation 2017 prévoit des formations (prendre en charge les personnes âgées venant de psychiatrie, gestes et postures, bientraitance, toucher relationnel, fin de vie et soins palliatifs, structurer et optimiser le parcours du patient, douleur, identification du risque suicidaire, prévention des chutes.

Les professionnels sont formés par des formations internes et externes. Le bilan de formation 2016 montre des formations sur : la consultation d'annonce, les transmissions ciblées, geste et soins d'urgence soignant et non soignant, prévention des chutes, fin de vie soins palliatifs, prise en charge de la personne âgées, bonnes pratiques professionnelles en chirurgie, manutention des patient et prévention de chutes, projet de soin personnalisé, les ateliers de la personnes âgées, l'acte transfusionnel et ses contrôles, prévention et traitement de l'escarre, prise en charge de la douleur, utilisation de la nutrition parentérale... La formation des professionnels à la démarche palliative et aux dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie est réalisée.

Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants sont mises en oeuvre (embauchés ou vacataires). Il existe une politique de fidélisation des vacataires via un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction à type de tutorat sur 2 ou 3 semaines. Une formation initiale au système informatique est réalisée avec une intégration rapide dans le circuit de la formation pour l'hygiène, l'organisation de l'établissement, le circuit du médicament.

Les locaux sont conformes et sécurisés. Toutes les salles de soins sont fermées par digicode. Il existe une salle de kinésithérapie sur le site de Clamart, fermée par un digicode.

L'établissement ne possède pas de chambre mortuaire (dépositaire). Il existe une procédure pour le transfert en chambre funéraire.

La maintenance curative et préventive des systèmes fait l'objet d'un suivi. L'équipe technique de l'établissement assure la maintenance préventive et la maintenance curative de niveau 1 de la plupart des installations. En revanche, pour des équipements spécialisés, l'établissement a conclu des contrats de maintenance préventifs et/ou curatifs.

Au niveau du matériel d'urgence, les professionnels disposent de chariots d'urgence sécurisés et scellés avec défibrillateur sur chaque étage des 2 établissements, situés en salle de soins. Les chariots d'urgence sont vérifiés de façon mensuelle par les IDE du service, ainsi qu'après chaque utilisation de celui-ci, avec bonne traçabilité. L'organisation en cas d'urgence vitale prévoit des modalités d'appel aux ressources médicales (numéro unique d'appel disponible dans tous les secteurs d'activité par voie d'affichage et dans l'annuaire intranet de l'établissement, modalités d'appel du SAMU). Des conventions de replis sont élaborées avec les centres hospitaliers de territoire.

La continuité de la prise en charge des patients est opérationnelle, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés par un système d'astreintes opérationnelles et la présence d'urgences 24/24h.

Les procédures et protocoles sont accessibles aux professionnels au niveau de classeurs et de la GED informatique. Cependant le système de mise à jour des documents n'est pas totalement opérationnel dans la base de gestion documentaire informatique, il est trouvé des procédures obsolètes "organisation des soins continus" datant de 2008 et de nombreuses procédures datent de plus de 5 ans sans révision. La gestion documentaire papier et/ou informatique est connue et accessible.

Les besoins en documents d'information pour les professionnels des secteurs d'activité sont identifiés, mis à leur disposition et élaborés avec les professionnels concernés de même que les besoins en supports d'information aux patients (livret d'accueil, « cahier de liaison du patient stomisé », conseils diététiques selon le régime du patient,...).

Les équipements nécessaires à l'activité sont disponibles, fonctionnels et adaptés à l'activité ; les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés. Le schéma directeur du système d'information prend en compte les programmes nationaux et régionaux et les objectifs d'hôpital numérique. L'informatisation en réseau est organisée et planifiée. Il existe un réseau intranet opérationnel, connu et accessible. Des formations au système informatique sont réalisées.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation et permet l'articulation cohérente des missions et compétences. Des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires entre professionnels des services sont organisées ainsi que des réunions managériales institutionnelles entre les différents secteurs d'activité selon un calendrier pluriannuel.

Le transport patient est défini et organisé de part l'existence d'une équipe de brancardiers dédiée et formée à la fonction.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les professionnels mettent en œuvre l'organisation des parcours sur l'ensemble des étapes de la prise en charge des patients en intra et extrahospitalier.

La traçabilité des actions et activités est majoritairement réalisée.

En matière d'identification du patient, les procédures d'identité du patient à toutes les étapes de la prise en charge sont réalisées (lors de l'hospitalisation et de l'accueil, réalisation des soins et administration médicamenteuse). Un bracelet d'identification est posé selon une procédure établie et une photo d'identité est intégrée aux documents administratifs. L'intégrité du bracelet est vérifiée de manière régulière.

Les entrées sont programmées ou sont issues de transfert des urgences de l'établissement ou de services d'autres établissements. Les horaires sont définis.

Il existe une coordination des transferts des patients pour le SSR via la transmission informatique entre les établissements, des données patient alimentant le dossier de pré admission (autonomie, traitement personnel, régime, les nécessités techniques, précautions complémentaires infectieuses).

Un contact téléphonique ultime avec le service ou le médecin traitant permet de d'anticiper les admissions en SSR et en services MCO. Les patients admis via la consultation de praticiens officiant dans l'établissement sont elles aussi organisées avec un recueil de données antérieur à l'admission, facilité par l'existence de logiciels informatiques interfacés.

L'accueil du patient est réalisé selon les modalités définies institutionnellement. Le livret d'accueil est

remis au patient et le soignant référent effectue une visite d'entrée explicative de sa chambre. Chaque professionnel se présente lors des entretiens individuels. A l'entrée et durant les premiers jours, l'infirmière fait une évaluation systématique de l'autonomie à partir du recueil de données. L'évaluation des risques de dénutrition, de risque d'escarre, est réalisée et tracée dans le dossier du patient à l'entrée par les IDE, les AS et les médecins. La mesure du poids et de l'IMC à l'admission du patient et au cours de l'hospitalisation est généralisée et tracée. La recherche d'un risque suicidaire est réalisée lors des premiers entretiens puis des entretiens avec le médecin, les IDE et les psychologues tout au long du séjour. Les allergies sont relevées et notées lors de l'examen clinique d'entrée. Le traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure particulière, il est retiré au patient et rendu à l'entourage ou stocké jusqu'à son départ dans une armoire sécurisée.

Il existe des modalités pour le recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées. Ces volontés seront tracées durant tout son séjour dans le dossier. La recherche de la personne de confiance est systématique et tracée dans le dossier.

La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé qui intègre l'ensemble de ses besoins.

La coordination entre les équipes médicales et les autres intervenants dans la prise en charge (psychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes..) est effective, leurs observations respectives sont tracées dans le dossier du patient informatisé. Le plan de soins est réalisé en fonction des prescriptions et des actes infirmiers. Les infirmières valident les soins et leur surveillance dans le dossier patient.

La coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux de santé est organisée.

Le projet de soins concerté est élaboré dès l'entrée et réévalué en équipe pluridisciplinaire de manière hebdomadaire, (sauf si un épisode aigu nécessite sa re-discussion plus rapide). Ce projet de soins est expliqué au patient ou à son entourage et l'accord du patient est recherché.

L'accueil de l'entourage est défini, les horaires de visites sont adaptés, les modalités de restauration et d'hébergement sont décrites dans le livret d'accueil et expliquées à l'entourage des patients lors des premières visites.

L'état nutritionnel du patient est suivi dès son entrée par les équipes soignantes, les diététiciennes participent aux réunions pluridisciplinaires. La prise en charge nutritionnelle et sa surveillance tout comme la prévention des escarres sont considérées comme une priorité par les soignants. Les aides au repas sont effectuées par les aides-soignants ou des IDE selon l'état clinique du patient.

Le suivi médical du patient est assuré et tracé dans le dossier informatisé selon une rythmicité adaptée à son lieu de séjour (court séjour, SSR).

La permanence des soins est assurée sur l'ensemble des activités et intègre la possibilité de recours aux spécialités et aux réseaux existants.

La prescription d'actes de soin est réévaluée lors de chaque visite et lors des transmissions journalières en fonction des besoins du patient. Il existe une évaluation de la dépendance, une évaluation et réévaluation de la douleur. L'analyse du bénéfice/risque est réalisée et tracée dans le DPI.

Les actes de rééducation (kinésithérapie), sur prescription, sont effectués en chambre pour les patients ne pouvant pas se lever, en salle de rééducation pour les autres.

La prise en charge globale des malades en soins palliatifs est assurée par les médecins et les soignants de l'établissement ayant pour appui l'équipe mobile de soins palliatifs.

Dans les services d'oncologie, les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) sont mises en œuvre ce que confirme les IQPSS.

Les projets de soins des patients requérant une approche pluridisciplinaire, telle l'oncologie, sont établis et révisés lors de RCP.

Les demandes d'examens de laboratoire et d'imagerie répondent aux attendus en matière de bonnes pratiques. Les prélèvements sont réalisés par un technicien du laboratoire d'analyse privé puis envoyés au laboratoire privé proche de l'établissement avec lequel l'ES a une convention. Les résultats sont rendus dans des délais compatibles avec la prise en charge du patient via le dossier patient informatisé et par courrier ou fax.

Les actes de radiologie sont effectués sur site (Meudon radiologie conventionnelle, scanner, IRM) et Clamart, (radiologie conventionnelle). Les résultats sont rendus dans des délais compatibles avec la prise en charge.

L'organisation de la permanence des soins et des règles de présence ainsi qu'un système d'astreintes sont opérationnelles afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24. La continuité des soins est assurée, d'une part par l'organisation d'une astreinte dans chacune des disciplines suivantes et sur chacun des deux sites (Meudon et Clamart). Le personnel connaît et met en œuvre le dispositif de prise en charge des urgences vitales.

Il n'y a pas d'éducation thérapeutique labellisée mais des actions éducatives peuvent être proposées aux

patients par exemple l'éducation aux patients porteurs de stomie.
La sortie de l'établissement peut être un transfert vers une autre structure (EHPAD, SSR, USLD, hôpital), un retour à domicile, ou un décès.

La sortie est organisée en équipe avec le patient et ses proches et les professionnels d'aval. Il existe une traçabilité de ces démarches dans le DPI via une transmission ciblée. Les ordonnances médicamenteuses, de soins infirmiers, de biologie, radiologie ou kinésithérapie sont réalisées et remises au patient à sa sortie.

La coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux de santé est organisée. Le patient sort avec son compte rendu pour son médecin traitant .

Pour un transfert, un dossier de liaison est édité et remis à l'attention du service d'aval. L'existence d'un logiciel unique entre Meudon et Clamart permet au SSR de visualiser le dossier du patient hospitalisé en MCO. Les décisions de sortie se font toujours en accord avec le patient et/ou son entourage.

Les professionnels mettent en œuvre les dispositions visant à assurer la prise en charge administrative et soignante du patient décédé.

Les patients porteurs de handicap bénéficient d'une prise en charge adaptée : toutes les zones du bâtiment sont accessibles, le personnel a été sensibilisé au déficit visuel (ex : livret d'accueil sous format audio pour les malvoyants). La prise en charge des populations particulières est mise en place (population pédiatrique en chirurgie, la prise en charge de la personne âgée est organisée au sein de la filière gériatrique constituée d'un secteur de soins aigus et d'unités de soins de suite et de réadaptation conventionnel et en HDJ de médecine et de SSR).

La prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches incluant la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés, est réalisée. Les réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades avec l'équipe mobile de soins palliatifs et la réflexion sur la limitation et l'arrêt des traitements sont effectives.

Les actions de soutien des soignants notamment en situation de crise sont effectives (procédure). Des bénévoles d'associations participent et interviennent dans les unités.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur le parcours patient et des plans d'action du compte qualité.

Différentes démarches sont mises en œuvre en tant qu'audits et enquêtes de satisfaction (prise en charge médicale et paramédicale, organisation de votre sortie, les questionnaires e-satis, résultats du patient traceur et la chambre des erreurs, taux d'évènements indésirables relatifs au parcours patient, indicateurs internes et les indicateurs nationaux (le pourcentage de patients ayant fait une chute, IQPSS (dépistage des troubles nutritionnels, traçabilité du risque d'escarres...)).

L'établissement organise des comités de retour d'expérience et des réunions de morbidité mortalité (RMM) depuis 2010.

Il existe des tableaux de bords exprimant les résultats des enquêtes de satisfaction des patients, des durées moyennes de séjour et des démarches EPP (prise en charge de la douleur post opératoire, évaluation de la qualité de la prise en charge du patient en fin de vie, prévention du risque de chute, évaluation et prise en charge du risque d'escarres, amélioration la gestion des flux dans le service ambulatoire).

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. Diverses actions sont réalisées par rapport aux risques identifiés sur la thématique parcours du patient (prise en charge des escarres avec des actions successives suivant les informations des réévaluations d'abord systématisation de la recherche de risques, puis achat et location de matelas à air, et participation à l'action nationale « sauve ma peau »), la prévention des chutes (participation à l'action nationale « Pare a chute » amélioration de la prise en charge nutritionnelle avec d'abord amélioration des indications de supplémentation, puis réalisation de documents d'information patient sur les différents régimes, et embauche de diététiciennes).

Les actions prioritaires concernent : la poursuite des actions éducatives sur les stomies et le développement d'une éducation thérapeutique labellisée, et l'éducation sur la douleur.

Des supports et modalités de diffusion sont établis : site intranet, journal interne , films, journal spécifique Qualirisk, comptes rendus des comités, informations transmises par la fiche de paye, affichage.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne auprès des professionnels dans le cadre des groupes de travail, les instances (CME, CODIR, copil QUALIRISK), les réunions institutionnelles, des comptes rendus de réunions des instances et de l'affichage ; la communication auprès des usagers est réalisée dans le cadre de l'affichage des indicateurs nationaux, des réunions de la Commission des usagers (CDU) ainsi que lors de réunions publiques « chambre des erreurs » dans le cadre de la semaine de la sécurité du patient.

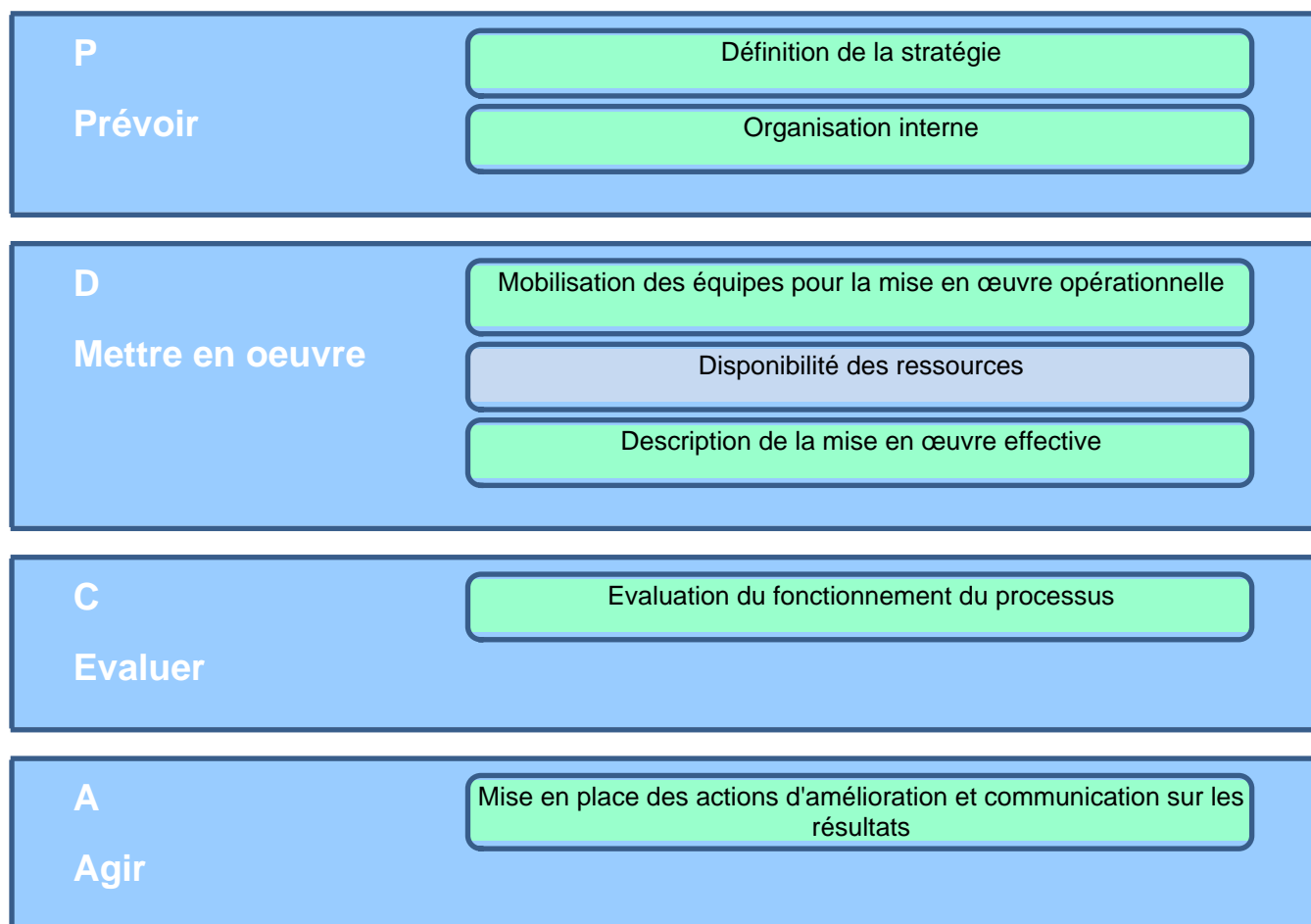
DOSSIER PATIENT

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

Le Pôle de santé du Plateau regroupe deux établissements de santé du secteur privé à but commercial distants d'environ 2 kilomètres situés, l'un à Meudon, l'autre à Clamart.

Le site de Meudon est une clinique médico-chirurgicale de 155 lits et places. L'activité chirurgicale d'hospitalisation complète et ambulatoire regroupe de nombreuses spécialités avec des autorisations en matière de cancérologie. Le service de médecine comprend, en outre, des lits de Soins Continus et de Soins Palliatifs. L'activité ambulatoire de chimiothérapie dispose de 8 places. Le service des urgences est autorisé pour 3 lits. Un pôle de consultations externes est présent dans les locaux de la clinique. La maternité et son bloc ont été fermés en 2015. Le plateau technique comprend, entre autres équipements, 11 salles d'opération dont 2 réservées à l'endoscopie, un robot chirurgical (urologie). Un plateau d'imagerie privé avec IRM et scanner est attenant à la clinique.

La Clinique médicale et de soins de suite de Clamart comprend 20 lits de médecine à orientation gériatrique et oncologique, dont 4 dédiés aux soins palliatifs, ainsi que 64 lits de soins de suite polyvalents et cancérologiques. L'établissement a ouvert récemment un hôpital de jour de médecine et de soins de suite de 15 places à orientation gériatrique. Un pôle de consultations externes, un plateau technique constitué d'un service de radiologie conventionnelle ainsi que d'une balnéothérapie, tous deux privés, sont présents dans les locaux. Le Pôle du Plateau a passé des conventions de tiers-payant avec de nombreuses assurances complémentaires pour éviter l'avance de frais à ses patients.

L'établissement a défini sa politique de gestion du dossier du patient ; le programme qui en découle est présenté annuellement aux instances y compris à la CDU.

La politique et les objectifs retenus sont dictés par les conditions de fonctionnement spécifiques à l'établissement. Les objectifs retenus sont fondés sur une analyse des besoins et des risques validés par les instances.

Le dossier du patient est totalement informatisé sauf dans le secteur peropératoire qui était en phase test d'informatisation au moment de la visite. Ses règles de gestion sont définies, formalisées et validées. L'accès du patient à son dossier fait également partie des éléments du processus.

Une analyse des risques relatifs au dossier du patient est réalisée par une cartographie et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, lui-même intégré au plan global de l'établissement. Le Compte Qualité a identifié les risques prioritaires auxquels ont été associés des plans d'actions dont les modalités de suivi sont précisées.

ORGANISATION INTERNE

Le Pôle de santé du Plateau a mis en place une organisation pour piloter la gestion du dossier du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels. Une responsable administrative est chargée de délivrer les habilitations des personnels à l'utilisation de dossier, en lien avec la direction des soins. Une charte d'utilisation engage les professionnels. Une organisation du traitement des demandes de dossiers est en place afin d'assurer le respect des délais réglementaires à l'accès du patient à son dossier.

La responsable qualité pilote les actions d'évaluation en collaboration avec le Président de la CME et les cadres de santé dans le cadre du Comité ad hoc dénommé "comité de pilotage qualirisk". Un Département d'Information Médicale est présent dans l'établissement.

En cohérence avec les besoins et risques identifiés, les ressources humaines sont en place en termes d'effectif. Des formations sont dispensées à l'attention des nouveaux arrivants ainsi qu'un tutorat permet d'accompagner l'appropriation du fonctionnement du dossier. Un praticien est chargé de l'hémovigilance.

Les ressources documentaires relatives à l'ensemble du dossier du patient diffusées.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité par le biais de protocoles dûment validés. Il existe un outil de Gestion Administrative du Patient qui génère la création du dossier d'entrée et édite les planches d'identification et le bracelet du patient.

Les règles d'accès au dossier sont formalisées et organisées. Les protocoles et les procédures définissant

les règles de tenue du dossier sont présents et validés. Ils traitent en particulier de la composition du dossier, des conditions d'écriture et d'accès, de l'archivage et de la protection des données. Des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues pour pallier à une éventuelle rupture du fonctionnement du dossier électronique. Les professionnels du service informatique du Pôle accompagnent les services utilisateurs du DPI pour les montées de version et le fonctionnement quotidien.

Les locaux, équipements et maintenance sont adaptés aux besoins: les offices infirmiers et les bureaux médicaux sont équipés de terminaux et portables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>La démarche institutionnelle de la gestion du dossier du patient du Pôle de Santé du Plateau est organisée par le management de l'établissement: direction, CME, DIM, cadres soignants et responsable du Système d'Information. Ainsi, le déploiement programmé de l'informatisation du dossier dans le secteur peropératoire a-t-elle fait l'objet d'une action institutionnelle structurée. Cette informatisation est incluse dans l'architecture globale du Système d'Information du Pôle.</p> <p>Le processus s'organise en plans d'action et en objectifs d'amélioration inclus dans le PAQSS/CQ général. Les événements indésirables, les plaintes et réclamations ainsi que les demandes de dossier sont analysés par les responsables en lien avec leurs équipes.</p> <p>Les cadres soignants sont impliqués dans les actions de sensibilisation des équipes aux risques inhérents au fonctionnement du dossier du patient, en particulier pour en prévoir et accompagner l'adaptation aux besoins émanant du terrain.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences pour la gestion du dossier sont effectives.</p> <p>Pour la partie administrative, le service des entrées, comme les secrétaires médicales chargées de la programmation des entrées, maîtrisent le logiciel en place.</p> <p>Les évolutions du dossier sont connues dans les services ; les professionnels les ont intégrées dans leurs pratiques. Pour cela, l'établissement organise des séquences de formations sur : les évolutions logicielles, les modalités de prescription des actes, l'archivage, les évolutions du dossier de soins. En 2016, le Pôle de Santé du Plateau a organisé 7 sessions de formation à l'utilisation du dossier informatisé et une session aux pratiques de codage. Le DIM assure le codage et l'exportation des dossiers. Les procédures sont disponibles et à jour.</p> <p>L'articulation entre les différents professionnels concernés par le dossier patient permet une dynamique d'amélioration et d'adaptation permanente de cet outil au service des professionnels. Une cellule regroupant la direction des soins, les coordinatrices dans les services, la référente interne auprès de l'éditeur ainsi que les informaticiens de l'établissement en est la cheville ouvrière.</p> <p>Des documents d'informations relatifs à son dossier sont fournis au patient (par exemple sur ses droits à accès à son dossier).</p> <p>Le dossier du patient informatisé (DPI) permet de créer et de tracer en temps utile les éléments constitutifs en fonction des étapes de la prise en charge du patient. Il existe des modules spécifiques à chaque métier impliqué dans la prise en charge.</p> <p>L'archivage est réalisé et suivi dans des locaux adaptés et organisés. Les dossiers sont accessibles 24h sur 24 en conformité avec les règles d'accès aux archives. Les dossiers de plus de 5 ans sont confiés à un prestataire et accessibles en temps utile.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les règles de fonctionnement du dossier du patient du Pôle de Santé du Plateau sont connues et mises en œuvre par les professionnels. Ainsi, la visite a permis de constater la traçabilité au fil de l'eau des éléments constitutifs de la prise en charge des patients : motif de l'hospitalisation, observations médicales, infirmières et médicotechniques, constantes, prescriptions, compte rendu d'hospitalisation. Les pièces constitutives du dossier comportent les identités du patient et du professionnel qui intervient. Elles sont horodatées.</p> <p>Les informations nécessaires à la continuité des prises en charge sont présentes sur l'ensemble des</p>

secteurs d'activité (ambulatoire, hospitalisation complète) grâce au dossier partagé. Ce dernier comprend les éléments transmis par les prestataires externes : résultats de biologie, consultants et correspondants externes. Les règles du respect de la confidentialité des informations transmises aux professionnels d'aval sont respectées, en particulier lors des consultations externes.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais requis en fonction de l'ancienneté du dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Pôle de Santé du Plateau suit régulièrement l'évaluation de la gestion du dossier patient selon les indicateurs qu'il a défini. Ces évaluations sont examinées au sein du groupe en charge du dossier médical, du comité de pilotage qualirisk et des instances.

Les IPAQSS sont renseignés. Sur les items dont les résultats sont à améliorer (délais d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation par exemple), l'établissement a mis en place une stratégie de suivi par la programmation d'audits ciblés.

Le suivi de la traçabilité est examiné par des analyses de dossiers sur le médicament, la douleur, la complétude des documents requis à l'entrée du patient, l'identitovigilance, la check-list au bloc.

Les indicateurs hôpital numérique font apparaître des résultats conformes aux attentes de la HAS.

Des enquêtes et audits internes sont organisés : évaluation de la satisfaction des professionnels sur l'utilisation du système informatique; taux d'exhaustivité des résultats d'anatomopathologie présents dans les dossiers des patients. Les indicateurs prévus dans les actions inscrites au Compte Qualité contribuent également aux évaluations.

Un test grandeur nature du Plan de Reprise d'Activité a été réalisé sur les 2 sites fin 2016. Il a permis de constater son adéquation aux nécessités de continuité de la prise en charge des patients au travers du système d'information.

Les délais de transmission des dossiers demandés par les patients sont suivis et conformes à la réglementation.

Un bilan annuel du PAQSS spécifique au dossier du patient est réalisé annuellement.

A / AGIR

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

Le dossier patient du Pôle de Santé du Plateau fait l'objet d'actions d'amélioration et de réduction des risques incluses dans le PAQSS et décrites dans le Compte Qualité. Des mesures complémentaires sont programmées en fonction des résultats.

Parmi les actions d'amélioration constatées : mise en place d'un système de récupération en cas de panne du DPI ; amélioration de la qualité des transmissions ciblées ; accès aux examens d'imagerie en dynamique ; mise en place d'un serveur de résultats des examens biologiques.

Le programme d'amélioration du Dossier Patient est réévalué lors de la revue annuelle de l'ensemble du PAQSS. Le résultat des actions d'amélioration est communiqué et diffusé aux personnels de l'établissement lors des réunions de service ainsi que par les comptes rendus des instances et par le journal interne. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de la CDU et de l'établissement du bilan annuel de cette commission et du comité de pilotage qualirisk.

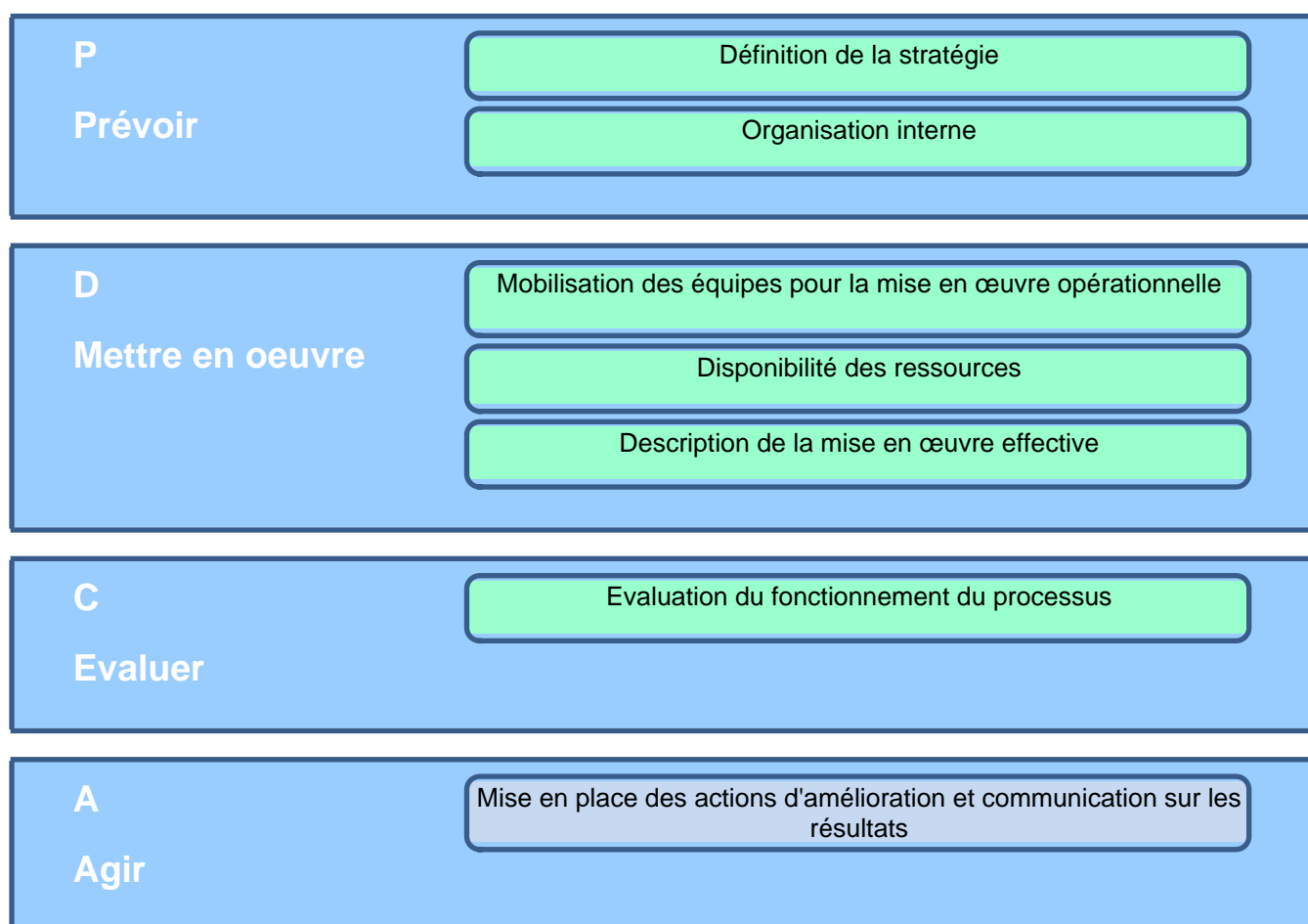
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le Pole santé du plateau de Meudon la foret issu de la fusion des cliniques de Meudon et de Clamart a défini des axes stratégiques pour l'amélioration du processus du management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse intégrée au projet d'établissement 2015-2019 qui précise :

- les engagements du contrat de bon usage du médicament (CBUM),
- la sécurisation du circuit du médicament,
- l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse,
- la gestion du traitement personnel patient,
- la prise en compte des indicateurs nationaux (IQSS) et des diverses évaluations engagées.

Une politique spécifique de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé est formalisée, L'établissement élabore une analyse des risques à priori par une approche processus parcours patient permettant l'identification des principaux risques, leur priorisation ainsi que la définition d'actions d'améliorations. L'établissement utilise les indicateurs (IQSS et internes) pour définir sa politique et son programme d'actions y compris les modalités de communication.

Celles-ci sont intégrées au plan d'amélioration institutionnel et pour certaines intégrées au compte qualité. Le plan d'actions en référence aux objectifs de la PECM sont élaborés en mode projet permettant la lecture du phasage dans le temps, le pilotage et le suivi du déroulement.

Des bilans d'étapes sont réalisés régulièrement, à minima trimestriellement via des réunions de direction. l'état d'avancement est communiqué en interne auprès des professionnels de terrain. L'établissement met en œuvre sa politique au regard de ses engagements (CBUM, IQSS).

La stratégie et les plans d'actions sont validés par la Direction, la commission médicale d'établissement (CME) et le comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS).

ORGANISATION INTERNE

Deux pharmaciens pilotent le processus de la prise en charge médicamenteuse incluant les interfaçages avec le secteur d'activités de chimiothérapie et de l'unité de reconstitution des cytotoxiques.

Les responsabilités sont définies ainsi que la répartition des fonctions des pharmaciens selon les secteurs d'activités. Le responsable qualité du management de la qualité du circuit du médicament (RSMQPECM) est un pharmacien.

Un comité du bon usage du médicament est opérationnel (composition, mission).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit dans l'organisation du processus, les ressources humaines en compétences et les ressources matérielles attendues. Les modalités organisationnelles relatives à la dispensation pharmaceutique sont définies notamment au regard des attendus de l'arrêté d'avril 2011.

L'établissement dispose d'une unité de reconstitution des cytostatiques conforme aux attendus en terme de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière (sécurisation des zones de préparation, marche en avant, double contrôle préparatoire, libération validée par un pharmacien).

La gestion des dispositifs médicaux et matériels utiles à la réalisation des activités fait l'objet d'un plan de maintenance.

Le système documentaire de l'établissement établi sur la base d'un manuel qualité prévoit les procédures, protocoles, modes opératoires et autres documents organisationnels. L'analyse pharmaceutique est engagée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins identifiés, le management de la prise en charge médicamenteuse, les pilotes de processus et les responsables du management de chaque secteur organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Les pharmaciens élaborent une stratégie de communication et de formations régulières à destination des professionnels médicaux et para médicaux (erreur médicamenteuse, risque iatrogénique) incluant les

nouveaux arrivants.

L'établissement participe à la semaine "sécurité patient" dans le cadre de la formation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse.

L'établissement élabore un dispositif de retour d'expérience concernant le médicament via des réunions régulières et de retour d'expérience en terme de communication via le journal interne.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur et d'une unité de reconstitution des cytotoxiques. Les ressources humaines (présence et compétences) sont prévues pour assurer la mise en oeuvre du processus de management de la prise en charge médicamenteuse. Les formations des différents professionnels (médicaux et paramédicaux) sont planifiées et réalisées incluant un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants.

Des locaux et équipements prévus pour la Pharmacie à usage intérieur (PUI) et pour l'unité de reconstitution des cytotoxiques (URC) sont conformes et adaptés pour assurer la prise en charge du médicament du patient.

L'interfaçage entre les différentes unités fonctionnelles et la pharmacie sont définies (dotations, approvisionnement, gestion des péremptions, besoins exceptionnels, délivrance nominative pour les unités de soins de suite et de rééducation du site de Clamart).

L'entretien des locaux et la maintenance des équipements sont assurés. Des solutions dégradées en cas de panne ou dysfonctionnements sont définies.

Le dispositif de gestion documentaire établi comporte un ensemble de documents permettant d'assurer l'information des patients et celle des professionnels sur le bon usage des médicaments. Un manuel qualité est formalisé.

Ce dispositif de gestion documentaire est accessible, actualisé et connu des professionnels.

La gestion du traitement patient en cours d'hospitalisation incluant la prise en charge du traitement personnel du patient est informatisée. L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé pour tous les services de soins et sur les deux sites de Meudon et Clamart. Ce dispositif permettant le transfert et l'accessibilité des informations dans le cadre de transferts patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité connaissent et mettent en oeuvre la déclinaison des objectifs opérationnels définis par l'établissement et portés par les pharmaciens et l'encadrement de soins avec l'appui de la responsable qualité. Les différentes étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse sont définies et mises en oeuvre (prescription - dispensation - administration).

La conservation de la chaîne du froid est assurée de part la supervision informatisée en continu des températures des frigos pour la PUI.

Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies mais non systématiquement mises en oeuvre. Il est constaté l'absence de suivi de la température journalière des températures de frigos de la majorité des services de soins. Le suivi est assuré hebdomadairement et tracé manuscritement mais sans possibilité d'identifier des variations de températures notamment sur les périodes de fermeture de long week end. Il est constaté qu'une armoire à pharmacie située dans une salle de prise en charge des patients au service des urgences est ouverte de manière continue pouvant faciliter son accessibilité par des personnes non professionnelles de l'établissement. Le dossier patient informatisé permet sur tous les secteurs d'activités l'enregistrement et la traçabilité des actes liés à la prise en charge médicamenteuse.

La gestion du traitement personnel patient est définie et mise en oeuvre sur la base d'une évaluation initiale médicale (arrêt ou reconduction thérapeutique).

L'informatisation des prescriptions médicamenteuses est complète pour tous les secteurs d'activité facilitant le suivi thérapeutique et la coordination en cas de transfert entre unités de soins (service des urgences, unité de soins continus, secteurs de soins, bloc opératoire).

L'analyse pharmaceutique est engagée et pour les molécules d'antibiotiques à dispensation contrôlée.

L'évaluation des traitements est constatée y compris la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures ainsi que l'information du patient sur les modifications apportées à son traitement.

L'administration du traitement et le suivi paramédical sont assurés sur un support informatique unique de prescription- administration. La traçabilité de l'administration est faite en temps réel par les infirmières et intégrée informatiquement au plan de soins.

Pour certains patients qui le nécessitent, une aide à l'administration et en cas de non administration, le motif est tracé et le médecin informé. Le patient est éduqué et informé sur son traitement et au bon usage de ses médicaments.

Le projet de sortie ou de transfert du patient prend en compte le traitement personnel initial.
Le patient est informé sur son traitement de sortie avec la remise de documentation nécessaire.
Les médicaments non utilisés sont retournés à la PUI et la vérification des armoires à pharmacie est assurée, notamment la vérification des dates de péremption et des stocks minimaux et maximaux.

Les bonnes pratiques de préparation des produits de chimiothérapie (analyse pharmaceutique des prescriptions, préparation, fabrication, validation de la préparation et dispensation) sont mises en oeuvre au niveau de l'unité de reconstitution des cytotoxiques.

Les circuits de délivrance concernant l'approvisionnement thérapeutique sont sécurisés (pharmacie, offices infirmiers, unité de reconstitution des cytostatiques).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des indicateurs nationaux est effectif (IQSS, ICATB et hôpital numérique)
L'établissement suit également les indicateurs du contrat de bon usage des médicaments.

L'établissement élabore des audits et évaluations régulières concernant le circuit du médicament (dispensation, administration) et a réalisé une évaluation du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse avec l'appui d'un organisme extérieur.

Les évaluations de pratiques professionnelles sont engagées, renouvelées régulièrement et concernent une grande partie du circuit du médicament (dispensation, stockage, administration).

Le circuit des évènements indésirables est organisé, connu et mis en oeuvre. Les déclarations sont analysées par les professionnels de santé au cours de Comité de retour d'expérience (CREX).

A / AGIR

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

Les actions issues des résultats des évaluations de risques et du suivi des indicateurs sont mises en oeuvre et articulées avec le programme d'actions institutionnel et pour certaines intégrées au compte qualité.
il existe une dynamique de prise en compte des organisations et leurs améliorations via les analyses de risques (a priori et à posteriori) ainsi que des projets d'établissement.

L'analyse du résultat des indicateurs sert à définir les plans d'actions et permet d'ajuster les objectifs d'amélioration (intégration d'une alerte informatique pour la ré évaluation de l'antibiothérapie à 72heures, suppression de médicaments ayant participé à un accident iatrogénique discuté en RMM).

Le dispositif de pharmacovigilance est opérationnel, les alertes ascendantes et descendantes sont prises en compte et l'objet d'actions correctives (retraits de médicaments ou DMI, rétro information des professionnels).

Les résultats des actions mises en oeuvre sont communiqués aux professionnels à travers des réunions de service, le journal interne qualité et les comptes rendu du comedims et de la CME.

Les usagers sont informés par le biais de l'affichage des indicateurs et via les réunions de la Commission des Usagers.

L'établissement élabore le suivi et la réalisation des actions d'améliorations. Un bilan annuel est établi incluant l'élaboration d'un tableau de bords d'indicateurs. Ceux ci participants au réajustement des axes d'amélioration.

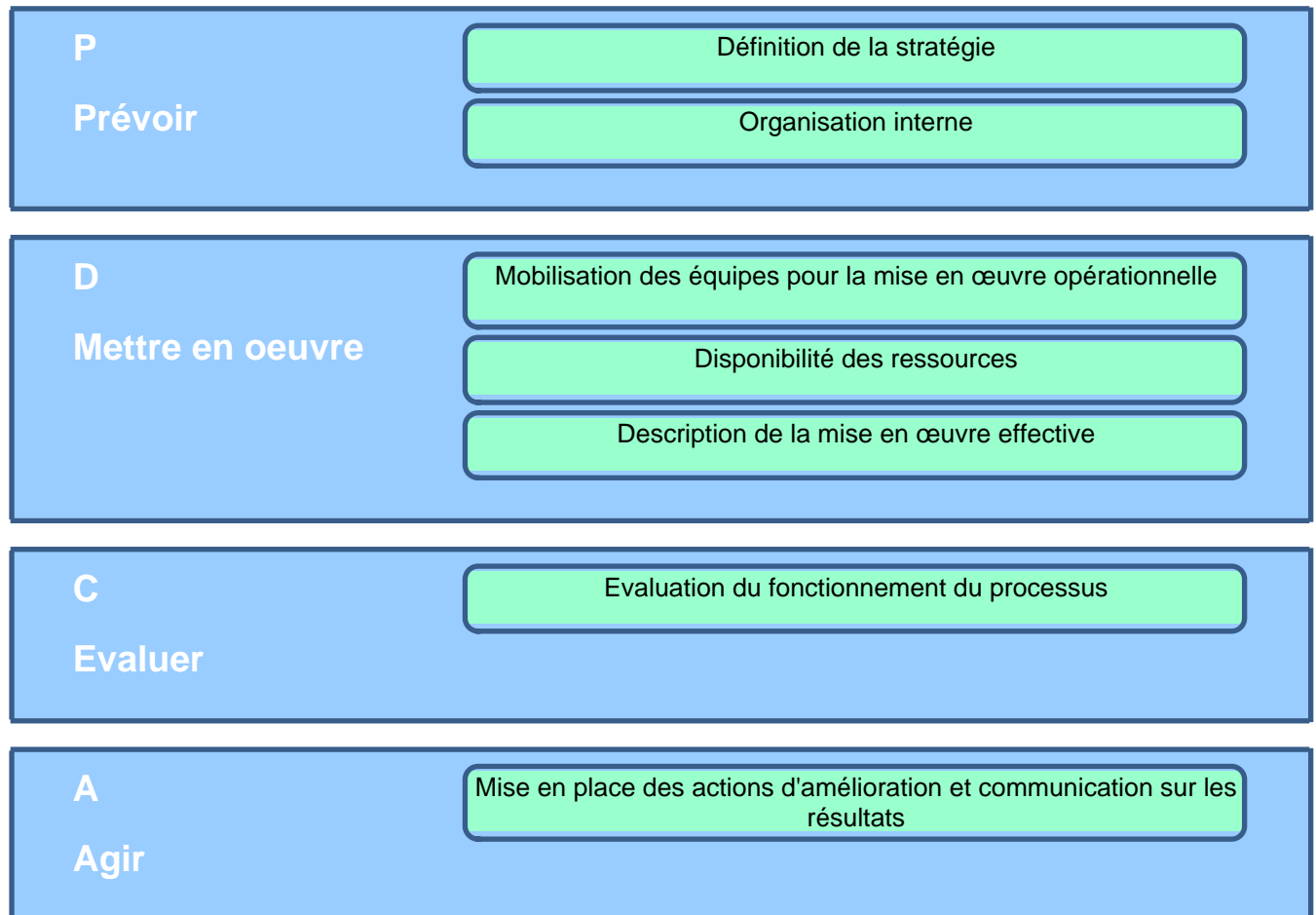
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'autorisation des urgences a été accordée par l' Agence Régionale de Santé en 2010.

La stratégie et les objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification des missions (établissement privé), du contexte (hôpitaux voisins et réseau d'urgences) et d'une analyse des risques propres à l'établissement (recrutement de proximité, régulation SAMU).

L'établissement procède à l'analyse de ses risques par une approche processus prenant en compte les différentes pathologies et circuits de prise en charge (circuit court, patient allongé, ré orientation vers des structures d'aval), ainsi que les constats de la visite de certification V2010 (formation IAO, suivi des temps de passage).L'établissement a identifié des axes stratégiques relatifs à la prise en charge des urgences et des soins non programmés, dans son projet médical.

Les risques sont priorisés selon une méthodologie définies intégrant les mesures d'atténuations et des actions d'améliorations. Celles ci sont intégrées au PAQSS institutionnel. Les actions d'améliorations sont suivis par les personnes en charge de la qualité, de la direction et des professionnels des urgences associés.

Le compte qualité est alimenté sur la base des risques principaux identifiés. Les orientations principales de l'établissement consistent à proposer des services de proximité et à renforcer les filières de soins reconnues de l'établissement (cancérologie, gériatrie, chirurgie robotisée), renforcer les complémentarités au sein du réseau des urgences (la maille 92) et avec les établissements publics et privés environnants. Le programme d'actions du Compte Qualité 2016 validé par les instances concernées est initié.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge des urgences et soins non programmés est confié au comité des urgences. Ce comité veille au respect des bonnes pratiques. Les axes prioritaires et les actions définies par le comité intègrent les actions du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Le suivi de sa mise en œuvre est réalisé en Copil Qualirisk (réunions plénières).

Les rôles et responsabilités en matière de pilotage sont définis dont le pilote de la thématique.

Le rôle des professionnels impliqués est défini et formalisé : médecins urgentistes, infirmiers (res) d'accueil et d'orientation (IAO).

Le recours aux disciplines non présentes dans l'établissement est organisé.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

La gestion des ressources humaines est organisée incluant un pool de remplaçants réguliers. La formation des nouveaux arrivants est organisée.

Les locaux sont identifiés et dédiés aux activités prévues et équipés.

La documentation relative aux pratiques et aux organisations est disponible et accessible

L'organisation du service des urgences est formalisée dans le règlement intérieur des urgences, révisé en 2017. Les modalités d'organisation y sont définies pour les différents types de population attendus, Le circuit des interfaces avec les structures internes et avec les structures partenaires (maille 92) sont définies.

Le service d'accueil des urgences est organisé 24/24 h avec la présence aux côtés d'un médecin urgentiste, d'une infirmière et d'un secrétariat. Trois salles de consultations réservées à cette activité sont aménagées dont une salle de déchoquage, auxquelles s'ajoute depuis 2015 une unité d'hospitalisation de courte durée (uhcd) de 3 lits . La permanence médicale et les astreintes sont organisées avec toutes les spécialités présentes dans l'établissement un double checking du personnel d'astreinte est systématique (rappel la veille par la direction).

Les médecins assurent des permanences de 24 h , les IDE de 12h.

Les circuits de prise en charge sont formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Une organisation est en place permettant la connaissance et l'analyse de la disponibilité en lits d'hospitalisation chaque jour.

Le recours aux avis spécialisés internes à l'établissement permettant de répondre aux besoins des patients est organisé, les tableaux de service sont diffusés.

Des conventions de repli et de réorientations sont définies pour les populations non prises en charge au sein de l'établissement (santé mentale, pédiatrie).
La communication concernant l'organisation est réalisée auprès des acteurs du territoire de santé.
Le recueil des événements indésirables est organisé.
La gestion des interfaces et des circuits est organisée avec les services médico-techniques, avec les services d'aval, ainsi qu'avec les partenaires extérieurs.
L'établissement est inscrit dans le réseau « maille 92 » et participe au recueil systématique des activités d'urgence avec l' ARS.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration, elles participent à l'élaboration des procédures et documents d'organisation propres au service.

Elles participent à la déclaration des événements indésirables, à la gestion des plaintes et réclamations. Elles contribuent au traitement des événements indésirables graves par la participation aux CREX et RMM.

L'établissement assure la déclinaison du programme d'actions institutionnel via des réunions de service tous les deux mois. La sensibilisation régulière des professionnels sur les objectifs de leur secteur est engagée.

Il existe un dispositif d'évaluation périodique des activités et d'information des professionnels sur leurs résultats. Des évaluations de la satisfaction sont effectuées périodiquement auprès des usagers et les relevés systématiques d'activité et leur retour mensuel par l'ARS sont effectués de façon automatisée. Des actions d'amélioration sont définies associant les divers professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel et compétences sont disponibles, les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients (IAO) et disposent d'outils adaptés. Des modalités d'accueil et d'intégration des nouveaux agents sont définies.

Les formations ont concerné les infirmières d'accueil et d'orientation, le risque NRBC, des formations et mises à niveau AGFSU. Il existe un plan blanc.

Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles (intranet et classeur papier) mais non systématiquement mis à jour. Il est constaté que les protocoles descriptifs des organisations n'ont pas été actualisés depuis 2009.

Le dossier patient du service des urgences est informatisé permettant la traçabilité des actes (soins, thérapeutiques, heures d'arrivée et de prise en charge) tout au long du circuit de prise en charge. La coordination avec les professionnels interne est assurée via le dossier patient informatisé.

Les locaux sont identifiés, les circuits déchets et dasri sont définis.

Les secteurs de prise en charge (boxs, secteur UHCD) sont équipés en matériel permettant la réalisation des soins d'urgence et la surveillance clinique. Les ressources matérielles sont en place incluant un dispositif de gestion en cas de panne ou de dysfonctionnement matériel via le système informatique

Le circuit patient a été étudié, la salle de déchoquage reste la plus éloignée de l'entrée car la seule de dimension suffisante pour la circulation des brancards . Des rideaux permettent d'assurer la confidentialité et l'intimité au niveau de l'UHCD .

Pour les détresses vitales , Un numéro commun permettant de joindre tous les anesthésistes est mis en place et connu de tous .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité des urgences met en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne telles que définies institutionnellement.

Les professionnels des urgences connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

L'accueil par l'IAO est réalisé à partir d'une échelle de tri qui détermine les niveaux de prise en charge allant de « l'urgence ressentie » jusqu'à « l'urgence vitale absolue », assortis d'un délai d'intervention du médecin.

La permanence des soins est assurée. Un tableau, accessible à tous, permet d'identifier les professionnels ressources en garde ou astreinte, ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble des activités de l'

établissement.

Les dysfonctionnements font l'objet de rédaction de fiches d'événements indésirables dont l'analyse est effectuée avec les acteurs de terrain et le service qualité.

Les interfaces sont opérationnelles, aussi bien vers l'imagerie médicale ou la biologie pour l'obtention des examens complémentaires, que pour le recours aux services d'hospitalisation en interne ou les transferts externalisés.

La continuité et la coordination des soins et de la prise en charge est effective notamment par la communication des informations via le dossier patient informatisé.

La mise en place des circuits patients (AVC, infarctus du myocarde, soins immédiats, patients couchés, etc.) et logistique (circuit du matériel, du linge, des déchets, des approvisionnements pharmaceutiques) est effective.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, la communication étant facilitée par la proximité géographique et la disponibilité de l'imagerie pour les urgences ainsi que par les communications directes entre médecins urgentistes et spécialistes.

La concertation entre services d'aval et d'urgences est formalisée par les réunions du comité des urgences.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service des urgences, en lien avec le service qualité gestion des risques assure régulièrement le suivi des indicateurs des délais d'attente et de satisfaction des patients.

Il est prévu de pouvoir augmenter les effectifs en fonction des pics d'activité constatés.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des outils automatisés de l'ARS fournissant un rapport mensuel d'activité.

Des audits sur le dossier des urgences ont eu lieu en 2014, et en mars 2017 (remise du compte rendu à la sortie).

Les événements indésirables 2016 sont analysés.

Il existe trimestriellement des jours dédiés pour les questionnaires satisfaction.

Les résultats sont communiqués aux professionnels.

A / AGIR

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

L'identification des actions correctives avec les professionnels est organisée (pour exemple concernant la circulation des navettes du labo pour obtenir résultats biologiques plus rapides).

Il n'existe pas d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ciblée sur les urgences, néanmoins les équipes participent aux EPP transversales (bien-être, prise en charge de la douleur) et il existe des RMM.

La stratégie de prise en charge des urgences et des soins non programmés est ajustée en fonction de données ciblées d'évaluation.

Les indicateurs suivis permettent l'évaluation de la stratégie définie (service de proximité, réponse aux demandes de la population et des médecins correspondants). (exemple du déplacement des pics du lundi au vendredi avec mise à disposition aux urgences d'une aide soignante voire d'un médecin supplémentaire.)

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (amélioration des délais d'obtention des résultats biologiques, amélioration de la tenue du dossier, double checking des astreintes médicales).

Des supports et modalités de diffusion (journal interne) sont établis en faveur de la communication des résultats. en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers (livret d'accueil, Journal interne, site internet, journées d'information pour les correspondants externes).

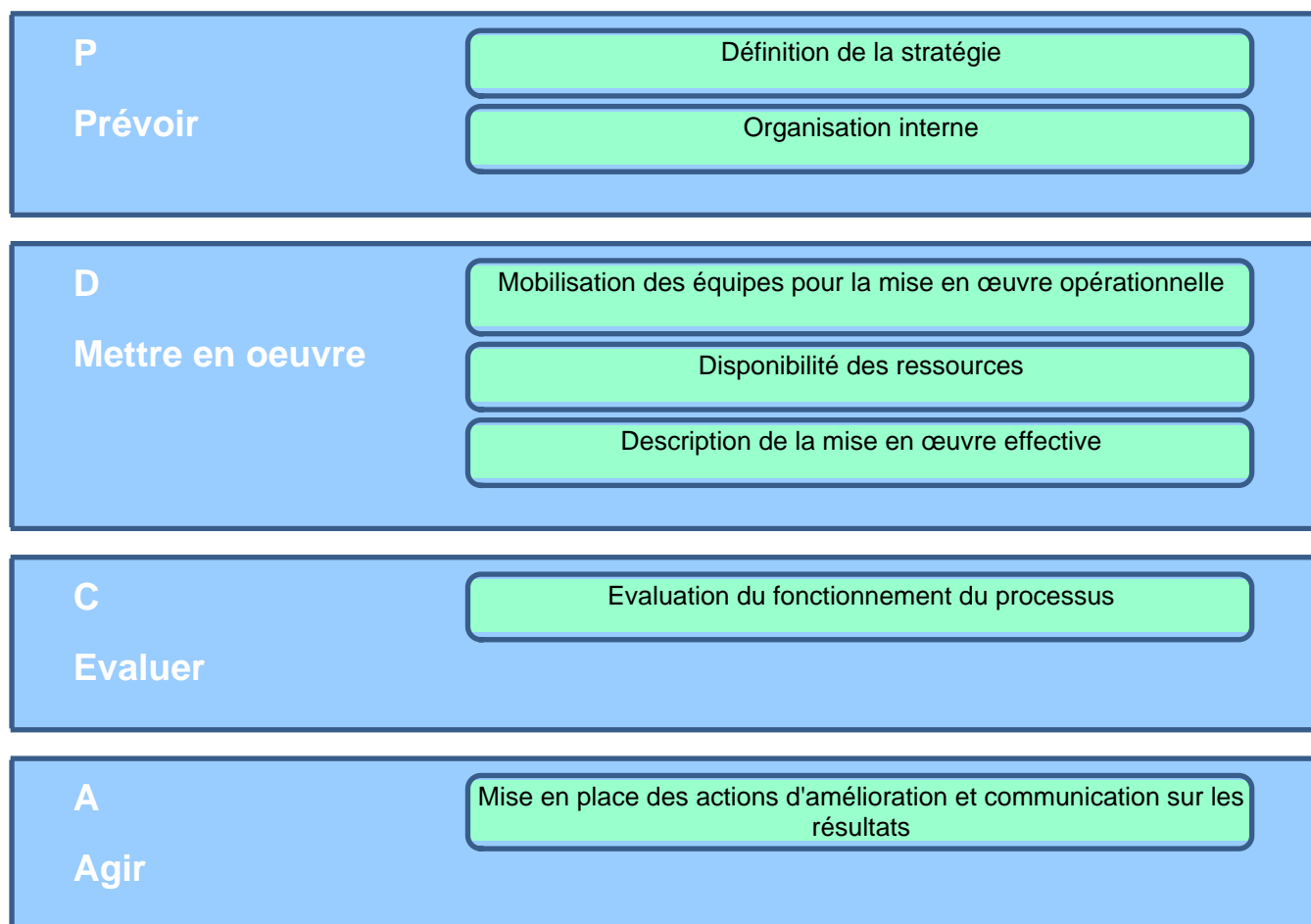
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAtoire

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 Pole Santé du plateau Meudon dispose d'un secteur opératoire constitué de 8 salles d'opération et d'une salle de surveillance post interventionnelle de 14 postes dont quatre sont dédiés à la préparation pré opératoire.

L'établissement a organisé et formalisé l'organisation et la gestion du bloc opératoire au sein du projet d'établissement et d'une charte de bloc qui décrit l'organisation et le fonctionnement du plateau technique incluant l'articulation avec la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Un conseil de bloc est constitué et se réunit une fois par an.

Il existe un règlement intérieur de la structure d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire élaboré par la Direction en coordination avec le médecin coordinateur.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau du bloc, de la SSPI et de l'UCA par une approche d'analyse parcours patient en vue d'établir une cartographie des risques et les plans d'actions afférents. L'analyse des risques porte sur les processus (management, support, interventionnels), sur les prises en charge spécifiques (enfants) et des différents circuits (programmé ou non programmé, chirurgie ambulatoire, hospitalisation complète).

L'établissement utilise diverses sources de données (analyse à priori et à posteriori) en vue d'établir ses plans d'actions, auto évaluation, réglementation, inspections).

Une cartographie spécifique des risques en bloc est formalisée intégrant l'évaluation du niveau de criticité et d'analyse du niveau de maîtrise selon une méthodologie définie. Des objectifs de traitement et/ou d'atténuation des risques sont identifiés. L'établissement mobilise ses analyses de risques en terme d'objectifs d'amélioration et d'actions intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel (PAQSS) et versées au compte qualité pour les risques prioritaires.

L'établissement élabore un plan d'actions priorisé et décliné en mode projet associant les différents professionnels . Les risques ont donné lieu à 6 objectifs pour lesquels dix actions ont été programmées. Le suivi est défini et organisé incluant les retours d'informations aux professionnels de santé.

La communication des objectifs et actions et de leurs suivis est organisée de part des réunions du comité de direction (CODIR).

ORGANISATION INTERNE

Une charte de bloc opératoire décrit l'organisation des activités. Néanmoins, la charte de bloc n'est pas validée par les instances. La charte de bloc a été réactualisée en début d'année mais non validée par les instances, ce qui est réalisé en cours de visite.

Un conseil de bloc est constitué et se réunit une fois par an a minima. Son organisation est formalisée. L'organisation du bloc prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences. L'organisation de l'UCA est définie par un règlement intérieur et une charte de fonctionnement et prévoit dans son organisation, les dispositions nécessaires à la planification des patients (préparation, heures de convocations), au transfert en bloc opératoire et au retour à domicile (prévisions des soins post opératoires, prescriptions de sortie, consignes de sécurité).

La planification et le pilotage opératoire est organisé via le système informatisé d'identification patient. La régulation est définie et supervisée par la cadre de bloc associée des personnes référentes des secteurs opératoires. L'élaboration du programme est soumise à l'adéquation des ressources (humaines et matérielles) et fait l'objet d'ajustements en cas de dysfonctionnements ou d'urgences.

Les règles de fonctionnement du secteur opératoire sont définies et formalisées (gestion des pièces anatomiques, bio nettoyage, circuits au bloc opératoire , sécurité et vigilance au bloc).

La formation des professionnels et des nouveaux arrivants est organisée. Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement (erreurs médicamenteuses, événements indésirables, radio protection, analyse des risques).

Les besoins en matériel et équipements sont organisés et il existe des plans de maintenance préventifs et curatifs pris en charge par des prestataires ou le service biomédical de l'établissement. La matériovigilance est organisée incluant la gestion des pannes.

Les interfaces entre le bloc opératoire et les services cliniques et médico-techniques dont le laboratoire de biologie et l'imagerie médicale sont organisées.

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé en partie et en partie au format papier. Son organisation est définie et précise les attendus et modalités d'enregistrement des informations au cours du séjour patient. Des documents de liaison entre les secteurs d'activité (bloc/SSPI/services de soins, UCA, service des urgences) permettent l'enregistrement et la communication des informations utiles à la prise en charge des patients.

La gestion documentaire informatisée est organisée et accessible par tous les professionnels.

L'ensemble du fonctionnement du secteur est formalisé sous forme de procédures, modes opératoires, documents de traçabilité, disponibles sur l'espace intranet et sous forme de classeurs.

La communication entre ces secteurs est organisée autour de réunions de régulation ou de réunions d'instances (comité de pilotage qualirisk).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement du bloc opératoire organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Les analyses de risques à priori et à posteriori sont engagées.

La participation des professionnels est encouragée notamment par l'échange des informations via des actions de communications régulières (journal interne, communication des indicateurs d'activités, staff hebdomadaire de service, formation en gestion des risques, autodiagnostic V2014).

Les professionnels sont impliqués dans l'identification des risques par le signalement des événements indésirables qui font l'objet d'un suivi via le tableau de bord des indicateurs de qualité et gestion des risques (QGR).

Le mode de fonctionnement en place (CREX, REX, RMM) permet la participation et l'implication des professionnels, acteurs dans la mise en place d'actions correctives.

La communication des résultats est réalisée dans le cadre de bilan d'étapes semestriels en comité de direction (CODIR), des réunions de la CME, des réunions trimestrielles du comité de gestion des risques copil qualirisk, des réunions d'encadrement, des réunions médicales et des réunions d'équipe.

Le management du bloc opératoire para médical associe les professionnels du secteur d'activité en vue de réguler les activités et d'apporter les actions d'amélioration collégialement définies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins du secteur opératoire est recherchée, notamment par la mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux arrivants. Le plan de formation institutionnel prévoit des formations spécifiques au secteur de bloc opératoire (hygiène, gestion des événements indésirables, gestion des risques, radio protection).

La gestion documentaire est en place et accessible. Les procédures organisationnelles et d'appui concernant les pratiques professionnelles (ouverture des salles, contrôle du matériel, hyperthermie maligne, bio nettoyage etc ...) sont formalisées.

La charte de bloc décrit les rôles de chacun et les règles de fonctionnement.

L'établissement dispose d'un dossier patient au format papier et au format informatique. Les informations relatives aux différentes étapes de la prise en charge du patient (consultation chirurgicale, consultation anesthésie, prise en charge pré opératoire en unité de soins, prise en charge en bloc, SSPI) sont collationnées dans le dossier.

Des modalités organisationnelles et de transmissions des informations entre les blocs, les salles de surveillance post interventionnelle (SSPI) et les services de soins dont les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) sont définies incluant les réajustements nécessaires.

L'établissement dispose de plusieurs documents d'enregistrements (format papier ou informatique) des actes de prises en charge tout au long du processus (ouverture et contrôle des salles d'opérations, feuille d'écologie et de suivi des interventions, check-list HAS, suivi de la prise en charge en SSPI).

Les besoins en ressources matérielles sont identifiés incluant la mise en œuvre des mesures de

maintenance et de recours en cas de dysfonctionnement ou de panne matérielle.

Les locaux permettent le respect des différents circuits dédiés aux patients, matériels, déchets.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations définies

La mise en place des circuits patients est effective (circuit enfant, chirurgie ambulatoire, chirurgie en hospitalisation complète, prise en charge des urgences). Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont formalisés et mis en œuvre.

La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance en ce qui concerne la qualification opérationnelle des salles d'opération.

La radio protection est opérationnelle en ce qui concerne les professionnels salariés.

Des dispositions de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, check-list HAS, fonctionnement SSPI, identitovigilance) sont mises en œuvre. Les différents points critiques identifiés sont pris en compte par les professionnels qui expriment leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse aux risques (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation).

Néanmoins, la traçabilité des actes, incluant les vérifications effectuées n'est pas systématiquement assurée. La feuille d'ouverture de salle complétée par les IDE est incomplète pour la partie anesthésie, on retrouve l'identification de l'opérateur mais pas systématiquement la validation tracée des actes de vérification de la partie anesthésie.

Bien que la mise en œuvre soit exprimée par les opérateurs, il est constaté l'absence de traçabilité explicite de la vérification du défibrillateur en SSPI.

il est constaté pour deux dossiers que le bulletin de sortie de l'ambulatoire est signé par anticipation de l'heure réelle de sortie.

il est constaté l'absence de la traçabilité systématique de l'identification du risque de transmission de la maladie de Creutzfeldt Jacob.

La planification opératoire est mise en œuvre via le système informatisé d'identification patient. La régulation est assurée par la cadre de bloc associée des personnes référentes des secteurs opératoires et d'un médecin anesthésiste coordonnateur. L'élaboration du programme est soumise à l'adéquation des ressources (humaines et matérielles) et fait l'objet d'ajustements en cas de dysfonctionnements ou d'urgences.

L'échange d'informations est opérationnel entre les secteurs d'activité via le dossier patient informatisé et le dossier au format papier. La coordination des soins entre les blocs les UCA et services d'hospitalisation est opérationnelle ainsi que les conditions d'accueil en hospitalisation complète et en ambulatoire, et spécifiquement attentionnées en cas de prise en charge des enfants (sécurité, présence des parents, information spécifique).

Les circuits de gestion et de traitement des dispositifs médicaux stériles sont définis et mis en œuvre.

La prise en charge des patients en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est organisée et mise en œuvre. Les professionnels mettent en œuvre les actes de conservation de la dignité et de l'intimité, de confort, de prise en charge de la douleur. Les thérapeutiques et actes de soins et de surveillance sont tracés informatiquement. La surveillance clinique est effective. Le départ des patients de la SSPI est organisé et formalisé. Le transfert des patients entre les secteurs d'activité est sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité par spécialité, nombre d'évènements indésirables, occupation de salle).

Un tableau de bord incluant des indicateurs est exploité (résultats d'activité par spécialité, taux d'occupation de salle). Une évaluation des pratiques professionnelles concernant le remplissage de la check liste est engagée.

L'établissement a préparé la visite de certification sur la base d'un autodiagnostic V2014.

L'établissement organise l'analyse des évènements indésirables au cours de Comité de retour d'expérience (CREX). Un dispositif d'analyse des causes profondes est engagé via des réunions de morbidité mortalité et met en œuvre les analyses patients traceurs.

L'établissement recueille l'indicateur de la qualité et de la sécurité de soins (IQSS) « tenue du dossier d'anesthésie ».

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

L'établissement mobilise ses analyses de risque a priori et a posteriori en tant que données d'entrée en vue d'élaborer les plans d'actions L'établissement a identifié six risques principaux et établi un plan d'action en vue de leur atténuation. Ceux ci sont intégrés au compte qualité.

Le traitement des évènements indésirables réalisé en CREX débouche sur des actions d'amélioration.

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites via le système de communication intranet et au travers de réunions de régulation, de réunions des instances et du Comité de Direction.

Une diffusion orale est assurée lors de réunions de services et les représentants des usagers sont informés lors de leurs participations effectives aux réunions institutionnelles.

Des mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques sont identifiées et intégrées au plan d'action institutionnel (PAQSS).

L'établissement promeut des actions d'amélioration en vue d'améliorer la prise en charge ambulatoire (préparation ambulatoire, brancardage, gestion des flux).

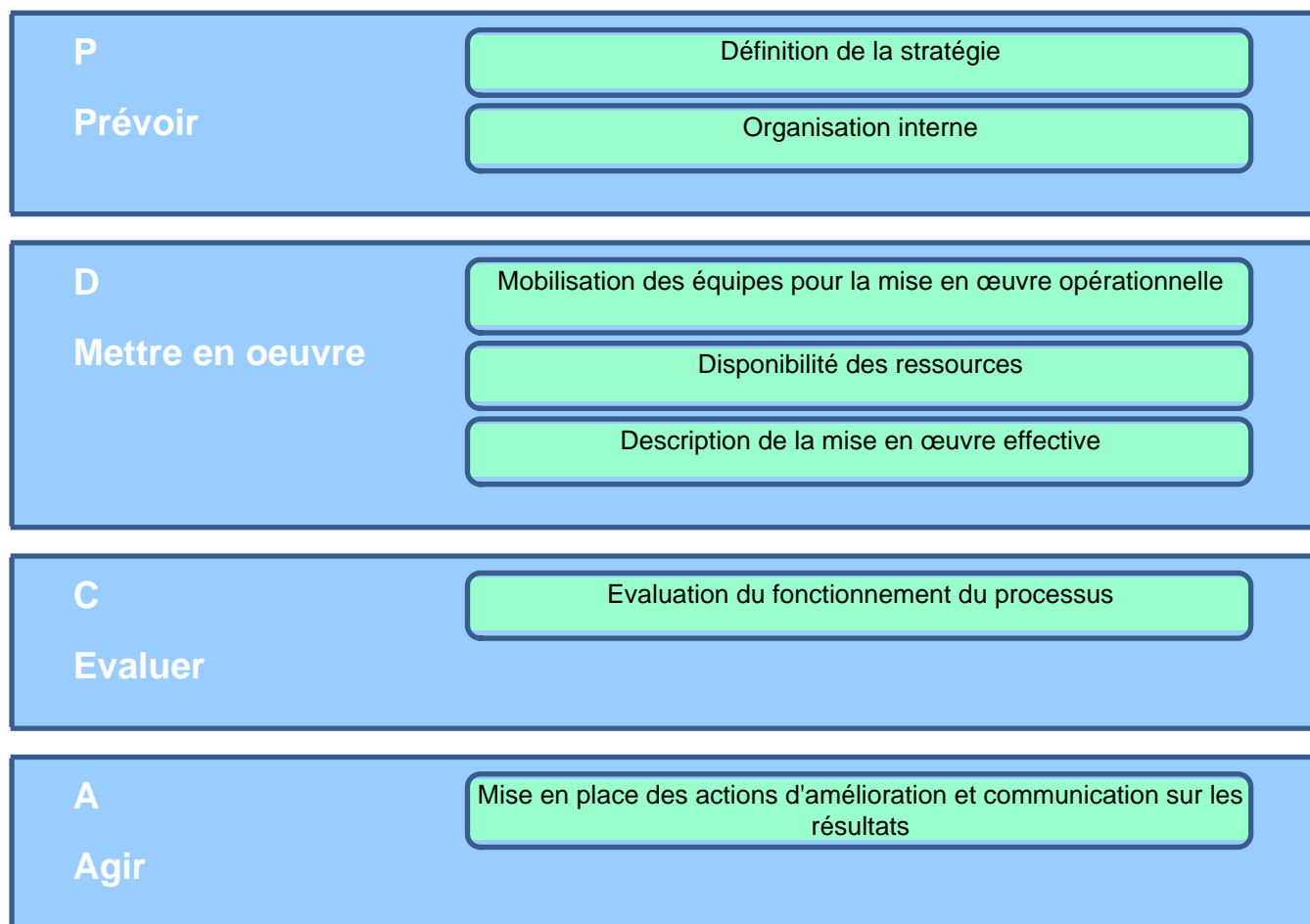
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'unité d'endoscopie du pôle santé plateau de Meudon est issue de la fusion des activités de la clinique de Meudon et de la clinique de Clamart.

Le secteur d'activité est intégré au bloc opératoire et composé de deux salles d'examen et d'une zone de traitement automatisé des endoscopes.

Un règlement intérieur définit l'organisation générale, les différents circuits et modalités de prise en charge des patients incluant l'articulation entre le secteur d'examen et l'unité de prise en charge patient en service de chirurgie ambulatoire.

Un comité d'endoscopie a été créé le 21 octobre 2015 .

L'unité d'endoscopie a identifié ses besoins et analysé ses risques par une approche processus de type parcours patient. L'analyse des risques porte sur les processus (management, support, interventionnels), et des différents circuits (programmée ou non programmée). Les risques spécifiques liés à l'activité d'endoscopie sont hiérarchisés au sein d'une cartographie intégrant l'évaluation du niveau de criticité selon une méthodologie définie.

L'établissement utilise plusieurs sources de données à des fins d'analyse (recommandations des sociétés savantes, des groupements professionnels, des réglementations, résultats des audits nationaux, retours d'expérience des compagnies d'assurance professionnelle, recommandations concernant l'hygiène et les infections liées à cette activité, expériences professionnelles des opérateurs ainsi que les retours locaux des questionnaires de satisfaction).

Le secteur d'endoscopie définit ses objectifs d'amélioration, centrés sur les circuits, modalités de prise en charge, sécurité du patient et du traitement des endoscopes.

Un plan d'actions d'améliorations décliné en mode projet associe les professionnels du secteur d'endoscopie. Les objectifs d'améliorations sont cohérents aux risques identifiés proposés par l'établissement et sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité institutionnel et au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement organise ses activités d'endoscopie ouvertes sur le réseau de ville et les besoins internes pour les patients hospitalisés.

Un comité d'endoscopie représentatif des utilisateurs de l'unité d'endoscopie, de la direction, direction des soins, définit l'organisation. Celle-ci est transcrite dans un règlement intérieur.

L'établissement organise la participation de la direction, de la responsable qualité, du Clin et de l'équipe opérationnelle d'hygiène aux travaux du comité, et réciproquement la participation des membres de ce comité aux instances dirigeantes a permis des réactions rapides en réponse à des demandes du terrain (modification de la technique d'ablation des polypes grâce à l'achat de nouveau matériel, motivé par l'amélioration des bénéfices pour les patients (diminution des récidives)).

L'organisation du service d'hospitalisation d'endoscopie ambulatoire est définie et prévoit dans son organisation, les dispositions nécessaires à la planification des patients (préparation, heures de convocations), au transfert en bloc endoscopie et au retour à domicile (prévisions des soins post opératoires, prescriptions de sortie, consignes de sécurité). L'organisation du secteur d'endoscopie prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences.

La régulation du fonctionnement de l'unité endoscopie est organisée et définie. Une infirmière référente sous l'égide de la cadre du bloc opératoire et en association des médecins, supervise et organise le fonctionnement de l'unité incluant la programmation des examens.

Les responsabilités sont définies et formalisées.

La formation des professionnels est assurée notamment par la mise en œuvre d'une méthode formalisée d'intégration des nouveaux arrivants. Le développement des compétences en secteur d'activité exploratoire et de prise en charge patient est recherché et organisé par la polyvalence des professionnels (les) infirmiers (es). Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement (erreurs médicamenteuses, événements indésirables, gestion des risques, pratiques professionnelles, traitement des endoscopes). L'établissement organise et prévoit régulièrement des formations externalisées.

Un système documentaire relatif aux pratiques professionnelles propose nombre de protocoles précisant

les modalités de réalisation de la prise en charge des patients, l'organisation des soins, de la surveillance patient et du traitement des endoscopes. Les processus à risque de gestion des flux (patients, déchets, DMI), de gestion des ressources humaines (présence, astreintes) et des fonctions logistiques (brancardage, réapprovisionnement pharmaceutique,) font l'objet de dispositions organisationnelles formalisées et actualisées. Des dispositions spécifiques formalisées définissent la mise en œuvre d'une organisation visant à maîtriser les risques environnementaux liés aux flux aérauliques et en référence aux dispositions de la norme NFS 90-351. Le risque ATNC est identifié.

L'organisation de la matériovigilance est définie ainsi que les maintenances préventives et curatives. La gestion des pannes est organisée. Les matériels automatisés de traitement des endoscopes répondent aux besoins de l'activité. Des solutions dégradées en cas de panne peuvent être mises en œuvre en cas de besoin.

Les interfaces entre le bloc opératoire et les services cliniques et médico-technique sont organisées.

L'établissement dispose d'un dossier patient mixte au format papier et informatisé. Son organisation est définie et précise les différents documents constitutifs et les modalités d'enregistrement des informations au cours du séjour patient. Des documents de liaison entre les secteurs d'activité (endoscopie/SSPI/service ambulatoire) permettent l'enregistrement et la communication des informations utiles à la prise en charge des patients et à la continuité et la coordination des soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement mobilise les équipes dans une dynamique de partage des informations et d'amélioration des pratiques, notamment par la réalisation d'audits, d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et d'analyse collégiale des événements indésirables. Des réunions de morbi mortalité sont mises en œuvre.

Le retour d'expérience aux professionnels est organisé, le secteur a mené une EPP, des CREX, de nombreux audits (national et locaux).

Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs lors des réunions de service et lors de réunions informelles du fait de la taille de l'équipe et de la disponibilité de l'infirmière référente .

La communication des résultats est réalisée dans le cadre de bilan d'étapes semestriels en comité de direction (CODIR), des réunions de la CME, des réunions trimestrielles du comité de gestion des risques copil Qualirisk, des réunions d'encadrement, des réunions médicales et des réunions d'équipe.

Les professionnels sont associés aux objectifs et plans d'actions définis et mis en œuvre suite aux évaluations de pratiques et aux audits patient traceur réalisés dans le cadre de la préparation de la certification. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins est recherchée, notamment par la mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux arrivants.

Le plan de formation institutionnel engage des formations spécifiques (hygiène, gestion des événements indésirables, traitement des endoscopes, pratiques professionnelles, congrès du Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie, journées nationales d'endoscopie digestive).

L'organisation du secteur d'endoscopie est formalisée. Des procédures actualisées précisent les modalités de sécurisation de l'environnement (air, circuit des professionnels, sécurité anesthésie, circuit patient) et de traitement des endoscopes.

Une démarche qualité documentée assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité est définie et mise en œuvre. La gestion documentaire actualisée mise à disposition des professionnels décrit les attendus en terme de gestion organisationnelle et de mise en oeuvre des pratiques professionnelles.

Le matériel et les dispositifs médicaux font l'objet d'une maintenance préventive et curative. Le secteur d'endoscopie prévoit les réponses aux éventuelles pannes et dysfonctionnements matériels. Chaque endoscope possède son cahier de vie où sont tracées toutes les opérations de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Compte tenu de ses risques identifiés et de ses besoins, le secteur d'endoscopie organise la déclinaison des objectifs institutionnels.

L'organisation met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en

charge du patient. La programmation horaire tient compte du circuit patient pour fluidifier les passages et limiter le risque d'attente devant les salles du bloc opératoire.

La régulation des activités est organisée associant l'adéquation des ressources humaines et matérielles.

Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont opérationnels. Des dispositions relatives à la maîtrise du risque infectieux sont mises en oeuvre (bio nettoyage du secteur d'endoscopie, traitement et désinfection des endoscopes, évacuation des déchets et DASRI). Les circuits de gestion des dispositifs médicaux stériles sont mis en oeuvre.

La traçabilité des actes de prise en charge patient et de la désinfection des endoscopes est mise en oeuvre.

La coordination bloc - service d'hospitalisation ambulatoire est effective, coordonnée et sécurisée. Des dispositions de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, check-list, fonctionnement SSPI) sont mises en oeuvre et tracées. Les différents points critiques identifiés sont pris en compte par les professionnels qui expriment leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse au risque (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation, ATNC, risque AES, risque matériel...).

L'interfaçage avec les services d'hospitalisation et médico technique est mise en oeuvre (circuit patient, brancardage, réalisation des examens de biologie et d'imagerie éventuelle).

L'échange d'informations est opérationnel entre les secteurs d'activité via le dossier patient informatisé et le dossier au format papier. La coordination des soins entre les blocs UCA et services d'hospitalisation est opérationnelle ainsi que les conditions d'accueil en hospitalisation complète et en ambulatoire.

La gestion des dispositifs médicaux divers (endoscopes, laveurs désinfecteurs) est mise en oeuvre incluant des réponses en terme de dysfonctionnements ou de panne.

Le risque infectieux est pris en compte de part une organisation de surveillance du risque environnemental (gestion de l'air) et du risque de contamination des endoscopes pour lesquels il existe une organisation et un suivi de l'efficacité de traitement de ces derniers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des tableaux de bords incluant des indicateurs sont exploités (résultats d'activité, occupation des salles, nombre et résultats des évènements indésirables).

Des évaluations des pratiques professionnelles sont engagées (EPP check-list, EPP prise en charge en endoscopie, patient traceur) et ont pour certaines débouché sur des améliorations des pratiques. Les résultats sont communiqués aux professionnels de l'unité d'endoscopie. Les résultats sont analysés et communiqués aux équipes.

A / AGIR

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

L'unité d'endoscopie définit ses actions d'amélioration. Celles-ci sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel et intégrées au compte qualité.

L'exploitation et le suivi dans le temps sont organisés et mis en oeuvre selon une méthode projet portée par l'encadrement de l'unité d'endoscopie et la supervision de la direction.

Il existe des indicateurs dont le suivi favorise la lisibilité des risques résiduels et sont exploités en tant que données d'analyse. Pour exemple, une EPP a permis d'élaborer un consensus de préparation des patients, et également la modification de supports de suivi de la prise en charge.

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau de l'unité d'endoscopie et de l'établissement.