



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE CHIRURGICALE
SAINT ROCH**

56 rue de lille
59223 Roncq
Mai 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	40

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE CHIRURGICALE SAINT ROCH	
Adresse	56 rue de lille 59223 Roncq
Département / région	NORD / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	590002218	SARL SAINT ROCH CHIRURGIE	56 rue de lille 59223 Roncq
Entité juridique	590004685	SARL SAINT ROCH CONVALESCENCE	56 rue de lille 59223 Roncq
Etablissement de santé	590810784	CLINIQUE SAINT ROCH CONVALESCENCE	56 rue de lille 59223 Roncq
Etablissement de santé	590790655	CLINIQUE CHIRURGICALE SAINT ROCH	56 rue de lille 59223 Roncq

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	24	/	5
SSR	SSR	73	20	/

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

- Stérilisation et restauration

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

- Convention réanimation avec le Centre Hospitalier de Tourcoing
- Convention soins palliatifs avec la Clinique du Val de Lys et ASP

OMEGA

- Convention soins palliatifs à domicile avec le réseau Diamand
- Convention avec l'association HACAVIE, CLIC, CRAM, CARMI pour le retour à domicile
- Convention avec l'association ADAR (coordination hospitalière
- Convention HAD avec Santelys
- Convention prise en charge coordonnée gériatrique avec la Résidence des Orchidées
- Convention MPR Neurologique avec la Clinique du Val de Lys
- Charte de prise en charge des AVC avec la filière AVC Lille Flandres Lys
- Convention prise en charge Neurologique en MPR avec le CH de Roubaix/ Tourcoing
- Convention prise en charge Neurologique en MPR et Neurochirurgie avec le CHRU de Lille
- Convention UNV avec Roubaix
- Convention SSR avec les cliniques environnantes (Lille, Villeneuve d'Ascq, Roubaix, Marcq en Bareuil, Tourcoing)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Ouverture du service de SSR pour la prise en charge spécialisée des conséquences fonctionnelles des affections de la personne âgée polypathologique ou à risque de dépendance en juin 2015.

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la qualité et des risques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	HC	PTG	Programmé	Simple. Passage en balnéothérapie	SSR
2	Adulte	HDJ	Coiffe des rotateurs	Programmé	Simple	SSR
3	Sujet âgé	HC	Affections de la pers polypatho, anesthésie	Programmé Trajectoire	Complexe,	SSR
4	Enfant	HC Chirurgie	Amygdalectomie	Programmé	Simple	MCO
5	Sujet âgé	HDJ	Arthroscopie du genou	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

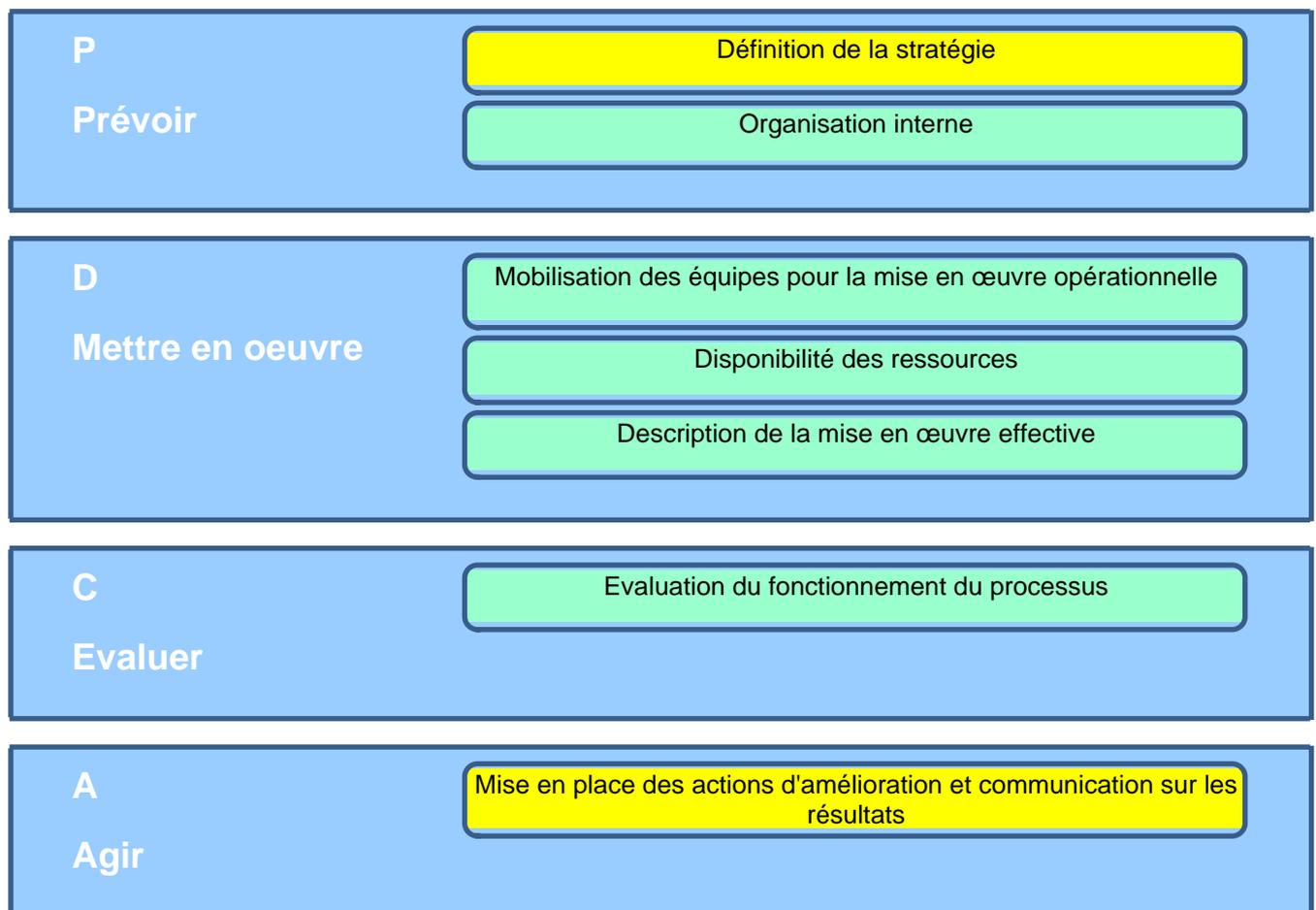
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques (QGR) est définie dans le projet d'établissement 2014-2018 et dans le manuel qualité de l'établissement. Cette politique intègre la stratégie de développement de l'EPP ainsi que la gestion de crise. Elle a été validée par la CME en 2013. Elle est communiquée aux responsables de l'établissement, à charge pour eux de la faire connaître à leurs équipes.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en oeuvre de cette politique, notamment dans le cadre de la CRU.

Une évaluation des risques existe dans le compte qualité basée sur les données de l'établissement, telles que les rapports d'inspection, l'analyse des EI, les RMM et CREX, les résultats des indicateurs internes et nationaux, l'analyse des plaintes et réclamations des usagers, etc. Des programmes d'actions sont élaborés issus de ces démarches d'analyse de risques. Les programmes d'actions prévoient pour chaque action, le responsable, les dates prévisionnelles de réalisation et de clôture. Celui du CREX prévoit la date et modalités de communication au personnel, un indicateur qualité et un indicateur d'efficacité des mesures correctives.

Par ailleurs, le PAQSS n'est pas unique, et ne prend donc pas en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connu. Il n'intègre pas toutes les actions identifiées dans le compte qualité et renvoie à différents programmes d'actions, tels que celui du CREX, du CoMeDiMS et de la commission des Antibiotiques, du CLIN, de la radiologie, des ressources humaines et le document unique. Le PAQSS est ainsi scindé à plusieurs plans d'actions.

Pour l'établissement, ces plans d'actions constituent donc de manière implicite le PAQSS général de l'établissement en étant tous rassemblés.

Enfin, les modalités de suivi des actions ne sont pas précisées.

Le suivi des actions ne prévoit pas la communication aux professionnels (modalités et date).

Enfin, les modalités de suivi des actions ne sont pas précisées. Le suivi des actions ne prévoit pas la communication aux professionnels (modalité et date).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage et la mise en oeuvre des programmes d'actions sont définis et organisés. Cette organisation repose sur un comité de la qualité et des risques dont le règlement intérieur précise ses missions et son fonctionnement ainsi que les missions du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), celles de la responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCM), de la responsable de la RMM, des référents qualité, des référents EPP, des membres du CREX, des vigilants. Une responsable qualité (RAQ) et un cadre de santé qualité (CS-Q) animent l'ensemble de la démarche. Leurs fiches de poste existent.

Une charte d'engagement de la direction de l'établissement soutient la déclaration des EI. La coordination de la démarche est facilitée par la petite taille de l'établissement. Ainsi la cellule qualité participe aux groupes experts (CLIN, CLAN, CLUD) et assure la coordination des dispositifs de vigilance et de veille sanitaire.

Les ressources nécessaires en compétences et effectifs sont identifiées. Les formations dans le domaine de la QGR sont organisées, en interne et/ou en externe.

Les documents nécessaires sont formalisés, gérés dans un système documentaire organisé, et mis à disposition via l'intranet de l'établissement. L'établissement s'est engagé dans l'hôpital numérique.

Les interfaces sont organisées.

Il existe une Responsable qualité et gestion des risques et une Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Ces 2 postes sont occupés par 2 personnes différentes et ces personnes sont à 100% affectées à l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service sont les référents de la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'établissement.

Ils mobilisent leurs équipes en les informant sur les actions les concernant et en veillant au respect des bonnes pratiques, en participant aux audits planifiés et par des contrôles réguliers. Ils soutiennent la déclaration des EI par les professionnels. Les professionnels rencontrés sont mobilisés notamment dans le domaine des risques liés au médicament, l'identification du patient, la bientraitance, les chutes. Les responsables des secteurs à risque identifiés ont un plan d'actions.

Le nombre annuel d'EI augmente régulièrement. Il ne comporte pas d'EIG. Tous les décès donnent lieu à une RMM animée par le médecin CGRAS. La RAQ analyse trimestriellement les déclarations des EI. Les EI significatifs sont analysés en CREX, essentiellement liés aux médicaments et à l'identité du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et besoins des activités.

Les différents responsables dans le domaine de la QGR, sont formés aux risques liés aux médicaments, à la démarche de RETEX et au patient traceur. La pharmacienne RSMQPCM et la RAQ assurent la formation et sensibilisation des agents aux risques liés aux médicaments. La RAQ forme les responsables de service aux EI et à leur analyse, ces derniers chargés de former leurs équipes. Le médecin CGRAS forme ses collègues aux RMM. Un système de tutorat assure l'opérationnalité des nouveaux arrivants. La semaine sécurité du patient participe de la sensibilisation des professionnels.

Les ressources matérielles sont disponibles. Les documents nécessaires sont mis à jour et accessibles via l'intranet de l'établissement. Les classeurs papier ont été pour la plupart supprimés. Les professionnels connaissent et utilisent le système documentaire.

Les procédures sont actualisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés connaissent les actions QGR concernant leur activité. Ils sont formés, connaissent et utilisent le système de déclaration des EI et sont sensibilisés à la nécessité de déclarer. De même, les responsables de service sont impliqués dans la démarche QGR et déclinent dans leurs secteurs les objectifs de la démarche les concernant. Les plaintes et réclamations sont analysées et donnent lieu à des actions correctrices. L'établissement n'a pas d'autorisation en cancérologie et n'est donc pas astreint à la pratique des RCP.

La CME valide les programmes d'actions. La CRU en est informée. Cette dernière propose des actions d'amélioration.

Le plan blanc a été actualisé lors d'un exercice de gestion de crise en début d'année 2015.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un programme d'audits et d'évaluation est établi et revu annuellement. L'établissement dispose d'un tableau de bord d'indicateurs organisé en onze domaines tels que généraux, ressources humaines, restauration, stérilisation, communication et information, soins, hygiène, technique, développement durable, circuit du médicament et DMI, indicateurs nationaux (IN et IPAQSS).

La RAQ analyse trimestriellement les déclarations des EI.

De même le bilan des EPP est présenté en CME annuellement. Enfin, le suivi des actions et la communication des résultats ne sont pas précisés.

A / AGIR

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

Les programmes d'actions sont revus et mis à jour annuellement en CQR, et validés en CME. Le bilan des EI est présenté et discuté en CME.

L'établissement a identifié la nécessité de communiquer plus largement sur le retour d'analyse des EI significatifs analysés en CREX.

Cependant au vu des réponses apportées sur chaque thématique, il en ressort que le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré, et que l'articulation avec le PAQSS n'est pas réalisée.

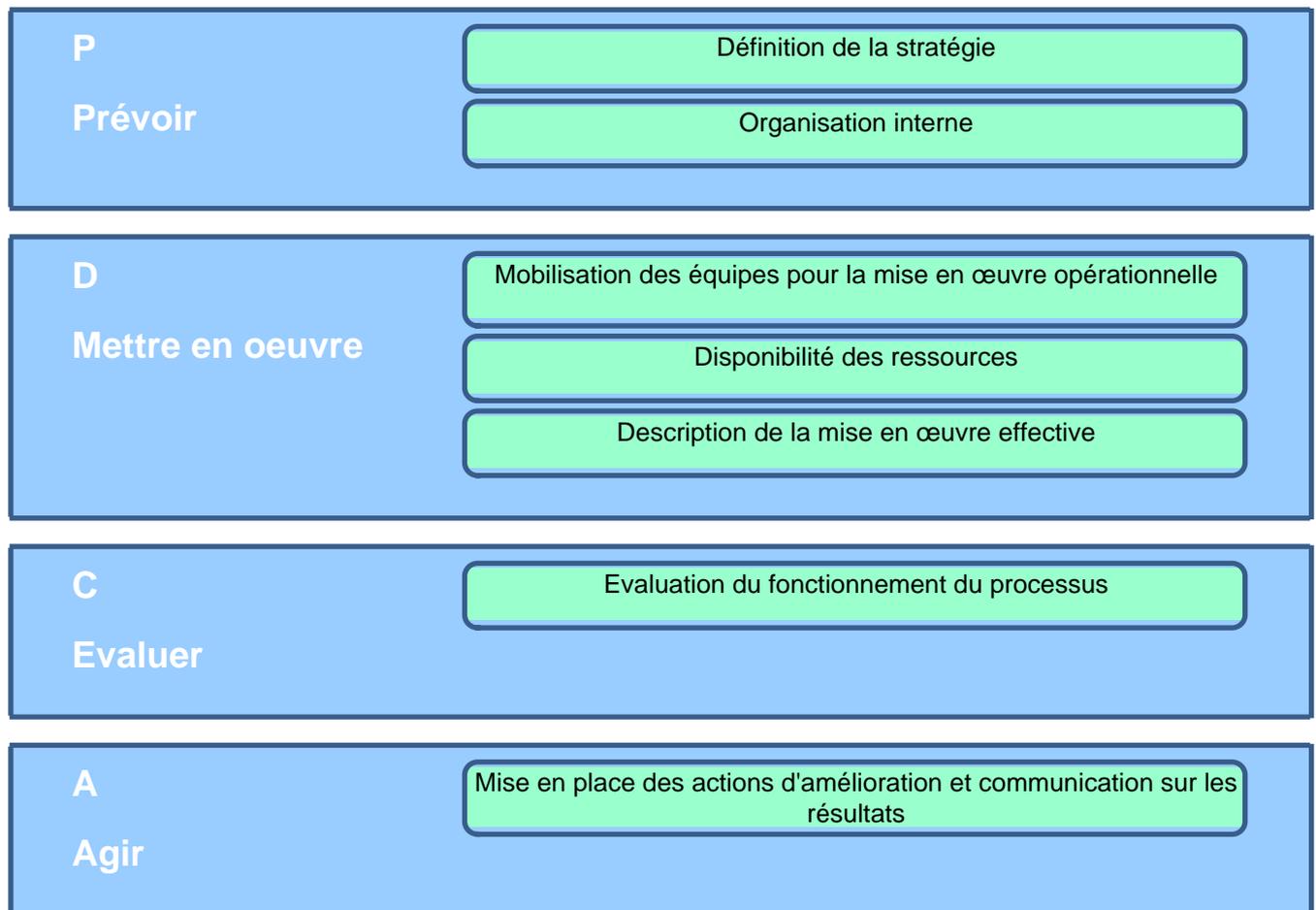
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du risque infectieux est intégrée au projet d'établissement et validée par les instances dont la CME et le CLIN.

Une analyse des besoins a été réalisée par les instances avec les professionnels et constitue une partie du CQ. La politique est coordonnée par le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins et l'EOH de concert avec le responsable qualité et la coordinatrice des soins (équipe qualité). Un consultant hygiéniste, infectiologue et référent en antibiotiques constitue le pivot de cette politique et s'assure de sa mise en œuvre. Il est disponible et joignable pour toute question relative au risque infectieux (CLIN, EOH, praticiens). Les données spécifiques aux patients sur le plan infectieux sont partagées dans le dossier du patient, support commun à tous les services. La stratégie est déclinée au sein d'un plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus (CLIN sous la houlette du CGDR, EOH). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

La politique est coordonnée par le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins et l'EOH de concert avec le responsable qualité et la coordinatrice des soins (équipe qualité).

Un consultant hygiéniste, infectiologue et référent en antibiotiques constitue le pivot de cette politique et s'assure de sa mise en œuvre. Il est disponible et joignable pour toute question relative au risque infectieux (CLIN, EOH, praticiens). Un dispositif est en place pour déclarer les incidents relatifs au risque sur ESIN, en relation avec les instances extérieures (CCLIN régional et Invs). L'équipe de direction suit aussi le plan d'actions élaboré par le CLIN ; l'établissement a fait le choix de ne pas recruter d'IDE hygiéniste (petite taille de l'établissement) mais a maillé les services de référents formés par le consultant pour les questions d'hygiène et par l'équipe qualité pour les méthodes.

Ces référents présents dans tous les services assurent l'interface entre les services cliniques et médico-techniques. Tous les services de l'établissement sont dotés de référents en hygiène qui se réunissent régulièrement pour partager les informations, les méthodes, les outils.

Un plan de formation est élaboré par le CLIN et avec les instances puis mis en œuvre.

Tous les professionnels impliqués disposent d'une fiche de poste définissant leurs missions.

Le dossier du patient est informatisé intégralement et est partagé par l'ensemble des services. Le suivi du patient est assuré même s'il est muté d'un service à l'autre.

Le système documentaire est structuré, commun à tous et disponible sur l'intranet. Le service qualité veille à son actualisation.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs. Une alerte a été paramétrée pour les prescriptions d'antibiotiques afin d'obliger les prescripteurs à la réévaluation systématique. Les nouveaux prescripteurs sont initiés à cette alerte et sont sensibilisés à cette obligation dans l'outil partagé.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (scores ICSHA, ICALIN, audits).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse de résultats ou indicateurs).

Les secteurs sont mobilisés par les instances, le coordinateur de gestion des risques.

Les référents sont mis à contribution pour la mise en œuvre opérationnelle et la sensibilisation des professionnels au risque infectieux. Les cadres relaient les référents pour le suivi des plans d'action.

Les résultats des audits et indicateurs sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les équipes sont mobilisées pour prendre en charge le risque infectieux par l'EOH.

Les ressources en compétences (effectif), matériel (dont locaux et équipements, CF balnéothérapie et plateau technique de SSR) et documentation (accessible et actualisée : conduite à tenir en cas d'AES, règles d'admission en balnéothérapie) sont disponibles dans les secteurs. Des guides et supports sont mis à disposition pour faciliter l'utilisation des produits et des molécules antibiotiques. Des protocoles antibioprofylaxie et antibiothérapie sont proposés.

Des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux et à la prévention des

risques sont organisées (bio nettoyage au bloc opératoire).
Des procédures et protocoles de surveillance (BMR) et de prévention (sondage urinaire) du risque infectieux sont élaborés à l'initiative des instances, des services et utilisateurs d'équipements à risques. Exemple : une fiche « balnéothérapie » a été mise en place afin de recueillir les avis médicaux avant décision de rééducation en balnéothérapie. Ces procédures et protocoles sont actualisés et accessibles à l'ensemble des professionnels que ce soit en chirurgie ou en SSR.

L'établissement est structuré en autogestion quant au bio-nettoyage. Le CLIN a mis en place, en 2015, à la demande du bloc, une formation spécifique des agents de ce secteur. Des sessions de bonne utilisation des solutions hydroalcooliques sont systématiquement organisées dans le cadre « mains propres ». Les agents chargés du traitement des endoscopes sont formés sur le site par compagnonnage. Les agents chargés du secteur « balnéothérapie » utilisent un robot de nettoyage. Tous les nouveaux prescripteurs sont formés par le pharmacien et le référent en antibiotiques au bon usage des antibiotiques. Un support récapitulatif des bonnes pratiques leur est distribué. Une familiarisation avec l'outil de prescription est effectuée lors de leur arrivée (5 prescripteurs formés en 2015). Des documents ressources sont proposés pour traiter le patient dans les conditions optimales (antibioprophylaxie et antibiothérapie de première intention).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions de surveillance (enquête INCISO) et de prévention du risque infectieux (contrôles microbiologiques) ainsi que des procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre.

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient (conduite à tenir en cas de résultats positifs en balnéothérapie, traitement d'un endoscope de retour de réparation).

Les circuits sont respectés (déchets, linge, dispositifs médicaux) et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est effective dans le dossier patient informatisé (5 prescripteurs formés à cet effet avec un support formalisé en 2015). La traçabilité est effective à 100%.

Les différentes instances et responsables (CME, EOH, CLIN, CGRAS, équipe qualité et équipe de direction) s'assurent que les conditions d'hygiène optimales des locaux sont organisées. Une étude est en cours pour mettre des douches supplémentaires en chirurgie ambulatoire. Les locaux sont entretenus selon les attentes et les règles de bio-nettoyage en milieu hospitalier (bloc, endoscopie, chirurgie, SSR, balnéothérapie, salles de rééducation, matériels et équipements). Une conduite à tenir est en place et appliquée en cas de résultats positifs en balnéothérapie. Le suivi en est assuré par les instances qui décident de la remise en service au vu des résultats de contrôle. La même conduite à tenir est définie pour les endoscopes. Un calendrier de prélèvements déployé sur l'ensemble des locaux et des matériels valide cette préoccupation des instances et constitue le support de suivi des conditions d'hygiène des locaux.

Le consultant en hygiène est infectiologue et vient régulièrement dans l'établissement, il est aussi référent en antibiotiques. Il s'assure de la mise en œuvre des bonnes pratiques en antibioprophylaxie et antibiothérapie (respect des recommandations émises par la HAS et la SFAR), préconise le bon usage des antibiotiques soit sous forme de fiches techniques (antibioprophylaxie en ophtalmologie) soit sous forme de conseils « personnalisés » en fonction de la pathologie et de la flore microbienne en présence chez chaque patient). Il met en œuvre annuellement des surveillances pour évaluer le bon usage : en quête antibioprophylaxie, consommation des antibiotiques, enquêtes SPA et SPILF et ONERBA. Un suivi continu des bactéries multirésistantes est organisé notamment en SSR sur les sondes urinaires en coordination avec le laboratoire. Un livret thérapeutique actualisé est disponible en temps réel pour les prescripteurs et constitue une aide précieuse pour le choix des molécules, des associations, des modalités de prescriptions, des modalités d'utilisation..

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure périodiquement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques notamment à l'aide d'indicateurs.

Des EPP sont organisées (cathéters périphériques, précautions standard et complémentaires, préparation de l'opéré).

Le risque infectieux est évalué périodiquement selon un programme prédéfini par le CLIN en lien avec l'EOH ; d'un commun accord avec ces instances et le coordinateur de gestion des risques associés aux soins, l'établissement participe à des enquêtes multicentriques proposées par les instances régionales ou nationales : INCISO avec indicateur national pour les différents types de chirurgie, bactéries multirésistantes avec des indicateurs nationaux pour le staphylococcus aureus résistant à la méticilline et pour les entérobactéries avec bêtalactamase à spectre élargi.

L'établissement a aussi participé aux enquêtes nationales « pose de cathéter périphérique » « précautions standard », « précautions complémentaires », « hygiène des mains », traitement des endoscopes.

Le CBUM implique aussi des évaluations périodiques sur la base d'indicateurs nationaux quant au bon

usage des antibiotiques.
L'établissement participe aussi à des enquêtes proposées par les sociétés savantes (SPILF).
Des audits de bonne pratique de bio-nettoyage sont initiés (bloc opératoire).
Des procédures spécifiques sont en place au bloc opératoire pour les patients infectés ou suspects d'infection (circuits et locaux définis). Les mêmes règles sont appliquées en endoscopie. Les patients infectés ne sont pas admis en balnéothérapie.
Ces règles sont consensuelles et appliquées en accord avec l'EOH, les référents et les instances.
Un dispositif est en place et connu pour déclarer les événements infectieux graves sur ESIN (infectiovigilance).
Des EPP sont organisées (hygiène générale, préparation de l'opéré, précautions standard, pose de cathéters veineux, hygiène des mains).
Le bilan du CLIN avec ses indicateurs (ICALIN, ICATB, SURVISO, ICSHA) est réalisé annuellement selon les circulaires en vigueur et les évaluations régulières du CBUM sont le témoin de ce dispositif périodique d'évaluation.
Ces bilans sont diffusés à tous et font l'objet d'un suivi par les instances concernées. Les professionnels et les usagers sont informés de ces bilans.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus (rappel de la nécessité de tracer la douche préopératoire, nécessité de tracer la pose de sondage vésical).
La diffusion des résultats est effectuée par affichage ou sur le système documentaire électronique. Ils sont commentés par les cadres de façon informelle en fonction des disponibilités ou des opportunités.
Suite à l'enquête nationale sur le traitement des endoscopes, des actions correctives « modification des pratiques » ont été initiées (mise en place d'un bac de transport) ; par ailleurs, des procédures sont actualisées, des fiches techniques complémentaires élaborées (suivi du sondage urinaire et « fiche balnéothérapie »), des documents mis à disposition (Conduite à tenir en cas de résultats positifs en balnéothérapie), des professionnels formés (suite à audit de bio-nettoyage au bloc opératoire).
Les actions identifiées ne sont pas intégrées au PAQSS institutionnel.
Le dispositif de communication est orienté vers l'ensemble des professionnels de l'établissement mais également vers l'ensemble des parties prenantes « externes » à l'établissement. La diffusion des résultats est effectuée par affichage ou sur le système documentaire électronique. Ils sont commentés par les cadres de façon informelle en fonction des disponibilités ou des opportunités.

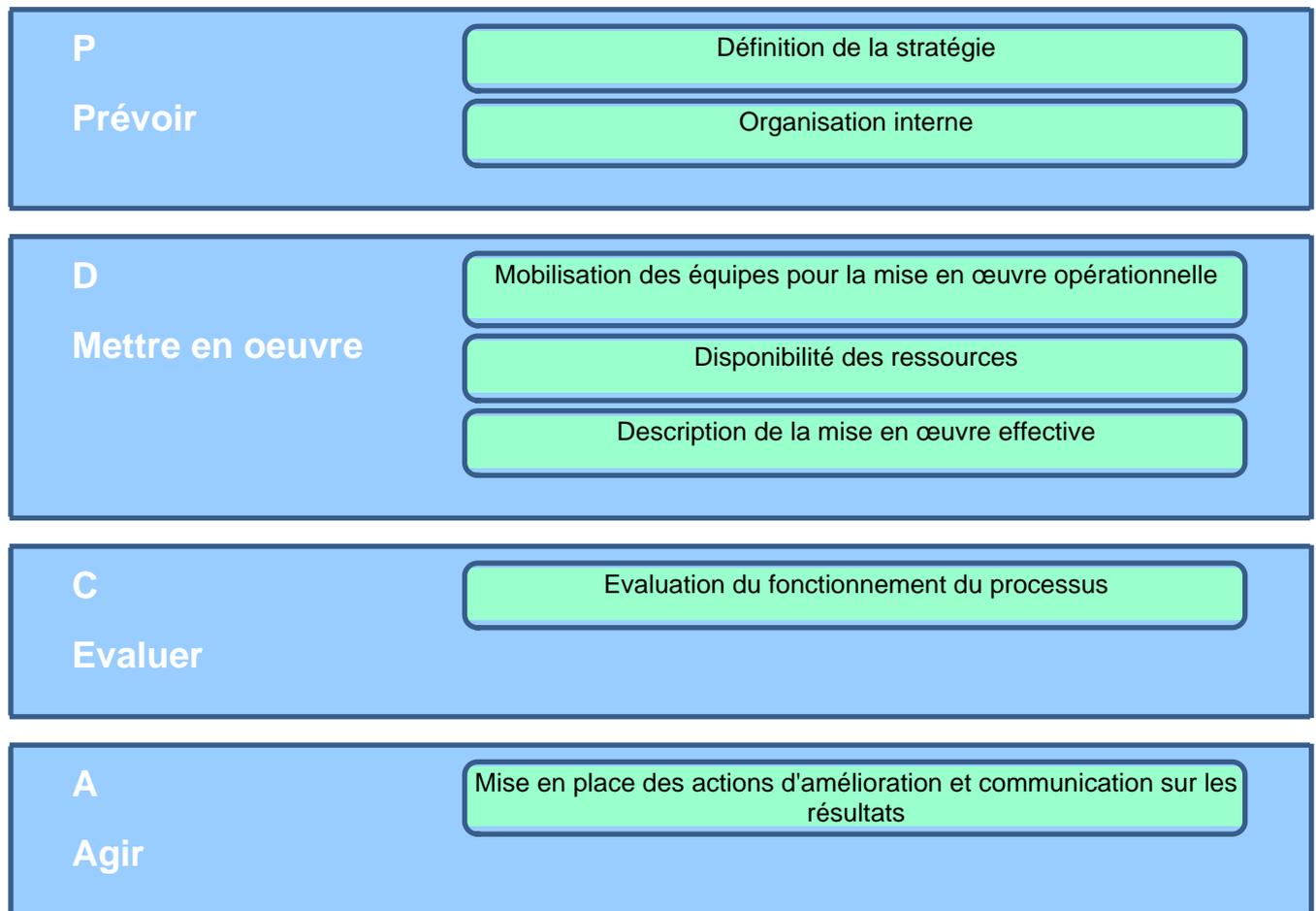
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de l'établissement s'exprime dans l'engagement de la direction à satisfaire les besoins des clients (patients et professionnels), établir une relation de confiance vis-à-vis des patients et des professionnels en ce qui concerne la fiabilité des résultats et des méthodes de travail utilisées, respecter de manière permanente les exigences réglementaires et assurer une amélioration constante du système qualité mis en place. Concernant les droits du patient, le projet de soins décline cette stratégie notamment via la bientraitance et l'information du patient en cas de dommages liés aux soins. Concernant le plan d'actions, il se décline en 2 actions issues du Compte Qualité.

La stratégie de l'établissement relative aux droits du patient figure dans le projet de soins du projet d'établissement 2014-2018. Les risques identifiés dans ce domaine relèvent du compte qualité qui indique un bon niveau de maîtrise (niveau 1). Deux actions d'amélioration sont ciblées dans le compte qualité qui consistent à intégrer dans le livret d'accueil des nouveaux salariés, les informations relatives à la bientraitance et à l'information du patient en cas de dommages liés aux soins. Ces deux actions figurent par ailleurs dans le PAQSS de l'établissement. La politique est diffusée auprès des responsables de l'établissement.

Ce programme est validé par les instances et présenté à la CRU.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur est chargé du pilotage et de la mise en œuvre de la politique des droits et information du patient. La CRU fonctionne de façon réglementaire. Le règlement intérieur précise les missions de la CRU et de chacun des intervenants.

Des formations sont organisées tous les trois ans sur les droits et information des patients et concerne l'ensemble des professionnels. Plus récemment, l'établissement a organisé une formation sur le thème de la bientraitance, menée par une assistante sociale et une psychologue. Cette formation vise l'ensemble des professionnels.

Il existe un plan de formation pluriannuel.

Une procédure concernant l'information du patient en cas de dommage lié aux soins validée est adoptée et communiquée en interne tant au niveau des responsables d'unités que des praticiens de l'établissement (procédure et logigramme HAS).

Les besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles ont été identifiés.

Les documents nécessaires sont identifiés et formalisés, qu'ils soient destinés aux patients ou aux professionnels. L'hébergement d'un proche est prévu ainsi que son soutien si nécessaire. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont prévues et connues du personnel.

Les locaux permettent l'accueil de personnes handicapées.

La gestion des interfaces est organisée entre les différents secteurs concernés.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service communiquent les enjeux liés à la politique de bientraitance.

Ils sensibilisent leurs équipes et s'assurent de la conformité des pratiques notamment au regard de la prise charge de la douleur, de l'information du patient, du respect de sa dignité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels rencontrés sont régulièrement formés et sensibilisés au respect des droits du patient.

Il y a eu plusieurs sensibilisations sur l'annonce d'un dommage lié aux soins en CME auprès des praticiens libéraux de l'établissement.

Les documents nécessaires sont accessibles via l'intranet de l'établissement.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de le CRU via le livret d'accueil, les affiches à l'accueil et le site internet de l'établissement, ainsi que par les professionnels de l'établissement.

Les locaux permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés apprécient fortement la formation à la bientraitance qui les amène à revoir éventuellement leurs propres pratiques et à mettre en place une autorégulation en équipe. Les équipes identifient les situations nécessitant une restriction de liberté et agissent de façon à en minimiser l'usage. Ils connaissent et sont vigilants aux conditions de mise en contention. La personne de confiance est

recueillie et tracée. Ils sont sensibilisés au respect de la dignité et de l'intimité du patient, ainsi qu'au respect de la confidentialité de ses données.

Ils connaissent les procédures et organisations et les mettent en oeuvre. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est en place. Ce dernier ainsi que son entourage participe à l'élaboration et à la mise en oeuvre de son projet de soins personnalisés.

Les représentants des usagers sont sollicités pour exprimer les actions d'amélioration nécessaires. Ils ont accès aux plaintes des usagers dont le nombre est très faible chaque année.

Toutefois, le consentement éclairé, bien qu'organisé et recueilli, n'était pas tracé dans le dossier du patient uniquement dans le service SSR (confirmé chez les trois patients traceurs en SSR, lors de l'examen des dossiers et lors des entretiens avec les personnels).

Par ailleurs, la procédure d'autorisation parentérale n'est pas respectée en cas d'opération d'un enfant, avec une seule signature de l'un des parents au lieu des deux. Ceci a été confirmé par un patient traceur en ORL. L'établissement relate la difficulté récurrente d'avoir les 2 parents disponibles au moment de la consultation ou de l'hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des démarches d'évaluation sont mises en place.

La satisfaction des patients est évaluée par l'analyse des questionnaires de sortie (taux de retour de 17,8% en 2014) et par l'enquête nationale ISATIS annuelle.

Ces indicateurs sont intégrés au tableau de bord de l'établissement.

Un bilan du programme d'actions menées est réalisé annuellement au sein de la CRU. Le programme est réajusté si besoin.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont apportées au niveau de l'établissement et au sein des services.

Le programme est intégré au PAQSS, il est revu lors du bilan en CRU.

Les résultats des évaluations et actions d'amélioration sont communiqués par mail, via l'intranet. Les responsables de service sont chargés d'en assurer la connaissance.

Cependant, le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Le suivi des actions transverses n'indique ni les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs et les résultats obtenus, ni les modalités de communication.

Le suivi des actions au sein des services n'est pas formalisé et articulé avec le PAQSS.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

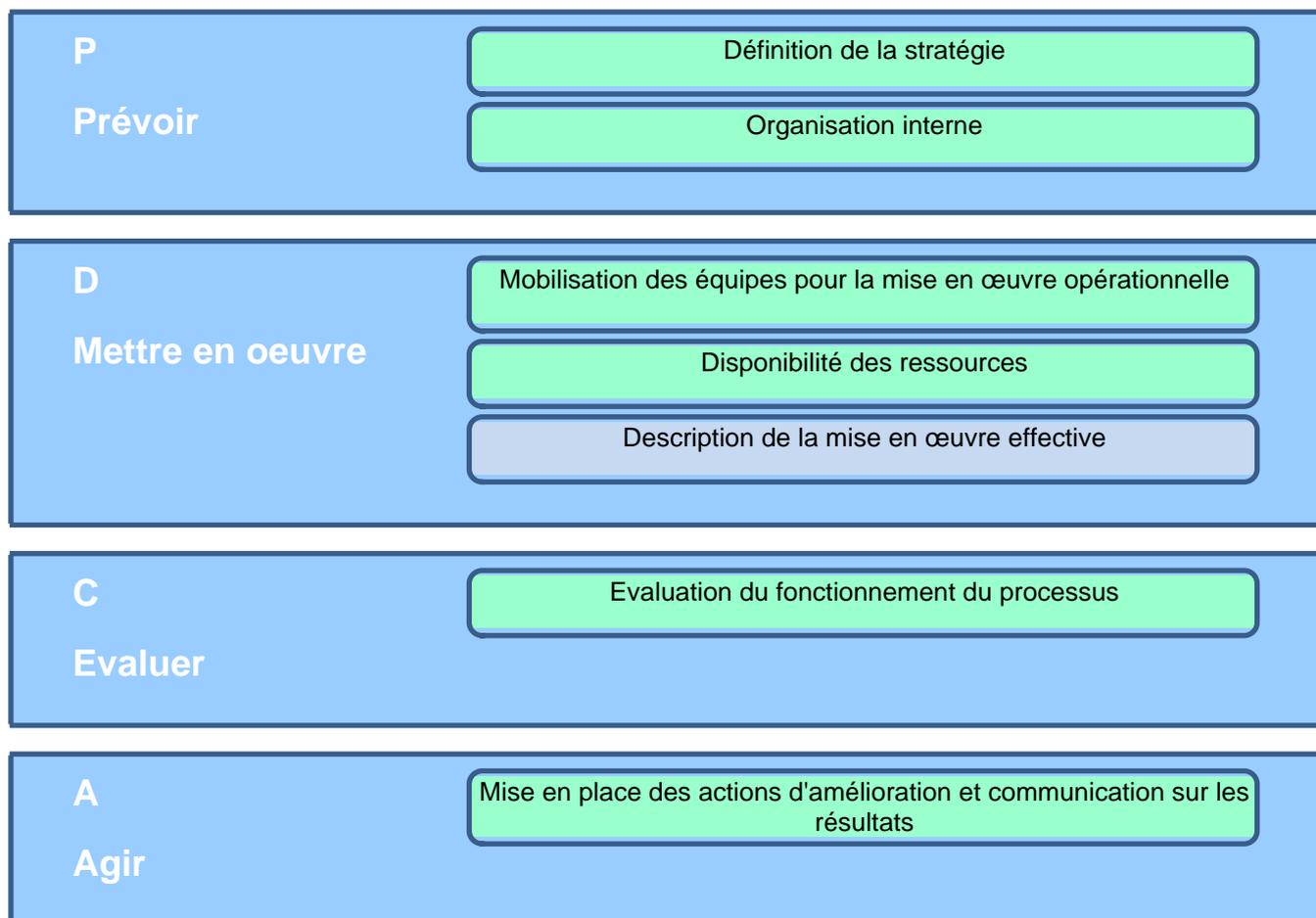
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>La stratégie de prise en charge du patient est déclinée dans le projet d'établissement de la Clinique Saint Roch validé par la CME. Elle prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire (prise en charge de la personne âgée, chirurgie ambulatoire).</p> <p>La cartographie des risques est élaborée.</p> <p>Le risque ATNC est évalué avant tout acte chirurgical.</p> <p>La stratégie est déclinée dans un programme.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a défini une organisation interne pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.</p> <p>L'établissement organise la réponse au regard des missions et risques identifiés en ressources humaines (6 ergothérapeutes, 2 orthophonistes, profs APA, 2 psychologues, assistante sociale, diététicienne), matérielles (balnéothérapie, plateau technique, imagerie interventionnelle), documentaires (gestion électronique, dossier patient informatisé).</p> <p>La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.</p> <p>L'établissement dispose de 4 lits de soins palliatifs identifiés. Une convention est en place avec l'équipe mobile de soins palliatifs et des conventions existent pour les établissements d'aval.</p> <p>Un dispositif d'accueil permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence.</p> <p>Une organisation est en place pour prendre en charge les personnes appartenant à une population spécifique (démunis, CMU, personnes âgées, handicapés).</p> <p>Des contrôles microbiologiques périodiques sont organisés (balnéothérapie, bloc, endoscopes, stérilisation) et contribuent à la sécurisation du parcours du patient.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs.</p> <p>Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences (81 professionnels formés en soins palliatifs en 2014 soit 291 heures dispensées), matérielles (lève-malades, salle de rééducation pour patients désorientés), en documentation (support en cours de finalisation "hygiène de vie") sont disponibles dans les services.</p> <p>Des modalités d'accueil des accompagnants sont connues et appliquées dans les secteurs.</p> <p>Des chariots d'urgence sont en place dans tous les secteurs et contribuent au dispositif de prise en charge des urgences vitales (formations périodiques aux gestes d'urgence).</p> <p>Les personnes démunies sont identifiées et prises en compte.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les professionnels des différents secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.</p> <p>La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé (visite pré-anesthésique avant chaque acte, bilan initial dans les 24 h après l'admission en SSR, ce que confirment les patients traceurs).</p> <p>Le projet personnalisé de soins est élaboré en concertation avec le patient et/ou son entourage et validé en réunion de secteur. Il intègre la réflexion bénéfique risque, est réévalué et tracé, ce qui est confirmé par les patients traceurs investigués en SSR.</p> <p>Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge, ce qui est confirmé au cours des investigations "patients traceurs "en SSR.</p> <p>Le système d'astreintes est défini et connu; il permet d'assurer la permanence des soins.</p> <p>Des avis "spécialisés" sont sollicités chaque fois que de besoin et notamment en ce qui concerne le risque suicidaire.</p> <p>La prise en charge repose sur des réunions pluri professionnelles et pluridisciplinaires (SSR).</p> <p>La secrétaire d'accueil renseigne systématiquement la "personne de confiance".</p> <p>Les directives anticipées sont recueillies chaque fois que nécessaire par l'équipe qui prend le patient en charge.</p>

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont systématiquement réalisés et tracés dans le dossier du patient.

La prise en charge de la douleur est effective et tracée (ce qui est confirmé par les investigations des patients traceurs).

La sortie du patient est organisée dès son admission, réévaluée si nécessaire. Le patient sort avec son ordonnance de sortie et le courrier pour le médecin traitant. Cette organisation permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins. Elle est confirmée par toutes les investigations "patients traceurs". Le patient a été informé par le chirurgien dès la consultation initiale".

L'éducation thérapeutique est formalisée pour "hygiène de vie" et effectuée au fil des besoins pour les médicaments, la douleur, la gestuelle. Des actions de coordination sont conduites avec des professionnels "extra hospitaliers" (maison du diabète, centre d'alcoologie).

A ce jour, aucun programme d'éducation thérapeutique n'est autorisé.

Les équipes évaluent le risque "escarre" grâce aux outils définis consensuellement.

Le consentement éclairé est recueilli systématiquement pour la chirurgie et le Projet personnalisé de soins de SSR.

La continuité des soins est assurée par le médecin rééducateur et/ou le chirurgien qui visitent leurs patients. La coordination de la prise en charge est assurée pour la rééducation par le responsable rééducateur du plateau technique de rééducation, et par la cadre du service pour la partie hospitalisation (patient traceur). Le dossier patient de chirurgie est informatisé et accessible au SSR, y compris en hospitalisation de jour. La coordination entre les différents corps de métier est faite par le cadre du plateau technique de rééducation (patient traceur).

Une association de bénévoles OMEGA intervient à la demande pour les soins palliatifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits, EPP et RMM sont mis en oeuvre (tous les décès sont suivis d'une RMM).
La satisfaction est évaluée périodiquement (94% de satisfaction en 2014 selon eSATIS).
Le taux de SARM acquis ou importés est suivi.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont conduites.

Cependant, le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Les actions d'amélioration des secteurs ne sont pas intégrées systématiquement au PAQSS institutionnel. Les responsables des secteurs rencontrés font état des actions réalisées qui ne sont pas coordonnées de façon institutionnelle.

Les résultats des actions d'amélioration ne sont pas diffusés de manière structurée. La communication des résultats est réalisée dans les services de manière informelle en fonction des disponibilités et opportunités. Ce point sensible est confirmé par la non connaissance sur le terrain par les professionnels impliqués des actions d'amélioration.

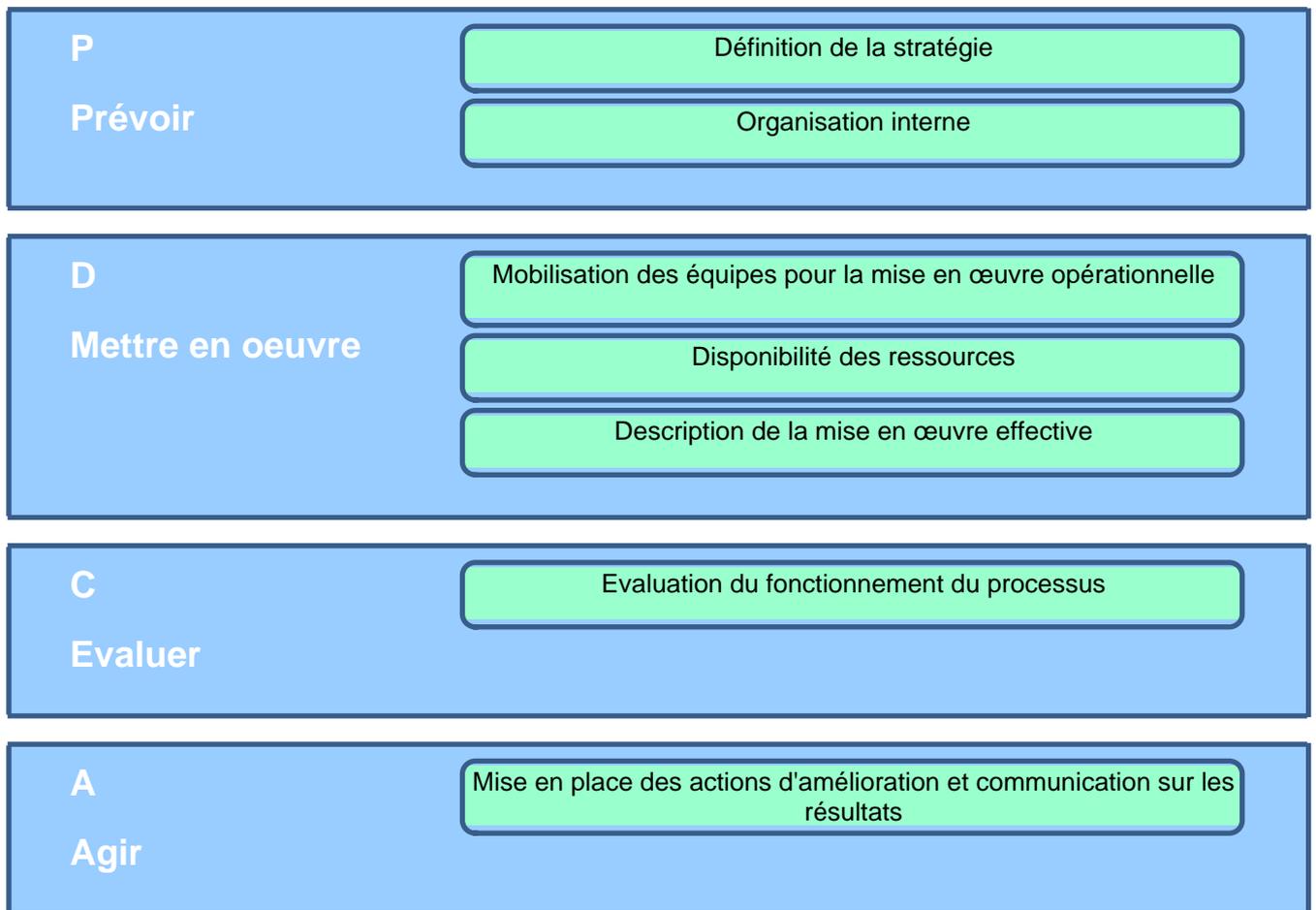
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de l'établissement pour le dossier du patient est définie dans le projet médical du Projet d'Etablissement 2014-2018. Elle est complétée par une politique formalisée de sécurité du SI.

L'analyse de risques liés au dossier patient relève du compte qualité (CQ) dans lequel les risques identifiés ont tous un bon niveau de maîtrise (Niveau 1). Concernant le dossier informatisé une analyse de risques a été réalisée par un prestataire externe en vue de sécuriser le système d'information et en particulier le dossier patient. Un programme avec trois actions d'améliorations a été retenu par l'établissement, à savoir sensibiliser à nouveau les professionnels sur les bases de tenue du dossier du patient, relancer une session d'évaluation de la conformité des dossiers PMSI et évaluer les connaissances sur la tenue et la gestion du dossier du patient.

Ces actions figurent dans le PAQSS de l'établissement. Cette politique est communiquée à l'ensemble des responsables de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

La responsabilité de ce processus revient au médecin référent de la sécurité du système d'information et assurant par ailleurs la fonction de DIM. Une fiche de poste précise ses missions et activités.

L'informatisation du dossier du patient est organisée et fonctionnelle et concerne l'ensemble des services. L'habilitation des professionnels au dossier informatisé se fait sur la base du profil métier.

Les ressources nécessaires à la bonne gestion du dossier patient sont prévues, tant humaines que matérielles et documentaires. L'organisation vise à faciliter la coordination de la prise en charge du patient par l'ensemble des professionnels concernés. Le dossier du patient est informatisé pour toutes les prises en charge, le module d'anesthésie étant récemment mis en place. Seule la réanimation n'est pas informatisée. L'ensemble du dossier repose sur un référentiel unique des patients et sur un référentiel unique des séjours et mouvements du patient. Ce dossier est constitué dès la prise de rendez-vous, sur la base de règles précises.

La sécurité du système d'information est également organisée.

Les règles de tenue, d'accès, de gestion, d'archivage (etc.) du dossier papier et informatisé sont formalisées, actualisées et mises à disposition.

En cas de panne, des impressions papier sont prévues permettant la continuité de la prise en charge.

Les patients sont informés des droits d'accès à leur dossier via le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée, affichée dans les points d'accueil.

La formation des professionnels est organisée, au fur et à mesure des évolutions du logiciel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service sont sensibilisés à la bonne tenue du dossier et motivent leurs équipes.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques par des audits réguliers ou ponctuels et mettent en place les actions correctrices nécessaires avec leurs équipes. Les professionnels rencontrés sont sensibilisés aux bonnes pratiques dans ce domaine et connaissent les règles et les appliquaient.

Les résultats des indicateurs leurs sont communiqués par les responsables, par mail individuel via l'intranet de l'établissement. Les usagers ont accès aux résultats par le site internet de l'établissement et par affichage aux points d'accueil.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les médecins et responsables de service sont formés au dossier informatisé par le prestataire lors de mises à jour importantes et par le médecin DIM, le reste du temps. Ce dernier assure la formation des nouveaux arrivants et reste à la disposition des médecins pour toute aide nécessaire. Les responsables de service forment leurs équipes à l'utilisation de ce dernier et le doublage des agents assure la prise en main de l'outil. Par ailleurs, le logiciel intègre une aide fonctionnelle. Les procédures en matière de tenue du dossier et d'accès du dossier sont actualisées, mises à dispo, et connues par les professionnels.

Les besoins en matériel sont évalués et suivis (PC, imprimantes, sécurisation du SI, etc).

Les informations destinées au patient sont prévues et organisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Le dossier papier est constitué à l'entrée du patient sur la base d'une check-list adaptée à chacune des prises en charge (SSR, chirurgie, bloc, etc.). A sa sortie, ce dossier papier est vérifié et archivé dans des

conditions réglementaires et permettant un accès sécurisé. Les documents sont scannés et intégrés au dossier informatisé.

Les professionnels externes sont destinataires du courrier de sortie remis au patient le jour de sa sortie.

Les interfaces sont opérationnelles.

Les professionnels accèdent au dossier en temps utile, grâce à un accès transverse aux données du patient, notamment pour les kinés, orthophonistes, assistantes sociales, psychologues, anesthésistes, etc. y compris les brancardiers pour les données les concernant. Un objectif thérapeutique est élaboré à l'entrée du patient, réévalué en fonction de la durée de son séjour. Le jour de sa sortie, le patient repart avec son courrier de sortie, son traitement et les documents nécessaires.

Le délai d'accès du patient à son dossier respecte la réglementation. La personne de confiance est recueillie et tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IPAQSS sont régulièrement évalués. Des audits réguliers sont réalisés par les responsables de service. Le nombre de demandes de dossiers est suivi ainsi que le délai d'accès. Ces indicateurs sont intégrés dans le tableau de bord des indicateurs de l'établissement.

Les résultats de ces indicateurs sont étudiés en CQR et en CME.

Le tableau de bord "hôpital numérique" est également utilisé. Ces démarches permettent d'évaluer correctement le processus.

A / AGIR

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

Les résultats des indicateurs nationaux ainsi que des audits internes donnent lieu à des actions correctives au fil de l'eau.

Chaque action est confiée à un pilote, avec une année prévisionnelle de réalisation, et une date de clôture.

Les responsables de service communiquent les résultats obtenus auprès de leurs équipes et initient des actions d'amélioration. Un affichage des indicateurs IPAQSS existe dans le hall d'accueil. Les professionnels reçoivent l'information par mail, via l'intranet de l'établissement. Ce dernier prévoit d'améliorer ce canal d'information.

Cependant, le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Il manque les objectifs recherchés, le ou les indicateurs mesurant l'atteinte de ces objectifs et les résultats obtenus ainsi que les modalités de communication. Le suivi des actions du PAQSS relatives au DPA n'est pas suffisamment formalisé. Les actions menées au sein des services et leur suivi, ne sont pas formalisés, et articulés avec le PAQSS.

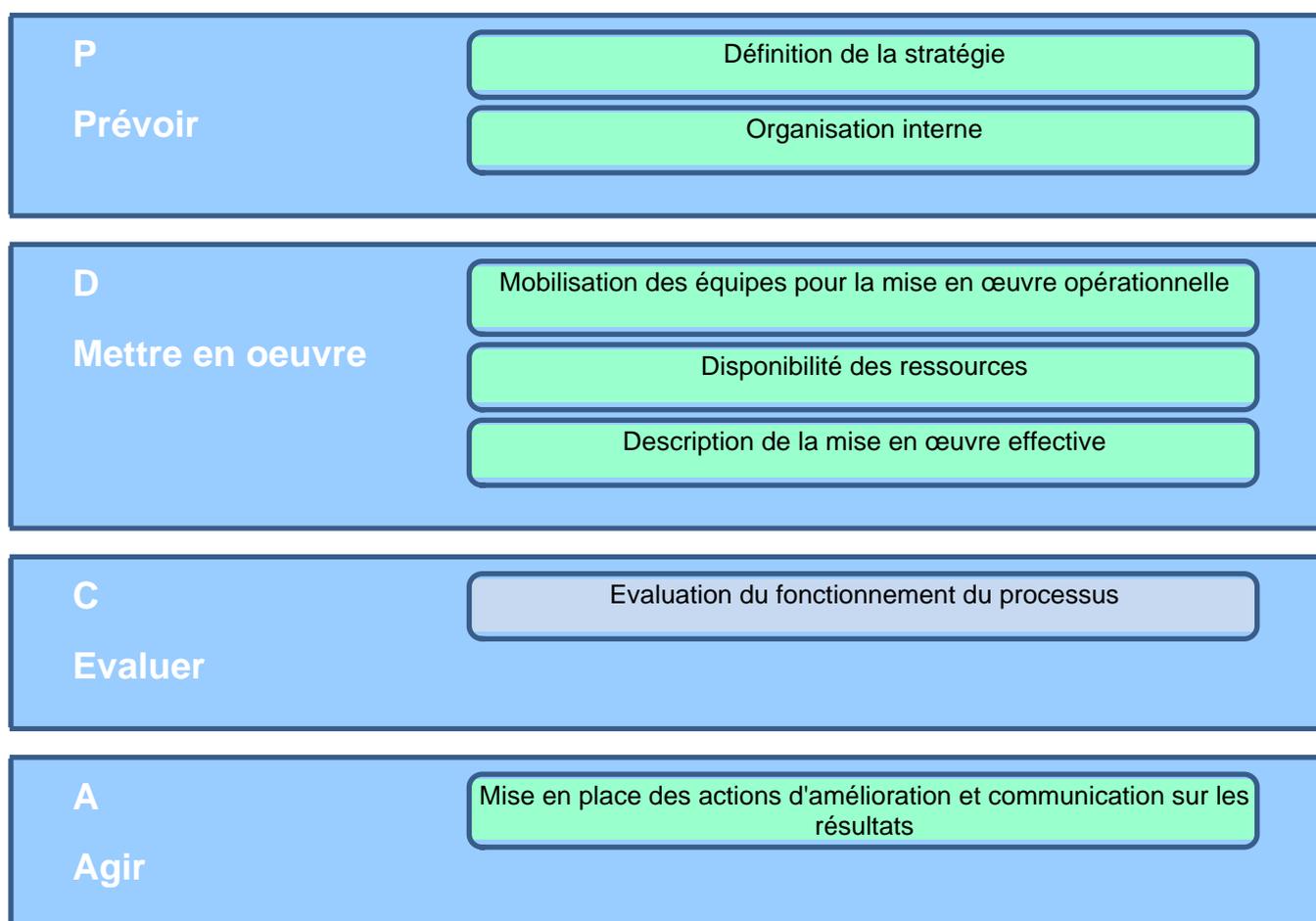
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Saint Roch a établi une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement : résultats de la certification, indicateurs du CBUM et audits internes qui ont permis de cibler les risques en particulier sur l'erreur d'administration et la continuité du traitement. Cette stratégie, validée par le COMEDIMS et la CME est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Cette politique formalisée dans le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé: une EPP sur les prescriptions chez les personnes âgées est réalisée chaque année en SSR.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique Saint Roch a établi une organisation pour piloter le processus. Le COMEDIMS qui s'est réuni 3 fois en 2014 est l'organe de pilotage.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels: la pharmacienne et le directeur médical de la Clinique sont les pilotes.

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 qu'il s'est fixés.

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

Les règles et les supports de prescription sont validés pour tous les prescripteurs.

En cas de panne les professionnels s'appuient des prescriptions de la veille qui sont systématiquement imprimés par l'infirmière en charge de la préparation des piluliers.

L'analyse pharmaceutique quotidienne du traitement du patient, y compris du traitement personnel est réalisée.

La gestion du traitement personnel en chirurgie est assurée par les anesthésistes en consultation et à l'entrée du patient. Les médicaments amenés par le patient sont systématiquement consignés à la pharmacie et restitués à sa sortie.

La permanence pharmaceutique est organisée. Seule la pharmacienne est habilitée à l'accès à la PUI. Elle est remplacée pendant ses absences.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les services, y compris lors des transferts, ce qui permet d'assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie du patient. Un dispositif documentaire permet de réguler le circuit du médicament, en particulier la gestion des interfaces.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels des services de chirurgie et de SSR sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

La cadre du service et la pharmacienne sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs services: erreur d'administration et rupture de la continuité du traitement.

La Clinique s'appuie sur les cadres des services: elles ont une mission de courroie de transmission entre les pilotes institutionnels et les acteurs de terrain.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. De multiples EPP sont produites par les professionnels de terrain.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, indicateurs avec un mauvais score, faible taux des DEI).

Les IDE des services participent à l'élaboration des protocoles avec leur cadre, aux audits internes et à la déclaration des événements indésirables, ainsi qu'à leur analyse.

Elles ont connaissance des différents résultats par leur messagerie personnelle, lors des transmissions qui permettent au cadre de donner les résultats aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont assurées (effectifs, formations interne et externe). Une formation sur les médicaments pour personnes âgées a été suivie en 2014 par la pharmacienne. Une formation par un organisme extérieur à destination de 10 infirmières a été réalisée en 2014 sur les erreurs médicamenteuses.

Les locaux permettent le respect des règles de gestion, de rangement et de stockage des médicaments dans les services : les salles de soins sont sécurisées, l'armoire à pharmacie permet un rangement

pertinent des médicaments, les médicaments à risque tels que les toxiques, le chlorure de potassium et les anticoagulants, sont bien identifiés.

Le chariot des piluliers est sécurisé avec un respect de l'identité et de la confidentialité.

Les règles d'hygiène sont observés avec le nettoyage systématique des piluliers de façon hebdomadaire.

La documentation est accessible et actualisée: le livret thérapeutique, le Doroz sont disponibles dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient : la cadre sensibilise les IDE et assurent une veille sur la mise en œuvre des décisions prises en équipe et sur les objectifs, en particulier sur l'administration du bon médicament, sa traçabilité en temps réel et sur la continuité du traitement.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée de façon régulière, en particulier sur les nouveaux anticoagulants, les anti vitamine K, les morphiniques, les anti-diabétiques.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée : prescriptions, administration en temps réel, traitement suspendu ou différé, refus du traitement par le patient, analyse en cas de retour de pilulier nominatif avec médicament non utilisé, traçabilité d'une conciliation médicamenteuse.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique St Roch assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés: indicateurs CBUM, IPAQSS, Interdiag, audits croisés entre 2 établissements (audits initiés au niveau de la région Nord), CREX, EPP sur le circuit du médicament, EPP sur le circuit des DMI, EPP sur l'administration des médicaments, EPP sur les prescriptions sur les personnes âgées, audits internes: sur la préparation des piluliers, sur la satisfaction des services vis à vis de la pharmacie, évaluation du coût des périmés.

Le recueil des DEI est organisé et connu des personnels: 58 DEI propres à la prise en charge médicamenteuse soit 14% du total des DEI pour 2014.

Des tableaux de bord permettent un suivi.

Ils sont affichés régulièrement dans les services de soins.

Un bilan d'activité annuel est présenté au COMEDIMS qui s'est réuni 3 fois en 2014.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, avec un suivi.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne par le COMEDIMS, la CME, l'encadrement lors des réunions spécifiques ou lors des transmissions dans les services Tous les IDE sont destinataires des principaux résultats par leur messagerie professionnelle personnelle.

En externe la communication est réalisée par la CRU et la semaine nationale "Semaine Sécurité du Patient".

Le suivi des actions d'amélioration est bien formalisé.

Cependant, le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Le plan d'actions de la prise en charge médicamenteuse ne participe pas au programme institutionnel de la gestion des risques. Les actions d'amélioration ne sont pas intégrées et articulées avec le programme institutionnel (PAQSS).

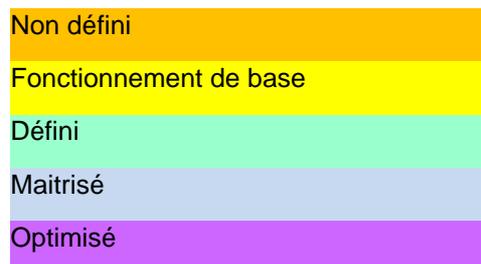
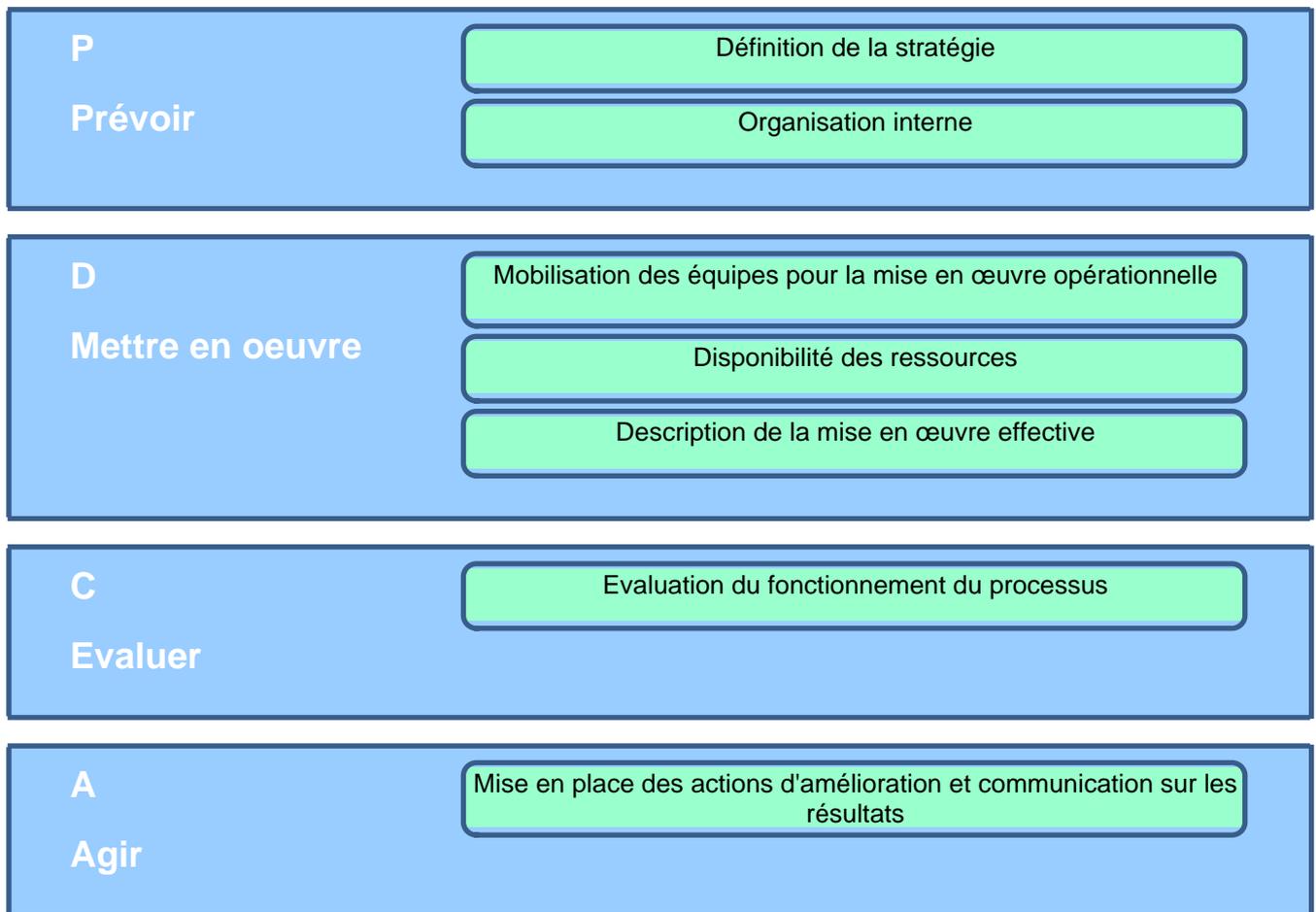
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie déployée est décrite dans le projet d'établissement et validée par la CME : selon les préconisations, la chirurgie ambulatoire est en développement.

Les processus à risques sont identifiés, analysés et hiérarchisés ; la cartographie des risques a engendré un support formalisé de programme d'actions préventives et de surveillance : 3 cartographies des risques ont été retrouvées.

La stratégie est déclinée dans un programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le bloc est composé de 4 salles soumises à traitement d'air avec manomètre contrôlé au quotidien (salles en ISO 7) à chaque porte et d'une salle dédiée à « l'anesthésie locale » en ISO 8. Les circuits DM utilisés, déchets et linge sale ainsi que les circuits propres sont identifiés. Un monte-charge permet l'évacuation du « sale » : il est entretenu par l'équipe technique de façon biquotidienne et chaque fois que de besoin. Les circuits « patients » sont définis ; un sas d'accueil permet le transfert des patients depuis leur lit sur un brancard spécifique « bloc ». Le couloir périphérique est utilisé pour la circulation des lits. Les salles sont ouvertes au quotidien selon des critères définis : l'ouverture des salles est tracée informatiquement.

La salle SSPI est équipée de 7 postes et accueille les patients de manière sectorisée en fonction de leurs pathologies. Chaque poste est séparé de l'autre par un rideau escamotable pour le respect de l'intimité.

Les différents secteurs opératoires sont identifiés et un pilotage institutionnel commun est validé et connu (règlement intérieur).

L'établissement a fait le choix de mettre en place une équipe structurée composée de 2 référents bloc, du CGRAS, du président de CME, de plusieurs chirurgiens. Les décisions sont prises par ce groupe d'acteurs.

L'organisation est formalisée dans un règlement intérieur. Les missions et responsabilités des référents de bloc y sont décrites.

Les interfaces sont organisées (chirurgie, SSR, imagerie, laboratoire) et permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire et recherche de la satisfaction des partenaires du bloc. Les informations sont partagées dans un support commun informatisé avec des passerelles en place ou en prévision pour les consultations et l'activité per opératoire.

La démarche qualité est documentée et actualisée ; elle assure la sécurité de prise en charge du patient et organise la diffusion de la culture qualité / sécurité en articulation avec le PAQSS de l'établissement.

La diffusion de la culture qualité est réalisée au cours de réunions informelles (sans compte-rendus) et à l'aide d'affichages.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus, et s'assurent de la conformité des pratiques.

Les activités de bloc sont régulées (rôle affiché des 2 référents de bloc) afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation en place permet une mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires : humaines (gestion des compétences, entretien annuel d'évaluation), matérielles (notamment locaux et équipements), documentaires, etc.

Sur le plan des ressources matérielles, un plan de maintenance préventive est en place. La maintenance curative est assurée.

Les nouveaux professionnels sont formés par tutorat puis évalués selon une grille définie.

Les appels de la « veille » contribuent à cette régulation. Les appels du « lendemain » (organisés depuis une semaine) et généralisés à toutes les interventions facilitent la continuité des soins.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension de l'équipe).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation décrite dans le règlement intérieur est effective, coordonnée par les référents identifiés, notamment avec les services techniques et les autres secteurs.

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

La régulation des activités est assurée par les mêmes référents afin de garantir la programmation.

La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en oeuvre pour toute intervention par l'équipe opératoire.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes est effective (assurée sur outils informatiques avec contrôle par le pharmacien) et inclut les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle, bio-nettoyage).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation sont conduites : EPP, RMM, audits, soit par le CLIN, soit par la cellule qualité, soit par le CGDR.

Le dispositif d'évaluation du processus n'est pas structuré.

En l'absence de conseil de bloc, il n'existe pas d'espace d'échange sur les évaluations. Les actions d'évaluation conduites ne sont pas coordonnées, ni pilotées formellement.

Un dispositif d'évaluation non structuré est en place. Il est suivi d'indicateurs, cependant aucun tableau de bord global quantitatif ni qualitatif n'est constitué. Le retour d'expérience est organisé de manière globale sans retour formel auprès de l'équipe.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en oeuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus (audit « traitement des endoscopes » : changement systématique du tablier à usage unique, mise en place d'une traçabilité complémentaire « patient »).

La communication sur les résultats n'est pas structurée. Les résultats des actions conduites sont transmis de façon informelle aux professionnels, en fonction des disponibilités et opportunités. Ce point sensible est confirmé par la non connaissance sur le terrain par les professionnels impliqués des actions d'amélioration.

Le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Le plan d'actions n'a ni pilote, ni coordinateur, ni échéancier. Le plan d'actions n'est pas articulé avec le PAQSS institutionnel.

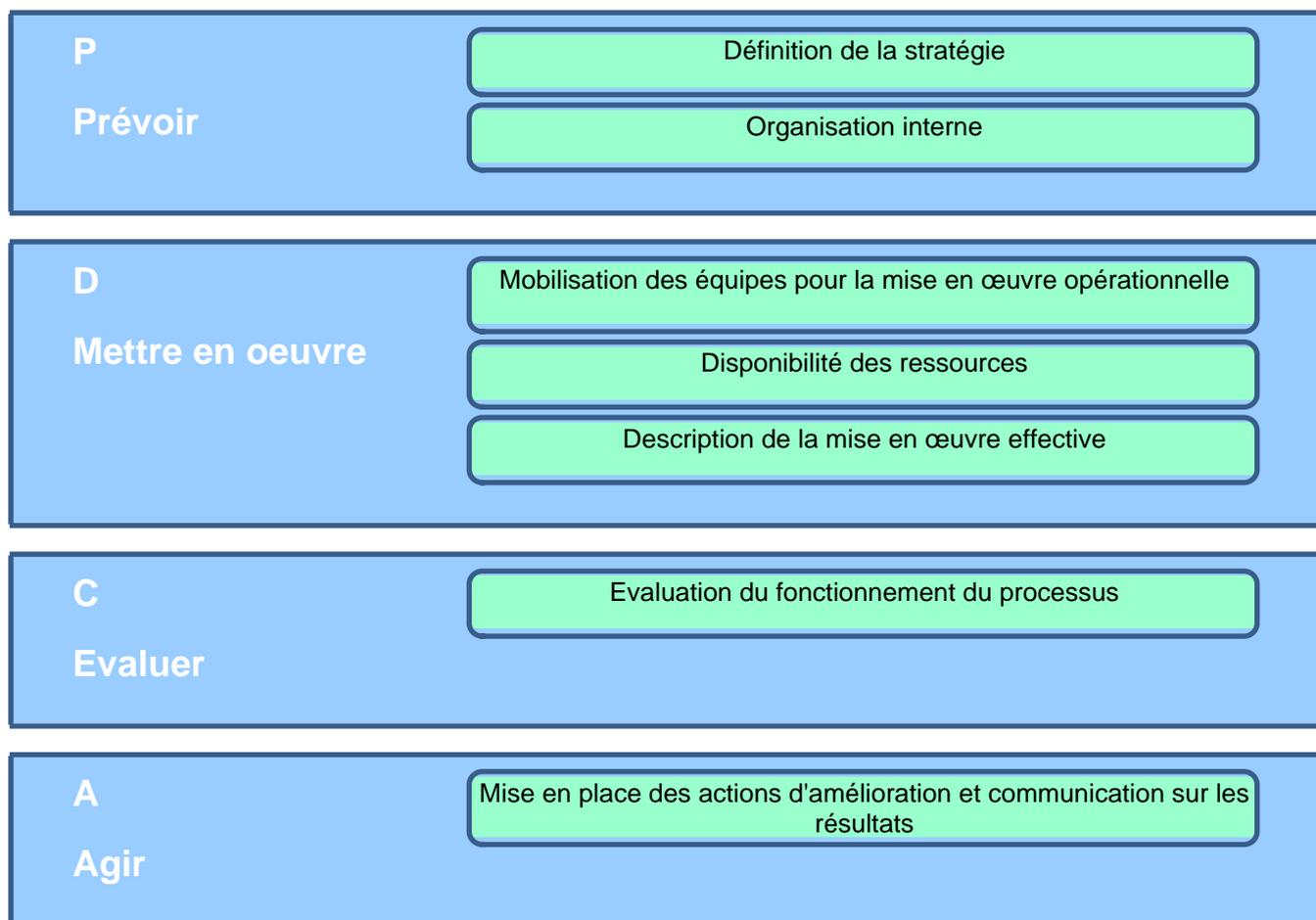
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle est présentée dans le projet médical du PE 2014-2018. Une centaine d'actes sont réalisés annuellement au sein du bloc opératoire, dans deux salles dédiées aux actes endovasculaires et orthopédiques avec utilisation d'un amplificateur de brillance. Les risques liés à l'exposition des patients et des professionnels sont identifiés et hiérarchisés, et donnent lieu à un plan d'actions dans le compte qualité. Une cartographie des risques a débuté. La responsable de bloc rencontrée identifie deux risques principaux, à savoir l'absence de contre-indications (femmes enceintes et enfants) et les suites opératoires. La dernière inspection ASN date de 2012. La réglementation et les recommandations dans ce domaine sont prises en compte.

Un plan d'actions existe intégré au programme d'actions en radiologie 2014-2018.

Néanmoins, la stratégie n'est pas déclinée au sein d'un programme d'actions unique. Deux plans existent : celui issu du compte qualité et le plan d'actions Imagerie, axé « risque et surveillance dosimétrique », ce dernier n'étant pas intégré au PAQSS global de l'établissement.

L'absence de programme d'actions unique pose le problème d'un manque de lisibilité institutionnelle et ne permet pas de produire un bilan global et la réalisation d'un programme unique pour l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est organisé et repose sur le médecin vasculaire et les deux IBODE responsables de bloc. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans le règlement intérieur du bloc opératoire. L'organisation de la prise en charge relève du bloc opératoire. La planification des actes est faite par les deux responsables de bloc, de façon hebdomadaire en tenant compte des attentes et contraintes des différents intervenants.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les effectifs nécessaires, les locaux, les équipements, la maintenance... L'accès aux documents nécessaires à l'activité du bloc est organisé.

Les interfaces sont organisées (chirurgie, SSR, laboratoire). La traçabilité des doses de radiation est organisée par patient et par professionnel. Un plan de formation pluriannuel existe. La formation au risque d'exposition est organisée tous les 3 ans pour les paramédicaux et tous les 9 ans pour les médecins. Les 2 salles fonctionnent. La check-list a été adaptée à la prise en charge et est informatisée de façon à rendre obligatoire la saisie des réponses et la justification d'une réponse éventuellement négative.

L'informatique du bloc est reliée au SIH via le référentiel unique des patients et celui des séjours et mouvements.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les deux responsables de bloc sensibilisent et informent les professionnels sur les risques identifiés. Elles mettent en place l'organisation visant à réduire ces risques et vérifient les bonnes pratiques des professionnels. Elles définissent et mettent en place les actions correctives nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et matériels sont disponibles dans ce secteur. Un plan de maintenance du matériel est opérationnel. En l'absence d'un second amplificateur de brillance et en cas de panne, l'intervention est annulée et reportée.

Les IDE sont formé(e)s à la pratique du bloc par tutorat de trois mois, à l'issue duquel, les aptitudes du professionnel à être autonome sont évaluées.

Le dispositif de déclaration des EI est à la disposition des professionnels.

Cependant le système documentaire de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle n'est pas systématiquement actualisé. Un classeur contient des procédures de prise en charge du patient rédigées manuellement, non régulièrement actualisés, non validés et n'intégrant pas systématiquement le système documentaire de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de ce secteur connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la prise en charge du patient. La check-list est remplie et systématiquement vérifiée par les responsables du bloc. Les modalités de contrôle en matière d'identitovigilance sont respectées.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation est assurée par les 2 IBODE responsables du bloc opératoire.

Le respect des règles de bio-nettoyage est assurée avec une traçabilité régulière. Les règles d'hygiène(

tenue, masque) sont observées puisqu'il s'agit d'interventions chirurgicales bénéficiant de l'imagerie interventionnelle.

La traçabilité des DMI et des actes est assurée et vérifiée.

Les précautions relatives à l'exposition des professionnels sont respectées et tracées.

L'information du patient sur les « bénéfices-risques » de l'acte est dispensée et tracée dans son dossier.

Les doses reçues par le patient sont tracées dans son dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur dispose de nombreux indicateurs d'activité.

Dans le domaine du risque infectieux, le taux d'ISO est évalué.

Les audits dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité endoscopique sont intégrés à ceux du bloc opératoire.

Cependant, l'évaluation du secteur imagerie interventionnelle n'est pas complète.

L'évaluation réglementaire sur la protection des patients et des personnels est réalisée régulièrement et donne lieu effectivement à des actions d'amélioration. En dehors de cette évaluation, l'établissement ne développe pas d'autre évaluation qualitative

Le tableau de bord des EPP n'indique pas d'actions dans ce domaine.

Il n'existe pas de suivi de l'impact des actions d'amélioration mises en place après les évaluations.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place par les deux responsables de bloc, en coordination avec le médecin anesthésiste, coordonnatrice des risques liés aux soins et avec les professionnels concernés.

Toutefois, le dispositif de suivi des actions n'est pas organisé. La réévaluation des risques liés au processus n'est pas organisée. La cartographie des risques n'étant pas finalisée, il n'y a pas de réévaluation des risques pour ce processus.

De plus, il n'existe pas d'articulation avec le PAQSS institutionnel.

La communication sur les résultats est assurée par les responsables de bloc de façon informelle.

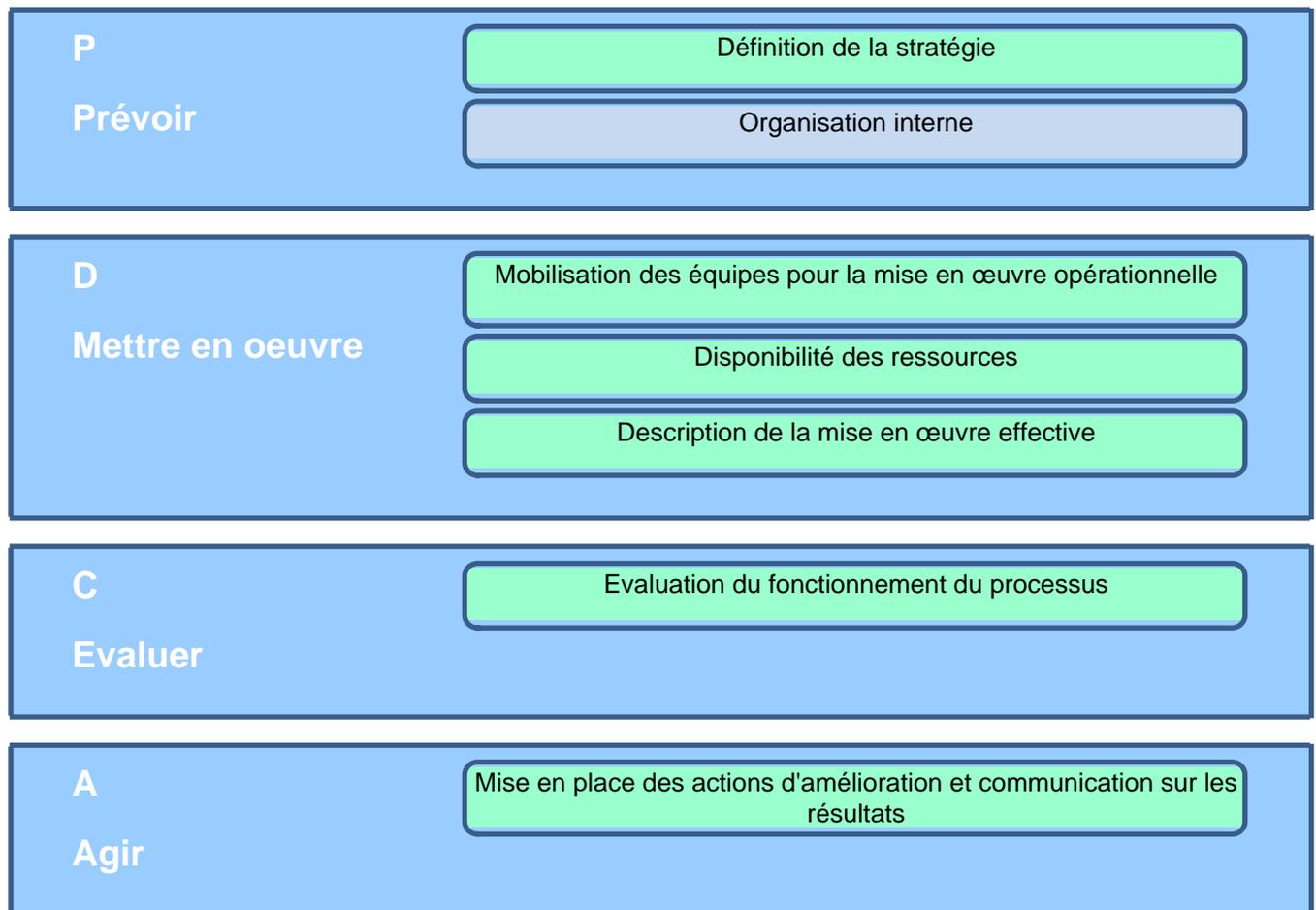
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>La stratégie est décrite dans le projet d'établissement de la Clinique Saint Roch et validée par la CME. Les secteurs sont identifiés : les endoscopies digestives et rares fibroscopies bronchiques sont réalisées au bloc opératoire. La zone de traitement des endoscopes est intégrée dans le bloc et les personnels dédiés sont postés dans ce service. La cartographie des risques est élaborée, hiérarchisée et assortie d'un plan formalisé d'actions préventives et de surveillance</p> <p>La stratégie est déclinée dans un programme d'actions validé par la CME et l'équipe de direction.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Un pilotage institutionnel commun est défini (référents du bloc opératoire).</p> <p>Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels, notamment en ce qui concerne la maintenance et le traitement des endoscopes.</p> <p>La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, et organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité.</p> <p>Les besoins en ressources RH, doc, et matériels sont identifiés (professionnels formés et dédiés au bloc).</p> <p>Un plan de formation est proposé.</p> <p>Les interfaces sont organisées notamment avec les services de consultation, ambulatoire et hospitalisation. Elles permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs.</p> <p>Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements).</p> <p>Le système d'information est informatisé et permet des partages de données.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques et organisent des audits, des EPP et des RMM. L'analyse des EI, et les réclamations sont centralisées et traitées par l'équipe qualité. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse de résultats ou indicateurs).</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'organisation en place met à disposition en temps utile toutes les ressources nécessaires : humaines, matérielles (à savoir 4 coloscopes, 3 gastroscopes et un fibroscope bronchique avec maintenance préventive et curative) et documentaires.</p> <p>Les ressources en compétences (effectif, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée, procédures de rappel et dégradée et nettoyage de l'armoire de stockage incluses) sont disponibles en temps utile dans les secteurs.</p> <p>Les professionnels sont formés par compagnonnage. Un support de formation a été élaboré pour les nouveaux arrivants. Les infirmiers de bloc sont formés pour traiter les endoscopes le WE et la nuit en cas de besoin.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.</p> <p>Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.</p> <p>L'écouvonnage effectué dans les canaux est tracé.</p> <p>La traçabilité du traitement des endoscopes est assurée (et par patient et par DM) : elle est organisée pour faciliter le rappel des patients en cas d'incident.</p> <p>Le risque ATNC est évalué systématiquement et tracé. Les check list sont opérationnelles et tracées.</p> <p>L'appel de la veille est organisé.</p>

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (EPP, audit national du traitement des endoscopes) mais l'ensemble des résultats n'est pas structuré en tableau de bord (il n'existe pas de suivi d'indicateurs qualitatifs). L'établissement a participé à l'audit national du traitement des endoscopes en 2015 et a développé une EPP sur la performance des coloscopies (indicateur de suivi en place). Les EI sont recueillis et analysés par la cellule qualité.

Il n'existe pas de tableau de bord de suivi global qualitatif/quantitatif. La direction recueille les éléments quantitatifs ; l'ensemble des résultats qualitatifs et quantitatifs ne sont pas colligés dans un outil unique pour communication et suivi.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus (traçabilité de la phase de prétraitement des endoscopes, transports des DM en bacs fermés).

La communication des résultats est réalisée, en interne mais le dispositif de communication n'est pas structuré.

Les actions d'amélioration ne sont communiquées qu'en interne (messagerie, affichage) ou de manière informelle en fonction des disponibilités et des opportunités.

Le dispositif de suivi des actions n'est pas structuré. Le plan d'actions n'a ni pilote, ni coordinateur, ni échancier. Il n'y a pas d'espace prévu dans l'organisation pour évoquer le suivi du plan d'actions (absence de comité de bloc, absence de CREX, absence de réunions de service). Les actions d'amélioration sont mises en œuvre de manière informelle avec les professionnels.