



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUES ARNAULT
TZANCK MOUGINS**

**122 Avenue du Docteur Maurice Donat
Bp 1250
06254 MOUGINS
NOVEMBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	47

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 DE L'ESPERANCE	
Adresse	122 avenue du docteur maurice donat 06254 MOUGINS
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	060022639	GCS MOUGINS PHARMA	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Entité juridique	060780608	CLINIQUE DE L'ESPERANCE	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Entité juridique	060001476	CLINIQUE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION SAINT BASILE	122 avenue docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Entité juridique	060001468	CLINIQUE PLEIN CIEL	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Etablissement de santé	060785227	CLINIQUE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION SAINT BASILE	122 avenue docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Etablissement de santé	060800166	CLINIQUE DE L'ESPERANCE	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS
Etablissement de santé	060785219	CLINIQUE MEDICALE PLEIN CIEL	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS

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	98	/	35
MCO	Médecine	124	20	/
SSR	SSR	108	10	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Clinique de l'Espérance 2015 : Certification ISO 9001 – V 2008 de la Prise en charge du patient en Chirurgie Ambulatoire .
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Clinique Plein Ciel depuis juillet 2016 : Éducation Thérapeutique « Mieux vivre avec son insuffisance cardiaque » - Clinique de l'Espérance depuis juillet 2016 : Éducation Thérapeutique « Mieux vivre avec une stomie »

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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	Personne âgée	Médecine - Plein Ciel	USIC	HC	Simple	MCO
2	Homme ou Femme	Médecine - Plein Ciel	Onco	HDJ	Simple	MCO
3	Homme ou Femme	Chirurgie - Espérance	URO	HC	Simple	MCO
4	Homme ou Femme	Chirurgie - Espérance	Mastect	Ambulatoire	Simple	MCO
5	Homme ou Femme	SSR - St Basile	à préciser	HC	Complexe	SSR
6	Homme ou Femme	SSR - St Basile	à préciser	HDJ	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

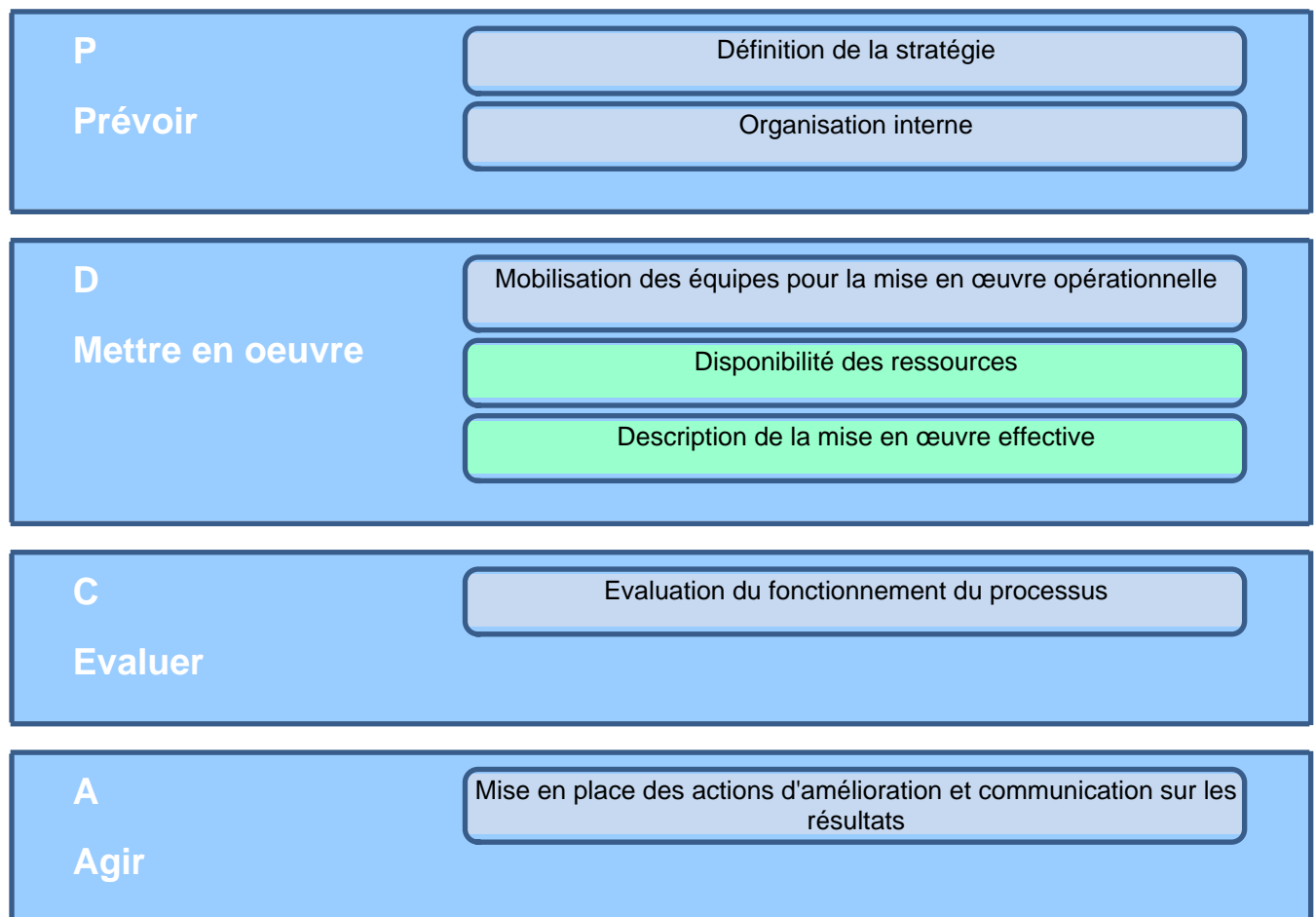
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les cliniques Arnault Tzanck composées de trois cliniques (la clinique chirurgicale l'Espérance, la Clinique médicale plein Ciel et la Clinique SSR Sainte Basile) ont fait le choix dès 2009 d'une démarche qualité gestion des risques commune et harmonisée pour les 3 structures. En 2012, les cliniques avaient déjà fait l'objet d'une visite commune de certification V2010. Par ailleurs, l'unité de chirurgie ambulatoire est certifiée ISO 9001 depuis janvier 2015.

Il existe une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins approuvée par le comité intitulé COPIL COPIRISQ COMITE EPP, elle s'appuie au niveau des cliniques Arnault Tzanck de Mougins sur une identification, une analyse et une hiérarchisation des risques à priori, a posteriori, des résultats d'évaluation (audits, EPP), des résultats de la dernière certification V2010 et des résultats des enquêtes de satisfaction des patients et des professionnels. Cette politique repose sur 6 objectifs. La politique EPP a été définie et actualisée en septembre 2016, elle repose sur 4 objectifs. Ces politiques sont validées par la CME et le comité de pilotage : COPIL COPIRISQ COMITE EPP. Les professionnels impliqués dans la démarche qualité sont informés des objectifs de ces politiques au travers des réunions (1/4 d'heure qualité) organisées dans chaque secteur d'activité, et du journal mensuel "la nouvelle". Ces politiques sont déclinées dans un PAQSS formalisé, avec pilotes, actions, délais et modalités de suivi. Le programme est unique pour l'établissement et prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, l'analyse des événements indésirables, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents sur les thématiques de la V2014, la qualité gestion des risques dont les EPP ; les actions prioritaires identifiés dans le compte qualité y sont intégrées. Les usagers ont été associés à la démarche dans le cadre de la commission des usagers.

ORGANISATION INTERNE

Les cliniques Arnault Tzanck de Mougins ont établi une organisation structurée pour piloter le processus. Le responsable qualité et le directeur sont les pilotes du processus, une fiche de poste précise leurs missions. Le pilotage du management opérationnel de la démarche qualité et management des risques est assuré par une cellule qualité (responsable assistante qualité et le médecin anesthésiste gestionnaire de risques associés aux soins). Un comité qualité gestion des risques et des vigilances, instance de concertation et d'orientation stratégique, est chargé de la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité, management des risques, et de la gestion de crise. Ce comité est composé de la cellule qualité, des 3 présidents des CME, du pharmacien RSMPECM, des pilotes de processus, des cadres de santé et des représentants pluriprofessionnels issus des différents secteurs et des instances (CLIN, Commission nutrition, comité soins palliatif, comité éthique, comité éducation thérapeutique, CLUD, COMEDIMS, CREX, CE) ; ses missions sont fixées dans un règlement intérieur. Le Comité se réunit quatre fois par an et plus si nécessaire. Un compte rendu est rédigé systématiquement, accompagné d'une feuille de présences des membres. En janvier 2015, les CME ont nommé le médecin anesthésiste, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, conformément au décret du 12 novembre 2010. Sa fiche de poste précise ses missions et la coordination avec le comité qualité. Des pilotes par processus sont identifiés (27), leurs missions sont définies. Des groupes de travail sont identifiés par processus, ils contribuent à la mise en œuvre de la politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins. Les EPP sont suivies par un comité EPP. Un manuel qualité et management des risques créé en 2006 a fait l'objet de plusieurs actualisations dont la dernière en février 2016. Ce manuel permet à l'ensemble des professionnels d'avoir une vue complète de l'organisation qualité et gestion des risques.

Une gestion documentaire informatisée est à la disposition des professionnels.

Par ailleurs, une procédure précisant les modalités de signalement (informatisée) d'analyses et de traitements des événements indésirables est formalisée. De même, un plan blanc et une procédure de gestion de crise sont formalisés ; la gestion des réclamations et traitement de première intention sont prévus.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, les établissements organisent la réponse à leurs besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il se sont fixés.

Enfin, la gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnel et entre sites d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique qualité est déployée sur les 3 sites d'activité des cliniques Arnault Tzanck de Mougins. Elle repose sur le pilotage du directeur, du médecin anesthésiste (gestionnaire des risques associés aux soins

), de la responsable qualité, des assistantes qualité, du président de la CME, du pharmacien (RSMPECM) et des cadres de santé. Les synergies entre le directeur et la responsable qualité ainsi qu'avec les professionnels des services existent. Le directeur, la responsable qualité et les assistantes apportent les compétences méthodologiques nécessaires auprès des professionnels. Au niveau de chaque site, les contrôles de conformité des pratiques aux dispositions prévues sont assurés par les cadres : respect des procédures, suivi des événements indésirables (EI). Les professionnels des cliniques Arnault Tzanck sont force de proposition quant aux actions d'amélioration à conduire et participent aux groupes de travail des différents processus. L'implication des professionnels en matière de signalement est effective.

En 2016, 822 déclarations d'événements ont été recensées dont aucun EIG. En 2016, les cliniques ont réalisé 12 CREX, 19 RMM (en oncologie, en chirurgie, en réanimation et en cardiologie) et 6 REMED. De même, les cliniques ont réalisé 34 EPP patients-traceurs en 2016. De même en 2016, à l'initiative de la cellule qualité, 12 rencontres dans le cadre des 1/4 d'heure qualité ont permis de sensibiliser les professionnels sur la connaissance des points clés (les vigilances, les CREX, les EI, les instances, etc.) de la démarche qualité gestion des risques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les cliniques Arnault Tzanck de Mougins bénéficient d'un responsable qualité à temps plein et de trois assistantes qualité temps plein, d'un gestionnaire des risques associé aux soins nommé par la CME en 2015. De plus en 2012, un pharmacien a été nommé par les CME responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse.

Les documents utiles aux services sont produits pour les besoins spécifiques selon les règles de la gestion documentaire. Les cliniques ont mis en place une gestion documentaire informatisée permettant la mise à disposition des professionnels des procédures et protocoles sur intranet. Les professionnels ont été formés à l'utilisation de cette gestion documentaire par la cellule qualité. Un important travail sur la réactualisation des documents (procédures et protocoles) et leur mise à disposition a été réalisé en 2016.

Les membres de la cellule qualité sont formés aux outils d'analyses. Ils assurent la formation des professionnels aux méthodes d'analyses. La disponibilité des membres de la cellule qualité facilite le suivi des actions de maîtrise des risques.

Les ressources matérielles (dont locaux et équipements) sont disponibles dans tous les secteurs d'activités des trois cliniques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des trois cliniques mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (signalement, analyses et traitement des événements indésirables, gestion documentaire, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations et traitement de première intention). Les démarches d'EPP (5 en 2016) sont opérationnelles et suivies par le comité EPP. Le signalement des événements indésirables est réalisé par tous professionnels au travers d'un logiciel (intégré dans la GED), par tous les professionnels salariés et libéraux. La cellule qualité présente les fiches de signalement lors du comité de direction hebdomadaire ; elle propose des analyses des causes profondes lors de la survenue d'un EIG. De nombreux EI ont été recensés, dont aucun EIG. Les cliniques réalisent de nombreux CREX (12 en 2016) et RMM (19 en 2016 en oncologie, en chirurgie, en réanimation et en cardiologie) et REMED (6 en 2016). De même, les cliniques ont réalisé 34 EPP patients-traceurs en 2016. A l'initiative de la cellule qualité, 12 rencontres dans le cadre des 1/4 d'heure qualité ont permis de sensibiliser les professionnels sur la connaissance des points clés (les vigilances, les CREX, les EI, les instances, etc.) de la démarche qualité gestion des risques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les cliniques Arnault Tzanck ont défini une procédure sur les évaluations avec des principes d'objectifs principaux des évaluations du système qualité. Des indicateurs qualité existent et sont suivis : tableaux de bord avec suivi d'indicateur d'activité, EI, circuit du médicament, douleur, satisfaction des patients, RH, IQSS. La politique EPP est évaluée en CME et le suivi de l'état d'avancement est assuré par le comité EPP qui rend compte à la CME.

La cellule qualité a réalisé plusieurs audits en lien avec les professionnels. Un comité de retour d'expérience a été mis en place en 2013. Une procédure précise les modalités d'analyses et de traitements des événements indésirables graves. 12 retours d'expérience ont été présentés aux professionnels en 2016. L'évaluation de la satisfaction des usagers annuelle en interne se fait au travers des analyses de questionnaires de sortie. Une évaluation de la satisfaction des patients a été réalisée en 2016 par un organisme externe. L'évaluation du processus repose sur un dispositif englobant le suivi des actions identifiées au programme en lien avec les pilotes de processus sous la forme d'un bilan annuel d'activités qualité et gestion des risques et des vigilances. Il intègre le bilan des audits (enquête culture qualité et sécurité des soins), des CREX des actions de sensibilisation réalisées dont la participation à la semaine de la sécurité du patient, les formations réalisées dans le cadre de la qualité et gestion des

risques, la communication sur les thèmes qualité gestions des risques dans le journal mensuel interne "la nouvelle". Ce bilan sert à identifier des actions d'amélioration ; il est porté à la connaissance des professionnels lors des réunions de service, sur la GED informatisée, les réunions 1/4 d'heure qualité et dans le journal interne "la nouvelle".

A / AGIR

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

L'établissement a mis en place un dispositif structuré d'actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration sont mises en œuvre et intégrées au PAQSS, notamment celles relatives aux plans d'actions du compte qualité. La stratégie est ainsi réajustée. La structure communique sur les résultats, notamment les EPP, à titre d'exemples : RMM en chirurgie, IQSS en chirurgie ambulatoire, staff douleurs et soins palliatifs en SSR, Pertinence de l'utilisation du laser pour le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate, etc.

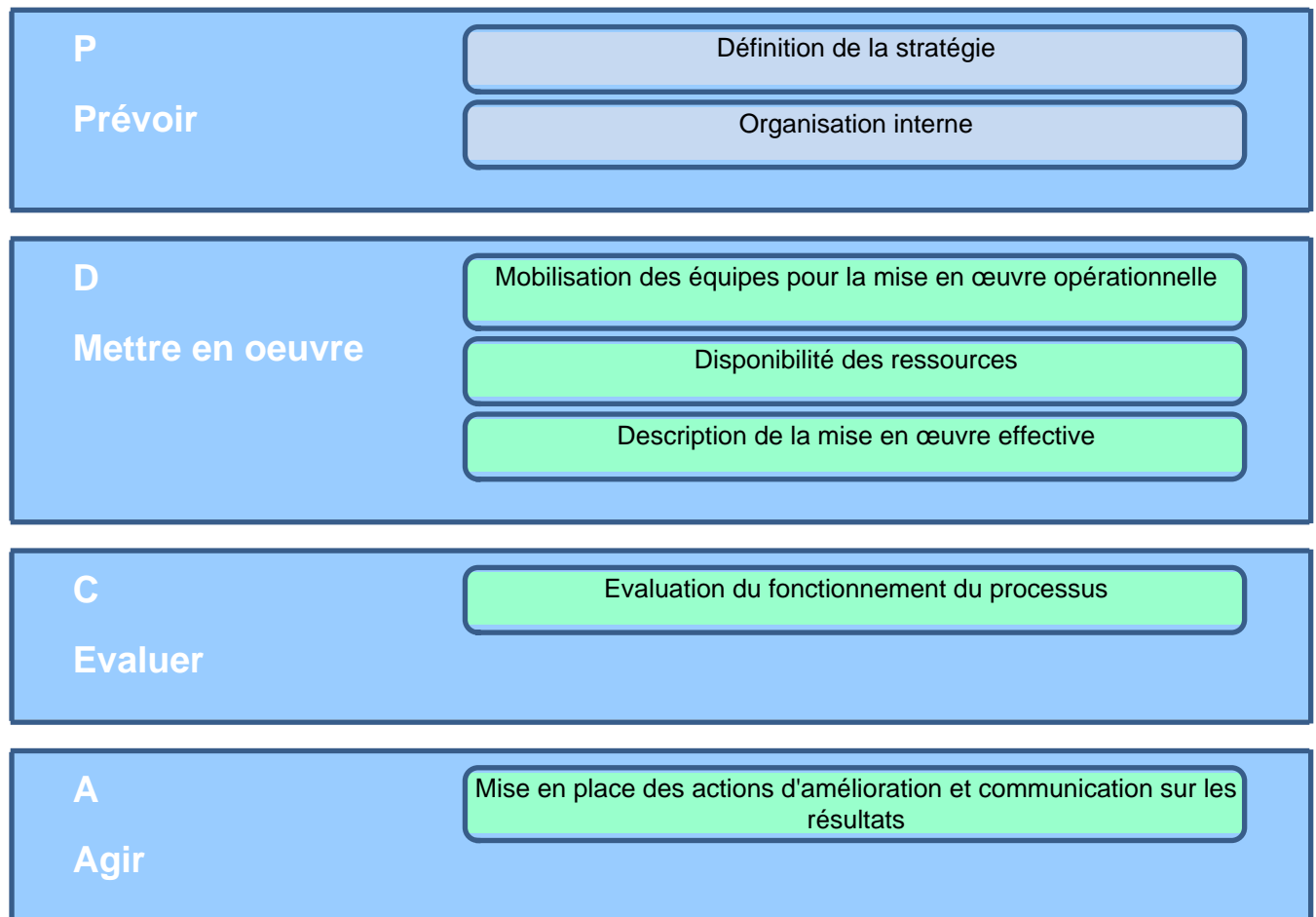
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les cliniques Arnauld Tzanck ont formalisé une politique de maîtrise du risque infectieux en concertation avec la CME, et le coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins. Le CLIN, auquel s'est associé la commission des anti infectieux, a élaboré une stratégie au travers de son programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

Suite aux travaux des groupes de travail dans les services, et de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), des risques prioritaires ont été identifiés, hiérarchisés, et certains d'entre eux intégrés au compte qualité.

Des objectifs de gestion du risque infectieux ont été définis sur la base d'une identification du contexte et des activités à risques, des actions d'améliorations ont été confiées à un responsable, un calendrier de réalisation a été établi.

La politique de maîtrise du risque infectieux est régulièrement évaluée et réajustée.

ORGANISATION INTERNE

Au regard des spécificités des activités de chaque clinique, le pilotage du processus est assuré par un président par clinique, la cadre de santé hygiéniste étant partagée entre les 3 établissements. Cette dernière s'assure de la déclinaison du programme d'actions au sein de chaque clinique, via l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les missions des instances et professionnels participant à la maîtrise du risque infectieux sont définies dans la politique sur ce sujet.

La commission des anti-infectieux, émanation du COMEDIMS et du CLIN, est responsable de la politique antibiotique des établissements et veille à promouvoir le bon usage des antibiotiques (collaboration entre praticiens, pharmaciens, laboratoire, cadre hygiéniste et référent en antibiotique, sensibilisation et formation des praticiens aux modalités de prescription, dispensation contrôlée, mise à disposition d'un antibioguide, etc.).

Les professionnels des cliniques disposent de nombreux protocoles de surveillance et prévention du risque infectieux, en particulier sur les risques identifiés dans le compte qualité.

L'organisation des conditions d'hygiène des locaux est mise en place avec l'EOH, tant pour le nettoyage assuré en interne, que via le prestataire.

Les interfaces entre secteurs et professionnels (CLIN, EOH, CME, équipe qualité et services) sont opérationnelles et revues au besoin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les membres de l'EOH, les référents en hygiène, les cadres des services assurent dans les services la déclinaison opérationnelle du programme institutionnel d'actions de prévention et de surveillance. Ils dispensent une sensibilisation régulière sur les risques identifiés, à laquelle s'ajoute des sensibilisations des professionnels lors des "quart d'heure qualité" mensuel et via le journal interne "la nouvelle". La sensibilisation au bon usage des antibiotiques est réalisée dès l'accueil d'un nouveau praticien et lors des différents instances réunissant les praticiens.

Les règles établies pour la maîtrise du risque infectieux sont mises en œuvre dans les services.

Les mesures de maîtrise du risque infectieux dans les secteurs à risque (Bloc, endoscopie) sont connues, formalisées, mises en œuvre et tracées.

L'établissement réalise régulièrement des CREX et des staffs EPP sur le risque infectieux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens matériels (locaux de stockage des déchets, chariots, ..) sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les ordinateurs permettant l'accès à la documentation qualité sont accessibles partout. Les documents ont fait l'objet de réactualisation.

L'entretien des locaux est assuré en partie par les professionnels des cliniques, en partie par le personnel d'un prestataire. Tous connaissent et déploient les règles de maîtrise du risque infectieux en cours. Les règles de sécurisation des DASRI sont connues et respectées, avec une traçabilité par service, de la production de DASRI. La bonne utilisation des antibiotiques ainsi que les documents de prescription d'antibiotiques en prophylaxie et en curatif sont diffusés sur le logiciel documentaire.

Les moyens humains sont adaptés et de nombreuses formations sont conduites, tant sur les champs de l'hygiène des locaux, de la maîtrise du risque infectieux, que la prescription des antibiotiques. Un important travail a été mené sur les précautions complémentaires et la conformité des bonnes pratiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement, notamment par la présence et l'implication importante du cadre hygiéniste auprès des professionnels, par la présence des correspondants en hygiène et le relais assuré par les cadres dans l'information et le suivi des actions développées. De nombreuses actions de surveillance et de préventions du risque infectieux sont mises en œuvre dans les services des trois cliniques Arnault Tzanck.

Toutefois, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure n'est pas toujours retrouvée : la traçabilité de la réévaluation des antibiotiques entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure est retrouvée dans moins de la moitié des dossiers (score inférieur à celui de 2015), en médecine, en chirurgie et en SSR.

Par ailleurs, les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux (ATNC) ne sont pas toutes mises en œuvre : la surveillance du risque ATNC en endoscopie n'est pas toujours assurée, sa traçabilité en endoscopie est retrouvée en 2016 dans 53% des cas.

L'établissement est conscient du risque qu'il a identifié de longue date. Des actions de sensibilisation ont été mises en place avant la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La gestion du risque infectieux fait l'objet de nombreuses évaluations et audits, à l'aide d'indicateurs suivis par le CLIN, à la fois pour les secteurs à risque (bloc : préparation cutanée de l'opéré ; endoscopie : décontamination des endoscopes, etc.), et aussi sur les pratiques professionnelles des soignants (préalable à l'hygiène des mains et précautions standard), ou encore sur la base des interventions du référent anti infectieux ou des formations conduites.

L'établissement réalise des CREX et des staffs EPP régulièrement sur le risque infectieux. Des résultats sont diffusés aux professionnels via les instances et les référents en hygiène dans les services.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS, notamment la mise en place et le suivi des actions correctives liées aux risques prioritaires. Il a pu être observé par les Experts Visiteurs une étroite collaboration entre le cadre hygiéniste et l'équipe qualité, qui se réunissent une fois par semaine, assurent le suivi des actions et proposent les modalités de communication aux professionnels. La diffusion est assurée en interne et en externe, notamment les indicateurs nationaux par voie d'affichage.

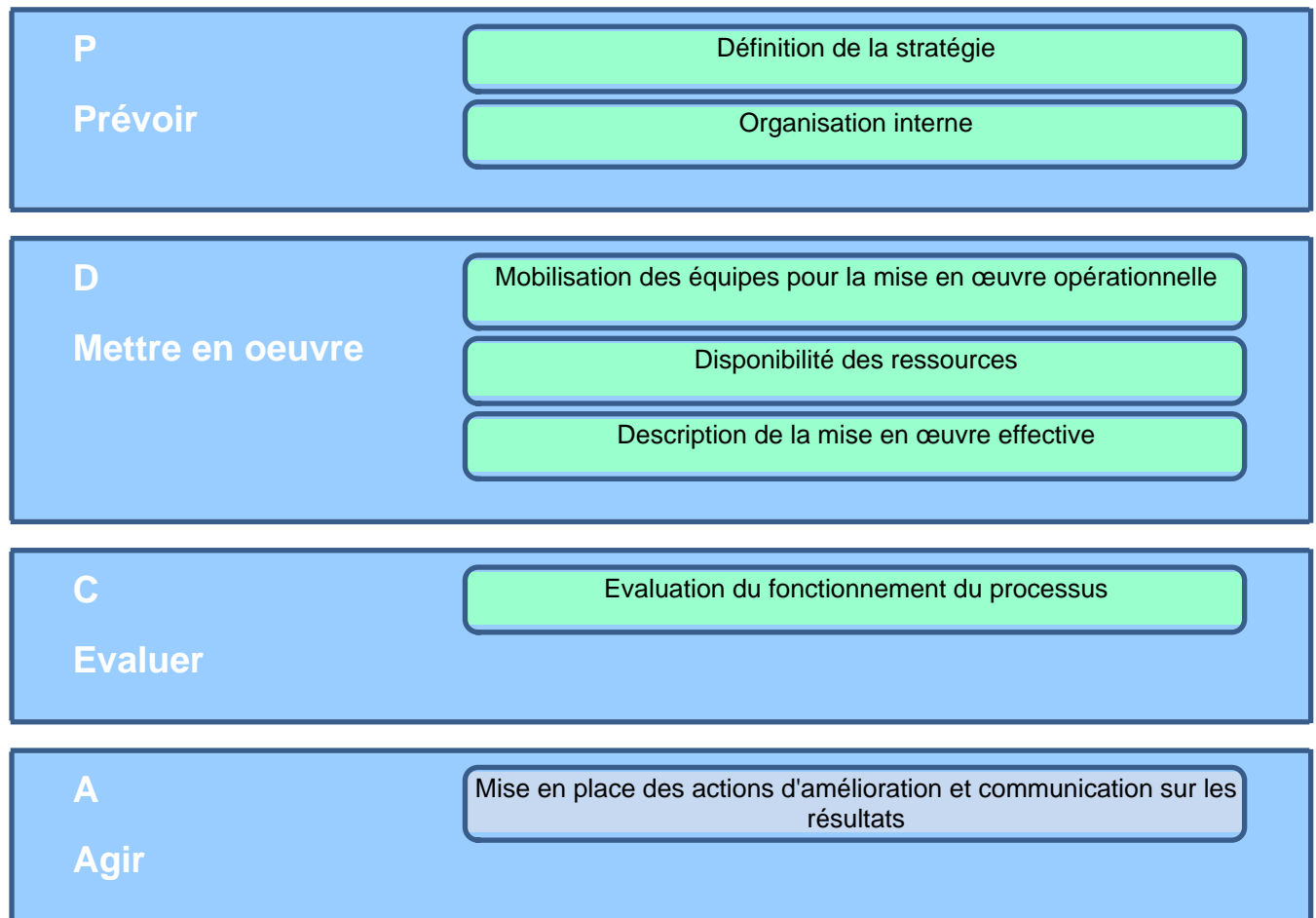
DROITS DES PATIENTS

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

Les cliniques Arnault Tzanck ont formalisé une politique des droits des patients, elle a été actualisée en 2016. Cette politique a été validée par les instances et présentée aux professionnels lors des réunions hebdomadaires ; elle a été élaborée en 2015 par un groupe de travail sur la base d'une identification des besoins des trois établissements. Les objectifs de cette politique sont repris dans le journal interne et dans la gestion documentaire informatisée. L'accent est mis en particulier sur l'accessibilité aux soins, l'information au patient, l'annonce du dommage associé aux soins, le respect des libertés et la promotion des droits des patients. Les cliniques Arnault Tzanck ont réalisé une analyse de leurs risques et identifié dans le compte qualité des mesures de traitement sur 5 risques prioritaires. Les actions d'amélioration sont formalisées dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les cliniques Arnault Tzanck ont identifié le directeur adjoint comme pilote du processus droits des patients. Une fiche de mission commune à tous les pilotes des cliniques définit leurs missions. Le directeur est président de la CDU et chargé des relations avec les usagers, la vice présidente est une représentante des usagers. Les ressources humaines en charge du processus sont en adéquation avec le pilotage. Des formations sont organisées sur des thèmes en lien avec les droits des patients. Des notices d'information destinées au patient sont prévues dans le livret d'accueil (les modalités de désignation de la personne de confiance, le consentement aux soins, le passeport ambulatoire, etc, ainsi qu'une brochure : je suis en difficulté à qui m'adresser ?). Des procédures sont également prévues sur : la déclaration de maltraitance, les dommages liés aux soins, le consentement éclairé, le fonctionnement de la CDU et le traitement des plaintes. Ces procédures et notices d'information sont intégrées au dispositif de la gestion documentaire et accessibles aux professionnels. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité des cliniques Arnault Tzanck.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management des cliniques Arnaud Tzanck organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. Des actions de formation sont réalisées sur les droits des patients, la promotion de la bientraitance et les rôles et missions du référent bientraitance. Des actions de sensibilisation sur les droits des patients sont dispensées par le pilote du processus auprès des professionnels de santé, lors des réunions 1/4 d'heure qualité ; les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les cliniques Arnault Tzanck ont organisé lors de la journée nationale des droits des patients du 18 avril 2016, une journée de sensibilisation sur les droits et devoirs des patients. Des professionnels, des représentants des usagers et des patients ont participé à cette journée animée par le pilote du processus, et ont répondu à un Quiz. Des EPP, patients traceurs, audits sur la connaissance des droits des patients auprès des professionnels sont menés, ainsi que des bilans sur des fiches d'événements indésirables sur les droits des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence (effectif suffisant et formé), les matériels (locaux) permettent un accueil personnalisé. Des formations sont conduites dans le champ des droits des patients pour les professionnels (bientraitance, soins palliatifs). En 2016, 168 salariés ont participé à des formations sur les droits des patients, la promotion de la bientraitance et les rôles et missions du référent bientraitance. Des informations relatives au droit des patients sont disponibles (livrets d'accueil, procédures rédigées et intégrées dans le système de gestion documentaire informatisée auquel les professionnels ont un accès en permanence). Il existe de nombreuses procédures, notamment sur l'information en cas de dommages associés aux soins, les situations de maltraitance, les contentions, le consentement aux soins ; toutes ont été réactualisées en 2016. Les locaux respectent la confidentialité et l'intimité, ils sont adaptés à la prise en charge des personnes handicapés : conformément à la législation, les cliniques Arnault Tzanck ont réalisé en 2015 le diagnostic d'accessibilités aux handicapés. Les chambres des patients sont spacieuses, avec une proportion non négligeable de chambres individuelles dans tous les secteurs d'hospitalisation complète, et des espaces

dédiés à l'accueil des patients pris en charge en ambulatoire permettant également le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les cliniques Arnault Tzanck mettent en œuvre les organisations prévues pour le respect des droits des patients. Les pratiques professionnelles respectent la dignité et l'intimité du patient hospitalisé ; le respect des droits des patient est affiché au travers d'une charte de bientraitance. Le droit à l'information et le consentement aux soins sont des données du dossier patient. Les procédures sur l'information des dommages associés aux soins, les situations de maltraitance, les contentions, le consentement aux soins, sont appliquées. Un comité éthique a été créé en 2015 et a fait l'objet de réflexions sur la thématique droits des patients.

Les interfaces entre la CDU, le directeur, le pilote de processus, le médecin anesthésiste coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le président des CME et la responsable qualité sont opérationnelles. Il a été constaté au cours de la visite l'effectivité de la mise en œuvre des droits des patients lors des pratiques quotidiennes des professionnels. La CDU s'est réunie 4 fois en 2016, les experts visiteurs ont constaté l'implication réelle des représentants des usagers au niveau de leur participation aux réunions et aux formations ; ils sont forces de propositions d'actions d'amélioration.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la mise en œuvre du programme d'actions relative aux droits des patients est réalisée (analyses semestrielles des questionnaires de satisfaction des patients, EPP, patients traceurs, audits sur la connaissance des droits des patients auprès des professionnels, bilans de fiches d'événements indésirables sur les droits des patients, bilan annuel de la CDU). Les professionnels sont informés régulièrement des résultats des évaluations. La satisfaction des patients est évaluée à chaque semestre avec un taux de retour de 28% pour la clinique de l'Espérance, 14% pour la clinique médicale Plein Ciel, et 46% pour le SSR Basile. Le rapport annuel de la CDU est réalisé.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration du plan est réalisé par le pilote du processus et conduit la direction à réexaminer les objectifs définis au regard des risques identifiés, afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès de la CME, des professionnels et des usagers lors de la réunion de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

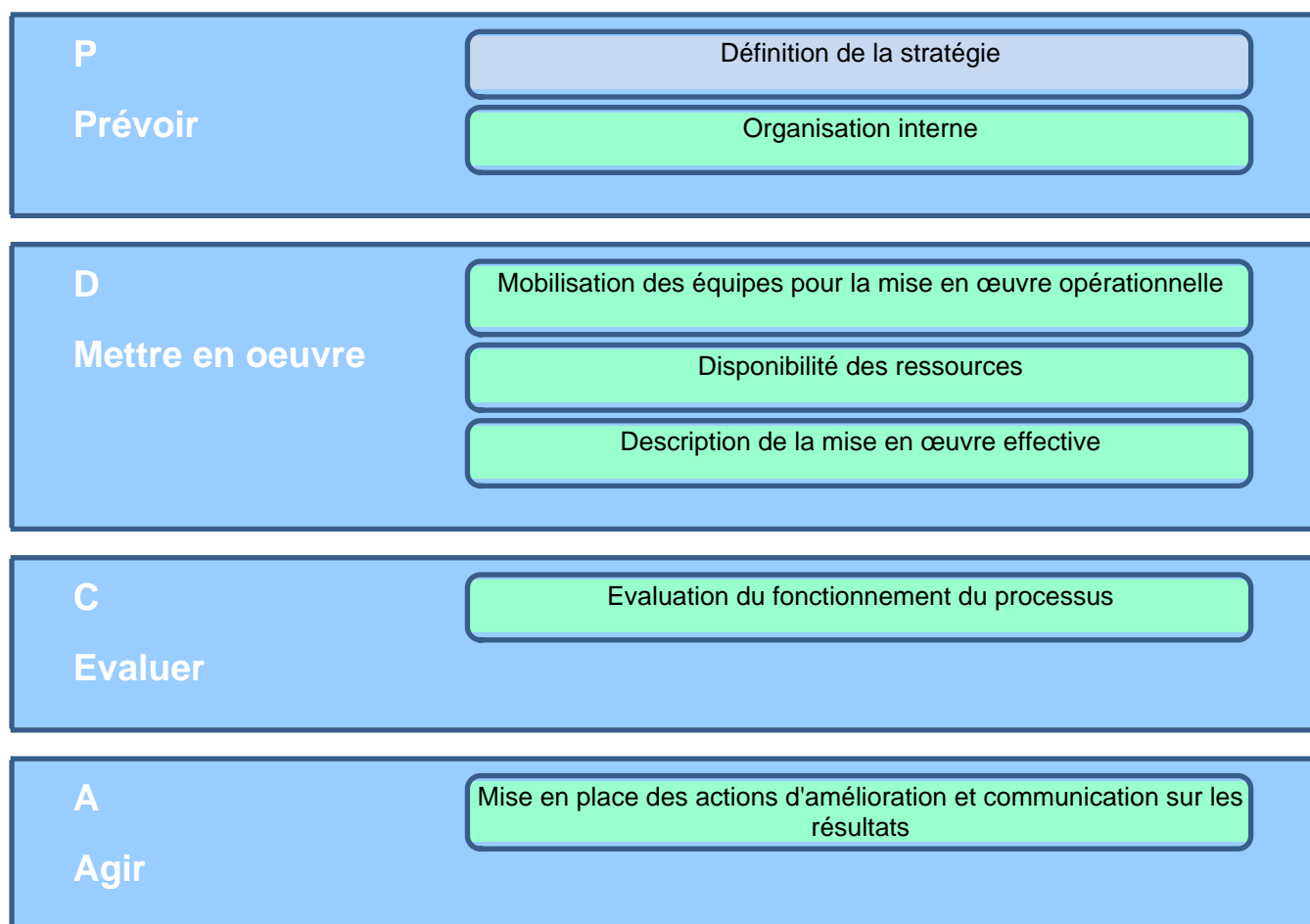
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les cliniques Arnauld Tzanck ont défini une stratégie de parcours patient sur la base de l'identification des risques liés au parcours patient par une approche processus déclinée pour les 8 parcours patients réalisés au sein des 3 cliniques (clinique chirurgicale Espérance, Clinique Médicale Plein Ciel et Clinique de soins de suite et Réadaptation Saint Basile). L'analyse des risques a pris en compte les différentes populations accueillies, les résultats des IQSS, les résultats des 34 EPP patients traceurs conduites en 2016, les résultats des questionnaires de satisfaction, et les nombreux audits réalisés. Les risques ont été hiérarchisés sur la base de la grille proposée par la HAS. Ils font l'objet d'objectifs d'amélioration déclinés dans un programme d'actions institutionnel formalisé, avec pilotes, actions, délais et modalités de suivi. Chaque objectif est décliné en différentes actions, avec désignation de responsables, définition d'échéances et modalités de suivi. Ce plan d'actions a été validé par les instances concernées (COFIL COPIRISQ, COMITE EPP, CME) et présenté à la CDU. Le Compte Qualité présente une extraction des 6 principaux risques liés au parcours patient : le défaut de planification des patients en Hospitalisation à Temps Partiel, le défaut d'identification de la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition, la non conformité de la préparation du patient devant bénéficier d'un acte en plateau technique, la non réalisation ou incomplétude des actions éducatives, la non conformité dans l'organisation de la sortie et la non continuité des soins, le défaut d'harmonisation des pratiques soignantes.

Les objectifs définis visant l'amélioration de la qualité et la gestion des risques sont en cohérence avec les axes de la politique du parcours patient définie par les trois cliniques. Cette politique s'articule autour des orientations inscrites dans le projet d'établissement des cliniques, et dans le CPOM.

ORGANISATION INTERNE

Un praticien et un cadre sont nommés pilote du processus parcours patient. Une fiche de mission commune à tous les pilotes des cliniques définit leurs missions.

Les différents secteurs d'activité ou parcours des patients au sein des cliniques sont confiés à des cadres de santé ou infirmières référentes.

Le plan de formation 2016 témoigne de l'attachement des cliniques à maintenir ou développer les compétences professionnelles dans l'objectif d'optimiser et sécuriser les prises en charge des patients. Des formations qualifiantes sont proposées aux professionnels afin de répondre aux attendus en terme de compétences, et aux objectifs de déploiement et optimisation de certaines activités (développement de la chimiothérapie ambulatoire, déploiement de programme d'éducation thérapeutique en rééducation cardiaque, etc.).

De nombreuses procédures étayent les différentes modalités de prise en charge des patients et étapes du parcours (accueil du patient en service hospitalisation, prise en charge du patient non programmé ...), ou spécificités des parcours (prises en charge des urgences vitales internes, risques suicidaires, permission de sortie...).

Une gestion documentaire informatisée en donne l'accès à l'ensemble des professionnels, dans tous les secteurs des établissements.

Le renouvellement des équipements médicaux et bio médicaux est assuré de manière constante et programmée ; la maintenance des équipements et matériels nécessaires est prévue par le service bio médical des cliniques.

Un chariot d'urgence est prévu dans chaque unité d'hospitalisation ; des formations des professionnels en garantissent une utilisation adaptée, leur vérification est organisée. Les équipements informatiques répondent aux besoins et attentes des professionnels et permettent un déploiement complet du dossier informatisé à la clinique Plein ciel et Espérance ; à la clinique Saint Basile, le déploiement est en cours.

Toutefois, la sortie du patient n'est pas organisée : la sortie du patient ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle, il n'a été retrouvé aucune formalisation des organisations de la sortie (organisation en fonction des modes de prise en charge - hospitalisation complète, hospitalisation de jour et ambulatoire ; différentes modalités de sortie - transfert, retour à domicile, décès).

Les interfaces entre les différents secteurs ont été identifiées, que ce soit entre services cliniques, avec les plateaux techniques regroupant le bloc, l'endoscopie, les salles de surveillance post interventionnelle, l'imagerie interventionnelle, avec les secteurs logistiques (linges, déchets, transport...), ou encore avec les secteurs administratifs (secrétariat d'accueil, équipe qualité gestion des risques...). La cartographie de chaque parcours définit les liens et interactions entre tous ; des procédures précisent les collaborations et complémentarités (accueil et admission administrative d'un patient, transfert d'un patient de l'USIC au service de médecine spécialisée, système de gestion des lits...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes ayant été associées à l'identification des risques et aux propositions d'actions d'amélioration, elles connaissent les objectifs d'amélioration spécifiques à leur secteur d'activité, tant ceux présentés dans le compte qualité que d'autres objectifs d'amélioration inscrits dans le PAQSS institutionnel. Les cadres relaient aussi les actions à mettre en œuvre par les équipes soignantes, très impliquées dans la recherche d'amélioration des parcours du patient.

Les praticiens salariés (du secteur SSR) et libéraux (des cliniques chirurgicales et médicales) participent aux RMM, REMED, EPP, patient traceur et autres actions d'évaluation en lien avec le parcours patient.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels disposent des équipements et matériels nécessaires à leur activité, leur maintenance est assurée par le service bio médical des cliniques. Les chambres des patients sont spacieuses, les espaces dédiés à l'accueil des patients pris en charge en ambulatoire permettent le respect de la confidentialité et de l'intimité des patients.

Les locaux sont par ailleurs adaptés à l'accueil de personnes en situation de handicap moteur, y compris dans les secteurs de médecine et chirurgie. Les équipements mis à disposition des professionnels sont récents et répondent aux besoins ; la formation à leur utilisation est assurée ; des tests et expérimentations sont réalisés pour toujours rechercher la plus grande performance des dispositifs et orienter les choix en matière d'investissement en vue d'améliorer la gestion des risques (expérimentation d'un système d'enregistrement des DM et traitements par douchette en chimiothérapie ambulatoire par exemple). Chaque unité d'hospitalisation dispose d'un chariot d'urgence et des formations des professionnels en garantissent une utilisation adaptée ; leur composition est uniforme dans toutes les unités des trois cliniques. Ils font l'objet d'une vérification réalisée et tracée mensuellement. Un important travail sur l'adaptation des documents et leur mise à disposition a été réalisé en 2016 ; les protocoles et procédures étant accessibles à tous les professionnels via la gestion informatisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Quel que soit le mode d'hospitalisation, les patients sont accueillis selon les modalités déterminées dans les procédures d'accueil. Une attention est portée à la confidentialité et à la personnalisation dès l'accueil, en particulier en secteur ambulatoire. Une organisation décline la prise en charge et l'orientation des personnes devant être accueillie urgemment, notamment grâce à l'optimisation de la gestion des lits des trois cliniques. Les règles de présence, gardes et astreintes sont appliquées et permettent l'élaboration des tableaux quotidiens des gardes et astreintes.

Dans tous les secteurs, et quel que soit le mode d'hospitalisation, la prise en charge des patients est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé ; celle-ci complète les données antérieures issues des consultations dans les cabinets des praticiens (médecins de la maison médicale ou praticiens de la spécialité), l'accès à ses données étant possible depuis les cliniques (y compris pour les informations du logiciel du centre azuréen de cancérologie). Les praticiens sont ainsi assurés d'un accès à l'ensemble des informations médicales (compte rendu et résultats d'examen compris) des patients accueillis.

En SSR, et au regard de durée de séjours plus longue, le projet de soins fait l'objet de réajustement régulier, notamment au travers des staffs. Un projet de soins est établi à l'admission du patient, il est présenté au patient pour signature et intègre la réflexion bénéfice/risque. En oncologie, la réévaluation régulière de l'évolution de l'état de santé des patients conduit aux modifications nécessaires du projet de soins personnalisé, avec en particulier la proposition de mise en place de soins de support à titre gracieux.

Toutefois, en chirurgie, le projet de soins personnalisé n'est pas réajusté en fonction d'évaluation périodique de l'état de santé du patient : le projet de soins en chirurgie omet les soins liés à la prise en charge pré opératoire.

Les professionnels disposent d'un tableau de garde informatisé, tant pour les astreintes médicales et par spécialités, que pour les astreintes paramédicales ou administratives. Consultable informatiquement, une édition de ce tableau est aussi assurée au poste de sécurité, joignable en permanence, en cas de panne informatique. Un numéro de téléphone « code rouge » permet de joindre le poste de sécurité de n'importe quel téléphone de l'établissement. Un tableau de disponibilité des lits pour la nuit permet par ailleurs l'accueil d'un patient venant du cabinet médical assurant la garde médicale sur le site des cliniques.

Les chariots d'urgence sont à disposition dans tous les secteurs. Sur les plateaux techniques, des chariots contenant le matériel à utiliser en cas d'urgence spécifique sont disponibles dans les salles d'intervention, notamment au cours de l'imagerie interventionnelle, ou des endoscopies.

Des réunions pluri professionnelles et / ou pluridisciplinaires sont tenues en particulier dans les secteurs de rééducation cardiologiques, de SSR, et d'oncologie, permettant la concertation et les échanges entre

professionnels.

Les populations spécifiques, et en particuliers les personnes âgées font l'objet d'une attention particulière en terme de gestions des risques (chutes, iatrogénie médicamenteuse, dénutrition, perte d'autonomie due à l'hospitalisation...). Une attention particulière est aussi apportée aux personnes en situation de handicap moteur ou sensoriel. De même, la prise en charge spécifique de l'enfant en chirurgie ambulatoire a fait l'objet d'une formation spécifique auprès des soignants de ce secteur.

La prise en charge des troubles nutritionnels est réalisée au travers de l'identification des patients à risques, et du suivi de ces derniers tout au long de leur hospitalisation. Les diététiciennes salariées des cliniques complètent et individualisent le travail de la diététicienne du prestataire en restauration.

Le risque suicidaire fait l'objet d'une procédure spécifique. Les 2 psychologues présents à mi temps au sein des cliniques A. Tzanck participent au dépistage et à la prise en charge des patients porteurs de ce risque.

Cependant, la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge du risque suicidaire n'est pas assurée :

- les professionnels ne sont pas formés à la prise en charge du risque suicidaire,
- la procédure sur le risque suicidaire est peu connue et mal maîtrisée des professionnels.

Trois programmes d'éducation thérapeutique sont assurés au sein des trois clinique : ils portent sur « mieux vivre avec une insuffisance cardiaque », « mieux vivre avec son diabète de type 2 » et « mieux vivre avec une stomie » Outre ces programmes autorisés par l'ARS Provence Alpes Cotes d'Azur, des actions d'éducation à la santé sont conduites par les professionnels à l'aide de nombreux supports d'information remis aux patients, tant en services de médecine, de chirurgie, de SSR que d'oncologie.

Toutefois, la traçabilité des informations données au patient et des objectifs éducatifs poursuivis n'est pas assurée dans le dossier du patient : il n'est pas retrouvé dans les dossiers des patients la traçabilité des informations qui leur sont données dans le cadre d'éducation à la santé.

Par ailleurs, la mise en oeuvre de la sortie du patient ne permet pas d'assurer totalement la continuité de la prise en charge :

- les professionnels concernés par la sortie ne sont pas toujours mobilisés et les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas toujours transmises aux professionnels d'aval, en particulier pour les sorties par retours à domicile avec des professionnels libéraux (documents de liaison destinés aux professionnels d'aval non retrouvés, tels que fiche de liaison infirmière ou fiche de liaison paramédicale),
- les courriers de fin d'hospitalisation ne sont pas systématiquement transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires (confirmé par l'IQSS sur le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation en MCO).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours du patient repose sur de nombreux indicateurs (indicateurs nationaux et indicateurs internes aux cliniques, satisfaction des usagers). Ce processus fait aussi l'objet de revue de pertinence (pertinence des hospitalisations en SSR), de RMM et EPP (30 patients traceurs ont été réalisés par les cliniques en 2016, ...) les cliniques disposent d'un tableau de bord permettant d'évaluer l'avancée des démarches par rapport au plan d'actions.

A / AGIR

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

Un suivi des scores est réalisé, communiqué aux professionnels et des actions d'amélioration sont engagées. La communication sur les actions d'amélioration est effective.

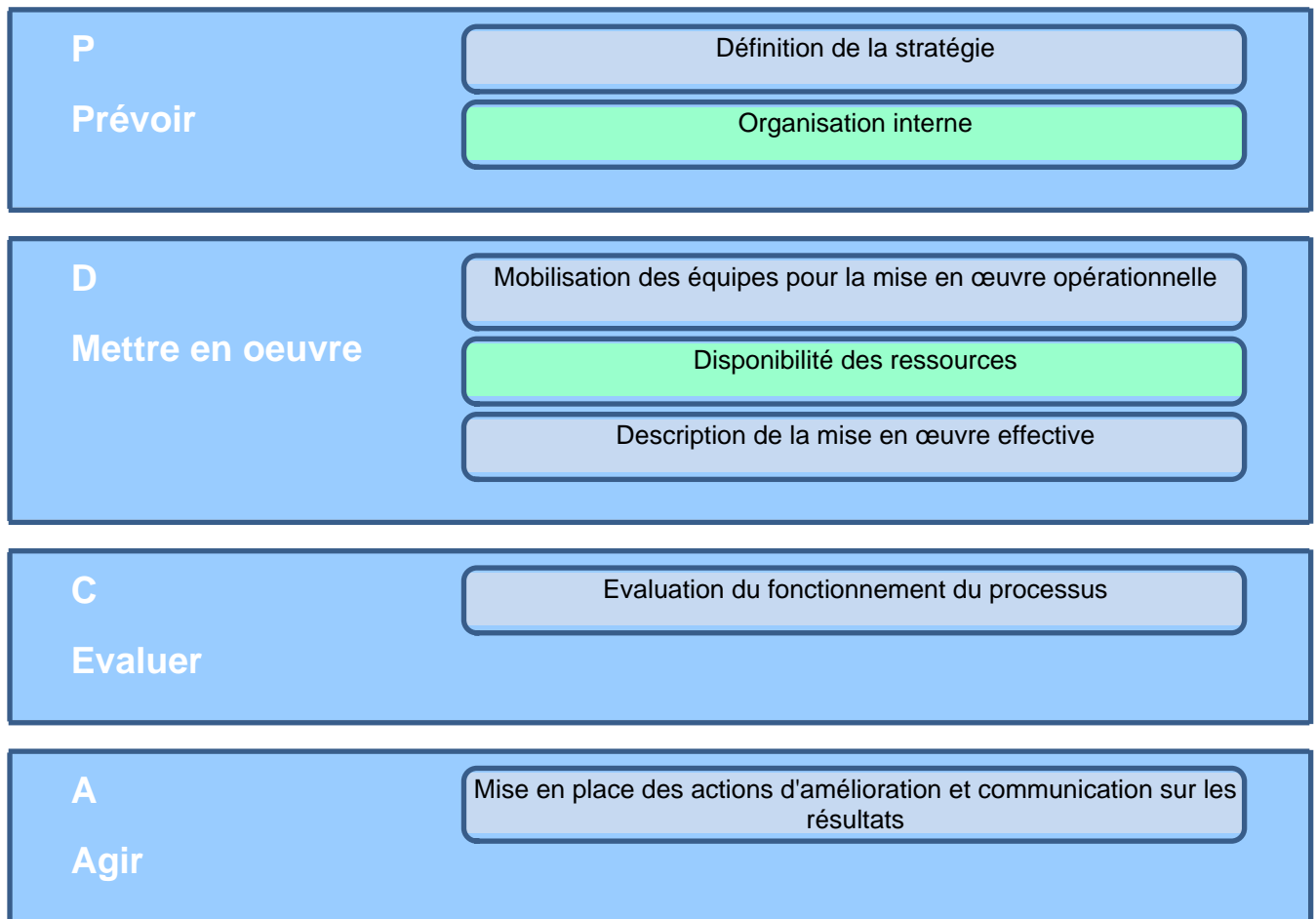
DOSSIER PATIENT

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

Une stratégie du dossier patient des cliniques Arnault Tzanck est élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. Cette stratégie repose sur trois objectifs déclinés dans le projet d'établissement 2012-2016, élaboré de manière pluriprofessionnelle, validé par la CME et le comité qualité gestion des risques et des vigilances.

Une fiche d'identité du processus décline à chaque étape de la prise en charge : pré admission, admission, suivi et sortie du patient, l'accessibilité, la qualité et l'exhaustivité des informations nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient.

Le dossier patient est en partie informatisé et en partie sous la format papier. Le dossier patient informatisé a été initié en 2009, avec un déploiement d'une nouvelle version en décembre 2016. Le logiciel est commun aux trois cliniques, avec un module spécifique au bloc opératoire en lien avec la stérilisation. Pour la clinique SSR Saint Basile, le dossier patient informatisé est en cours de déploiement.

Les risques spécifiques au processus ont été identifiés par le groupe de travail "analyse du processus dossier patient", hiérarchisés suivant la grille proposée par la HAS, et intégrés à la cartographie des risques. Quatre risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité.

Des objectifs d'amélioration des cliniques Arnault Tzanck sont adaptés aux données issues de l'analyse des risques selon le degré de priorité, et intégrés dans le PAQSS formalisé, avec pilotes, actions, délais et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Les cliniques Arnaud Tzanck ont établi une organisation pour piloter le processus dossier patient. La cadre de santé a été désignée pilote du processus, les missions sont formalisées dans une fiche de poste.

Les cliniques ont organisé depuis avril 2015 des réunions du groupe de travail dossier patient au cours desquelles, au regard des quatre risques identifiés dans le compte qualité, des actions d'améliorations prioritaires ont été définies.

Des référents (un par service) dossier patient informatisé ont été désignés, ils participent au groupe de travail. La formation au dossier patient des nouveaux arrivants est prévue en doublure avec leurs pairs.

Les ressources matérielles sont adaptées à l'informatisation du dossier patient (serveurs, logiciel, en moyenne 2 ordinateurs fixes et trois portables par service). La maintenance des matériels et l'assistance des professionnels au quotidien sont organisées de façon efficace par l'éditeur et le service informatique interne des cliniques.

Les ressources documentaires nécessaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) sont régulièrement mises à jours et accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Elles concernent en particulier : le guide de tenue du dossier patient, le guide d'utilisation d'Hôpital manager et le protocole d'archivage. Il existe des procédures de PCA et PRA concernant le mode dégradé en cas de panne du dossier informatisé .

L'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès sont organisés et formalisés dans une procédure spécifique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes de cette prise en charge. Le groupe de travail en charge du dossier patient a identifié les risques et les besoins en formation des professionnels de santé, administratifs, paramédicaux et médicaux.

Les cliniques ont mobilisé l'ensemble des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle, notamment la tenue du dossier patient informatisé. Les équipes connaissent les objectifs et les mesures à mettre en place pour les atteindre ainsi les règles de gestion du dossier patient informatisé. Des formations sont dispensées aux nouveaux arrivants pour permettre la mise en place effective de ce dossier. Ces formations sont déployées en interne par des personnes ressources. La cadre de santé et l'infirmière référente dossier patient sont désignées pour assurer la formation des nouveaux professionnels à l'utilisation du DPI, le président de la CME soutient les médecins à cette utilisation.

Le groupe de travail a mis en place des audits pour s'assurer de la conformité des pratiques, son analyse a permis l'élaboration d'un plan d'actions ; les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les professionnels soignants, médicaux ont été formés par le prestataire informatique à l'utilisation

du logiciel. La cadre de santé et l'infirmière référente dossier patient assistent les professionnels au quotidien et forment les nouveaux arrivants à l'utilisation de l'outil.

Les profils d'accès des utilisateurs et la modification des mots de passe sont définis. La traçabilité des accès est assurée par le service informatique. Le médecin DIM, les techniciennes de l'information médicale et les secrétaires médicales s'assurent de la qualité du recueil des informations.

L'archivage est organisé et placé sous l'autorité du DIM en lien avec la secrétaire médicale. Les secrétaires médicales s'assurent de la constitution du dossier du patient à chaque sortie de patient et tracent l'information. La gestion documentaire comprend les procédures en lien avec le dossier patient sur la gestion du dossier de son admission à son archivage, les modalités de demande d'accès du patient à son dossier médical intégrant un formulaire de demande d'accès au dossier médical.

La charte informatique est incluse dans le règlement intérieur remis aux professionnels et le livret d'accueil du personnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les cliniques Arnault Tzanck connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie pour le bon fonctionnement des prises en charge en médecine, chirurgie, et en SSR.

Une organisation est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré admission, l'admission, jusqu'à la sortie.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés d'une part dans le dossier patient informatisé : informations recueillies au moment de l'admission, prescriptions, circuit du médicament, diagramme de soins, résultats d'examens de laboratoire, compte rendu radiologiques, prise de constantes, observations médicales, traçabilité de tous les actes ; et d'autre part dans le dossier papier : documents médicaux externes, fiche de liaison bloc opératoire SSPI, désignation de la personne de confiance et rédaction des directives anticipées.

Cela a été vérifié en médecine, en chirurgie et en SSR lors des patients traceurs.

L'accès aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif, cela facilite la réalisation des réunions pluridisciplinaires sur la prise en charge des patients.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée et opérationnelle pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de chirurgie, bloc opératoire, médecine, USIC, SSR administratifs, médico techniques). Les circuits sont respectés de l'ouverture à la fermeture du dossier. Les interfaces avec les professionnels extérieurs (laboratoire d'anatomopathologie, radiologie et médecins adresseurs) sont mises en œuvre conformément à l'organisation définie (courrier de sortie, synthèse de sortie, ordonnance de sortie). La traçabilité des activités réalisées est assurée en temps utile.

La confidentialité des informations est respectée dans les différents secteurs (postes informatiques rangés dans les salles sécurisées) selon l'organisation établie.

L'accès du patient à son dossier est assuré conformément à la procédure et à la réglementation. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée. L'organisation connue de tous les professionnels est appliquée. Le délai d'envoi des demandes d'accès au dossier patient est conforme, 7 jours en moyenne pour les dossiers inférieurs à 5 ans, sur 29 demandes en chirurgie, 24 en médecine et 7 en SSR. Les demandes font l'objet d'un suivi par la secrétaire médicale en charge des archives. Ces informations sont transmises à la CDU.

L'archivage du dossier papier est géré par la secrétaire médicale après l'envoi du compte rendu du séjour aux médecins adresseurs. La gestion des archives médicales est sous la responsabilité de la secrétaire médicale, de même que la gestion des demandes d'accès au dossier par le patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les cliniques Arnault Tzanck assurent annuellement le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés soit par le biais du recueil des IQSS, soit par une évaluation annuelle de 30 dossiers par clinique, réalisée suivant la méthodologie IQSS. Les valeurs de l'indicateur IQSS 2016 sur les données 2015 « tenue de dossier du patient » sont supérieures à 80% pour la chirurgie, la médecine et pour le SSR.

Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient se fait aussi sur la base de l'analyse des événements indésirables (54 en 2016), l'analyse des questionnaires de sortie.

Les cliniques Arnault Tzanck suivent les indicateurs Hôpital Numérique. L'accès du dossier par le patient fait l'objet d'une évaluation. Un tableau de bord de suivi des demandes de consultation de dossier est en place. L'évaluation des délais de transmission des dossiers traduit le respect réglementaire.

L'analyse des résultats conduit à une mise à jour du plan d'actions.

Les résultats des évaluations de la gestion du dossier patient et des demandes sont intégrés dans la gestion documentaire mise à disposition des professionnels.

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

L'analyse permet l'identification d'actions d'amélioration. Elles sont intégrées dans le plan d'actions articulé dans le PAQ institutionnel 2016. Les actions relatives aux risques identifiés par les groupes de travail alimentent le compte qualité.

Les actions 2016 ont majoritairement été centrées sur la formation des référents à la nouvelle version du logiciel DPI, l'amélioration de l'intégration des comptes rendus (consultation ,comptes rendus d'hospitalisation..), la sensibilisation des médecins à la traçabilité des données relatives à la prise en charge de l'AVC.

Le suivi des actions est assuré par la responsable qualité lors des Comités qualité gestion des risques, conformément au dispositif institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée par la responsable qualité, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers via l'affichage des résultats IPAQSS, les réunions 1/4 d'heure qualité et le journal interne: La Nouvelle . Une communication est faite en réunion de la CRU.

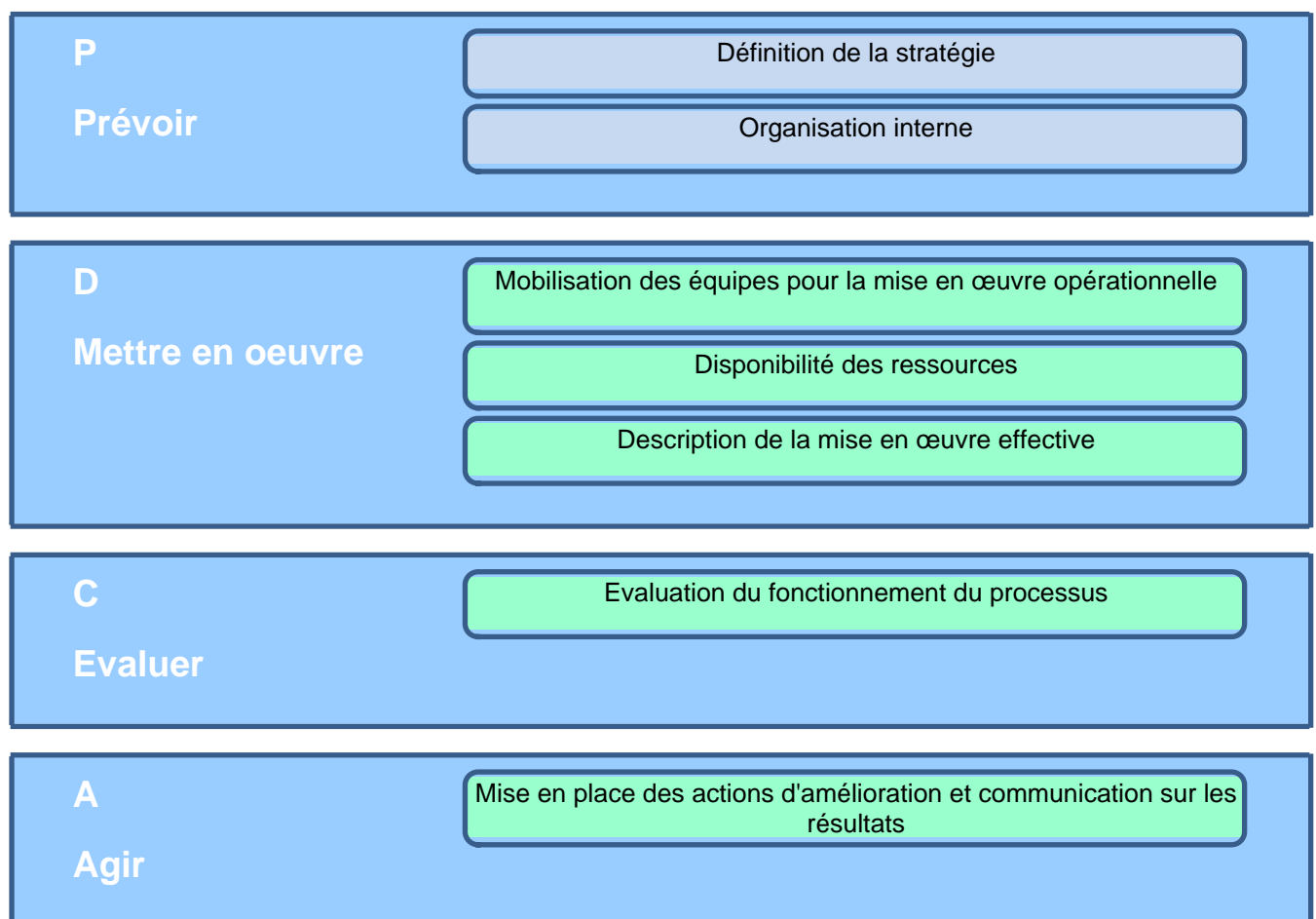
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse des Cliniques Anault Tzanck de Mougins est décrite dans une politique de la prise en charge médicamenteuse qui s'appuie sur le contrat de bon usage des médicaments 2014-2018 et les textes règlementaires. Elle est inscrite au projet d'établissement 2012- 2016 et validée par les instances COMEDIMS et CME. Elle est en adéquation avec la politique globale qualité et sécurité des soins qui comprend également un axe sur la sécurité de cette prise en charge : « Mettre en œuvre la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ».

Une politique spécifique à la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé est également formalisée.

L'engagement de l'établissement se décline autour d'objectifs stratégiques dont : la diminution de la iatrogénie médicamenteuse, l'identification de la prise en charge des sujets dits à risque, l'évaluation de la gestion des traitements personnels, la formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses, la sécurisation du processus, la promotion du bon usage des antibiotiques et l'évaluation des pratiques et l'efficacité des actions mises en place.

Une analyse de risque a été réalisée en partenariat étroit avec les secteurs de soins avec l'outil MediEval de l'OMEDIT de la région PACA CORSE. Cette analyse a permis d'identifier les situations dangereuses, les dispositifs de maîtrise et de formaliser une cartographie des risques à priori.

Pour élaborer son programme d'action de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base des autoévaluations dans l'engagement du contrat du bon usage, des comptes rendus des visites et des inspections, de la certification, de la réglementation, des événements indésirables, des suivis des audits et évaluations et des REMED. Ce programme d'action est révisé annuellement, sous la responsabilité de la Direction, en concertation avec la CME, en cohérence avec la politique qualité et sécurité des soins.

Le programme de la prise en charge médicamenteuse est décliné dans un plan d'action comprenant des objectifs, des actions, des pilotes, des délais et des indicateurs. Les axes d'amélioration s'appuient sur les priorités identifiées et l'identification des risques à priori et a posteriori.

Neuf risques résiduels sont intégrés dans le compte qualité qui précise les mesures de traitement des risques, intégrés au PAQSS institutionnel.

Les cliniques sont engagées auprès de l'Agence Régionale de Santé dans le cadre de comités de retour d'expérience liés aux événements indésirables (CREX) depuis décembre 2012.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié au pharmacien gérant nommé responsable du Système de Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQ) en septembre 2012, assisté d'un pharmacien adjoint.

Ils s'appuient sur la COMEDIMS et la CME, et au niveau opérationnel sur le cadre préparateur en pharmacie et l'équipe de préparateurs en pharmacie, identifiés comme référents dans les services des trois cliniques. Les rôles et responsabilités du pharmacien RSMQ sont identifiés et formalisés dans un document qui décline ses missions.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, manutentionnaires). Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis par des fiches de postes formalisées.

La sensibilisation et la formation des professionnels aux risques d'erreurs médicamenteuses sont organisées.

La permanence de la pharmacie (PUI) est organisée pour répondre aux besoins 24h/24. Des armoires de dotation pour besoins urgents sont définies dans chaque service. Leur composition est validée par la COMEDIMS. En cas de besoin d'un médicament urgent non disponible dans les armoires de dotations, un contrat est formalisé avec l'hôpital de Nice.

Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, validé par la COMEDIMS et la CME, a été diffusé depuis peu. Il décrit le système de management de la qualité, prévoit les ressources, décrit les différents processus de la prise en charge médicamenteuse, prévoit les risques associés, la maîtrise des documents, la mesure, l'analyse et l'amélioration.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré et informatisé. De nombreux documents sont formalisés et concernent l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse (règles de prescriptions, dispensation, administration, traçabilité et surveillance), les étapes de fonctionnement de l'unité de reconstitution des cytostatiques (URCC), la gestion du traitement personnel, le circuit des stupéfiants, gestion des médicaments périmés, sécurisation et liste des médicaments à risques.

Les matériels nécessaires aux services (armoires de pharmacie, chariot pour les piluliers, caisses de transports, boîtes de mise en quarantaine des traitements personnels, ordinateurs) sont identifiés.

Les locaux de la pharmacie sont situés au rez de jardin de la clinique de l'Espérance. Elle réalise les opérations de gestion, d'approvisionnement, de détention, de stockage et de dispensation.

L'unité de reconstitution centralisée des cytostatiques (URCC) est rattachée à la PUI et se situe au rez de chaussée de la Clinique Plein Ciel, au sein de l'hospitalisation à temps partiel d'oncologie. Les locaux, matériels et circuits nécessaires à cette activité sont définis.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée entre les services de soins, le bio médical, les services techniques et la PUI. Le service de stérilisation est rattaché à la pharmacie et supervisé par un pharmacien et un cadre infirmier IBODE titulaires d'un DU en stérilisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien gérant RSMQ manage en collaboration avec les 2 autres pharmaciens et le cadre préparateur, les actions issues du programme d'action formalisé. En parallèle, le management des différents services participe à sa mise en œuvre. Les pharmaciens participent aux réunions institutionnelles, aux réunions de services et aux groupes de travail.

Les cadres de santé, les préparateurs en pharmacie référents des services et les pharmaciens en lien avec le service qualité, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette déclinaison repose sur une concertation régulière avec les équipes qui favorise leur implication. Un « quart d'heure pharmacie » est organisé mensuellement par les pharmaciens dans chacun des services des 3 cliniques, ainsi que des réunions trimestrielles en pharmacie avec les préparateurs. Lors de ces réunions sont abordés le risque d'erreur médicamenteuse, les mises à jour des procédures, la présentation des résultats des audits et des évaluations et la déclinaison des actions d'amélioration. L'analyse des événements indésirables est réalisée dans le cadre du dispositif mis en place. L'ensemble des événements indésirables concernant le médicament sont transmis au pharmacien gérant qui a la charge d'en assurer le suivi avec le service qualité. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés en REMED et/ou en Comité de Retour d'Expérience avec la participation des professionnels concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériels (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans tous les secteurs.

Les effectifs de la PUI sont en adéquation avec l'activité : 3 Pharmaciens, 1.5 préparateur dédié au bloc opératoire, 7.5 préparateurs en pharmacie sur les postes de cueillettes et 3 préparateurs en URCC.

Les pharmaciens se répartissent les responsabilités des différentes activités : PUI, unité de reconstitution des cytostatiques, stérilisation ...

Les préparateurs sont formés à la manipulation des produits cytotoxiques afin d'assurer la permanence de cette activité sur les 3 postes de préparation.

Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées au travers de conférences et visionnage du film « que reste-t-il de nos erreurs » suivi d'un débriefing, d'un chapitre sur les erreurs médicamenteuses dans le programme de la formation sur l'identitovigilance et de la simulation en chambre des erreurs lors des semaines de sécurité.

Les préparateurs nouveaux arrivants bénéficient d'une journée d'intégration avec remise d'un livret d'accueil. Un projet de tutorat est en cours de formalisation.

Un médecin infectiologue est présent une fois par semaine pour assurer la formation, et donner des conseils aux médecins sur l'antibiothérapie au regard des dossiers qui lui sont soumis.

Via l'intranet, les professionnels ont accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration (Base de données, livret thérapeutique...).

Les prescriptions sont informatisées à 100% dans les 3 cliniques. L'informatisation complète permet l'analyse a priori de toutes les prescriptions. Une procédure de sauvegarde en cas de panne informatique est formalisée et connue des professionnels. Les praticiens ont accès au logiciel de prescriptions depuis leurs cabinets de consultations.

L'accès à la pharmacie est sécurisé par un système de badge. Les locaux de la PUI et de l'URCC permettent une marche en avant effective. Les zones sont définies (réception, décartonnage, stockage et cueillette pour la DJIN). L'URCC dispose d'une zone de préparation protégée avec filtration « air haute efficacité ». Les cytotoxiques sont stockés dans une salle spécifique fermée par un code. Ils sont accessibles uniquement par la zone de préparation protégée.

Les médicaments stupéfiants sont sécurisés au niveau de la PUI.

L'ensemble des salles de soins est équipé d'un dispositif d'accès sécurisé. Conformément aux recommandations, une attention particulière est portée sur les médicaments à risque. Les stupéfiants sont sécurisés à la PUI et chaque service de soins dispose également d'un coffre à stupéfiants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées.

Les prescriptions sont établies dans le respect des exigences via l'informatisation.

Néanmoins, les règles et support validés de prescriptions ne sont pas totalement respectées. En USIC, les

infirmières recopient les prescriptions médicamenteuses informatisées à la demande d'un des 5 cardiologues (1 des 120 praticiens de l'établissement) sur un support papier (pancarte de surveillance). Elles assurent également sur ce support, la traçabilité de l'administration des médicaments en doublon de la traçabilité réalisée dans le dossier patient informatisé.

L'établissement a été réactif, ce document a été immédiatement supprimé. Le Directeur et les présidents des CME de chacune des cliniques se sont formellement engagés par écrit à faire respecter la réglementation et à maintenir de façon pérenne la suppression de tout document de "recopiage". Le médecin Anesthésiste Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux soins, a validé cette décision et s'est engagé également par écrit. Ce sujet fera l'objet d'un point à l'ordre du jour lors de la prochaine CME.

Les règles de dispensation sont effectives. Toutes les prescriptions sont analysées et validées quotidiennement par les pharmaciens. Les piluliers identifiés aux noms des patients sont préparés en double contrôle par la pharmacie. Une organisation est mise en place pour isoler les plans de cueillette et les préparateurs afin de ne pas les déranger lors de cette activité (pas de téléphone).

Les piluliers sont livrés dans des chariots sécurisés aux services par le préparateur. Les armoires de dotation de médicaments sont disponibles dans les services et contrôlées par les cadres et pharmaciens. Lors d'une commande de médicaments hors dotation et pour les médicaments injectables le transport est sécurisé et toujours dispensé par un préparateur.

Les médicaments à risques sont identifiés par une pastille orange et une attention particulière est portée sur le potassium injectable qui est isolé dans l'armoire.

Les équipements de stockage à basse température des produits pharmaceutiques sont pourvus d'un système d'alarme, le contrôle est assuré et tracé. Ces équipements sont exclusivement réservés au stockage de produits pharmaceutiques.

La sécurisation des stupéfiants est optimisée : la dotation est décidée en concertation avec le service et le pharmacien. Elles sont renouvelées une fois par semaine par le pharmacien qui vient dans le service et qui assure la vérification au regard des prescriptions et du relevé nominatif des stupéfiants. Pour les services à dotation importante cette organisation est effective 2 fois par semaine.

Au bloc opératoire, chaque anesthésiste est doté d'un coffre-fort nominatif dont le code est changé une fois par semaine. C'est également le pharmacien qui se rend au bloc, pour le renouvellement de la dotation de chaque coffre.

La procédure de gestion du traitement personnel des patients est connue et appliquée par les professionnels (mise en quarantaine et feuille de traçabilité dans le dossier patient).

Les professionnels des services cliniques connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour assurer l'effectivité de la prise en charge médicamenteuse selon les bonnes pratiques.

Toutefois, dans le service de chirurgie urologique et viscérale et dans l'unité de soins continue, les bonnes pratiques de préparation des injectables ne sont pas appliquées. Les infirmières préparent les étiquettes pour les médicaments injectables très en amont de l'heure d'injection et non pas en extemporané, (à 14h pour des injections à 20h). Elles rédigent sur celles-ci, le nom du produit, la posologie et l'heure d'injection. Les infirmières ont réajusté les pratiques immédiatement.

Des réunions de concertations médicamenteuses sont organisées. Elles réunissent les pharmaciens, un praticien représentant de chaque spécialité, le médecin infectiologue et le médecin du CLUD.

La dispensation journalière nominative (DJIN) est en place sur l'ensemble des 3 cliniques pour les médicaments per os. La mise en place de la dispensation nominative journalière des antibiotiques injectables est effective sur la clinique Plein Ciel (médecine et cardiologie), l'objectif est le déploiement de cette organisation sur la clinique l'Espérance dans les prochains mois.

La traçabilité de l'administration réalisée est assurée en temps réel. Les professionnels connaissent et respectent les règles d'administration des médicaments ainsi que celles relatives à la validation de l'administration dans le dossier patient, en particulier sur la justification de la non administration.

L'information au patient est assurée par les praticiens et par les infirmières lors de l'administration des thérapeutiques et de nombreuses plaquettes d'informations sont formalisées.

Les reconstitutions des traitements cytotoxiques sont effectuées dans une unité de reconstitution centralisée sous la responsabilité d'un pharmacien selon les bonnes pratiques.

Les interfaces entre la PUI, les services cliniques et les services techniques et logistiques sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs internes quantitatifs (activité, efficience..) et qualitatifs (suivi des événements indésirables, audit transport et stockage, évaluation mensuelle de 5 dossiers, état des lieux des processus au bloc pour l'optimisation du stockage des médicaments et des DM...). Suivi des indicateurs IQSS et du CBUM. Des tableaux de bords « Management de la prise en charge médicamenteuses » incluant ces indicateurs sont exploités.

Des évaluations de pratiques professionnelles sont engagées : 2 EPP sur la PEC médicamenteuse chez le

sujet âgé, des REMED et un CREX.

Une évaluation Patient Traceur est réalisée mensuellement au sein de chaque structure et les résultats sont présentés à la CDU.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel en cohérence avec les orientations et les analyses de risques identifiés dans le compte qualité.

Des actions correctives sont déclenchées suite aux audits, REMED, CREX, résultats des indicateurs (par exemple sur le recueil des IQSS sur la qualité de l'administration des médicaments, en classe C : les infirmières ont désormais la possibilité de tracer la justification de la non administration dans le logiciel de prescription et ont été sensibilisées à cette traçabilité).

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont présentés lors des revues de Direction, à la COMEDIMS et à la CME.

Les professionnels sont informés lors des réunions de service via le quart d'heure pharmacie et par le journal interne « la nouvelle ».

Les résultats des indicateurs IQSS sont affichés pour les usagers.

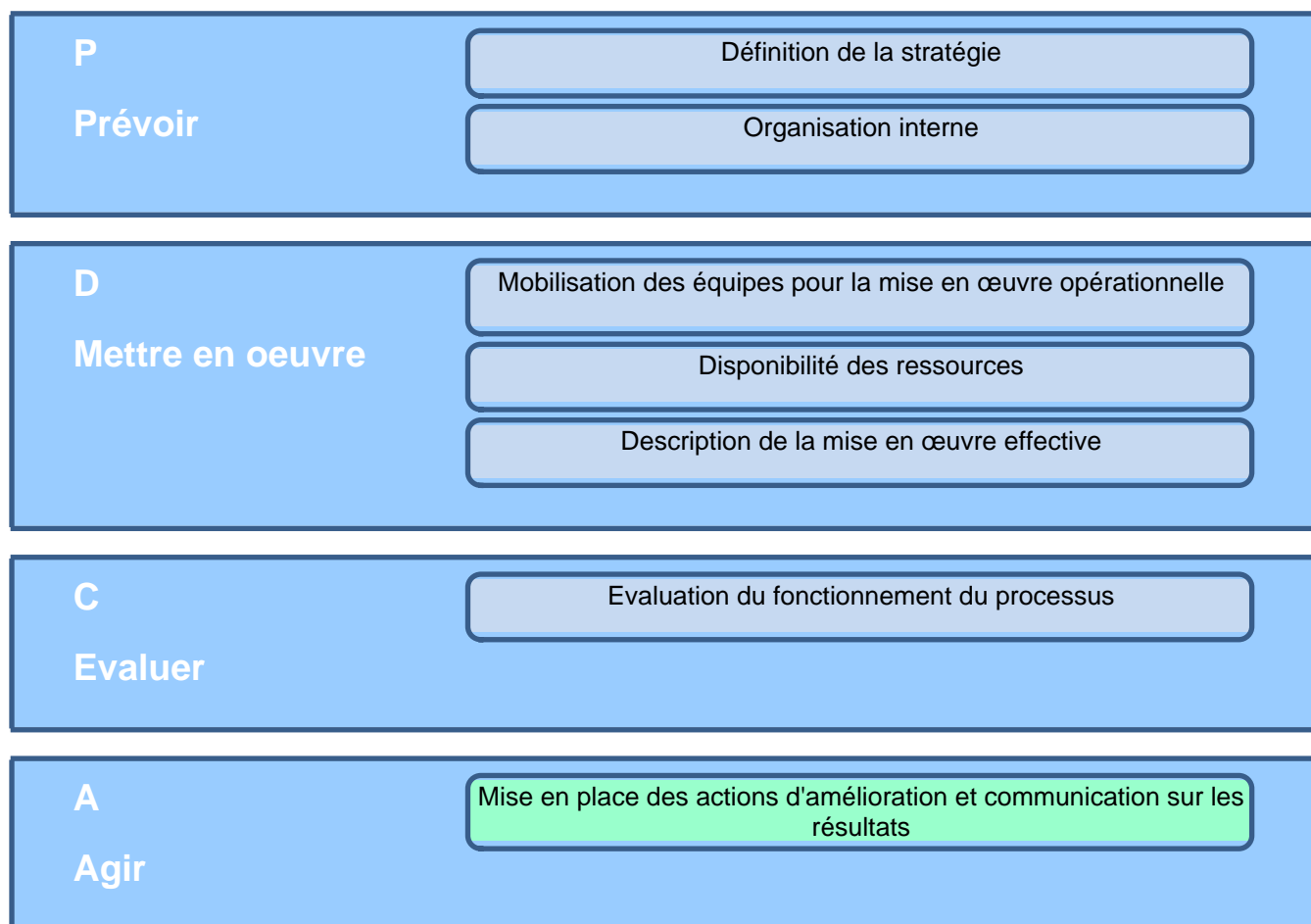
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques au bloc opératoire afin de garantir la sécurité des patients lors de la phase péri-opératoire. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire des cliniques Arnauld Tzanck de Mougins est un bloc central pluridisciplinaire, situé dans la clinique Espérance. Il est composé de 11 salles interventionnelles dont un secteur hyperaspétique de trois salles où sont pratiquées les interventions de chirurgie orthopédique, vasculaire et esthétique. Les autres salles sont réservées pour les interventions de chirurgie viscérale, urologique, thoracique gynécologique et les spécialités ORL, ophtalmologie et stomatologie. La salle post interventionnelle compte 21 places. L'utilisation du bloc opératoire est commune aux interventions chirurgicales de l'hospitalisation complète et ambulatoire. L'unité de chirurgie ambulatoire comporte une capacité d'accueil de 29 places. Le secteur d'explorations endoscopique est également rattaché à cette structure avec un fonctionnement dédié pour la prise en charge post interventionnelle.

Il existe une politique commune de management de la qualité et sécurité des soins pour le bloc opératoire, l'unité de chirurgie ambulatoire, le secteur d'exploration et thérapeutique endoscopique et l'imagerie interventionnelle. L'optimisation des blocs opératoires, le développement des spécialités chirurgicales et le développement de la chirurgie ambulatoire constituent un axe fort du projet d'établissement. Pour ce faire, des travaux d'extension de 4 salles supplémentaires dotées de flux laminaires au bloc opératoire sont en cours.

La politique est déclinée dans une charte des plateaux techniques. Elle définit les conditions permettant l'optimisation du fonctionnement des plateaux techniques, en garantissant la qualité et la sécurité des soins aux patients. Elle est complétée par une charte de fonctionnement et d'un manuel d'assurance qualité de la structure anesthésie et chirurgie ambulatoire. Ces chartes sont validées par le conseil des plateaux techniques et la CME et révisées tous les ans. L'unité de chirurgie ambulatoire est certifiée ISO 9001 depuis janvier 2015.

La mise en œuvre de la politique est déclinée dans un programme d'actions prioritaires défini sur la base de l'identification des besoins (Optimisation des créneaux opératoires, amélioration de la programmation des interventions, sécuriser le parcours patients au bloc opératoire...).

La cartographie des risques au bloc opératoire et en UCA a été élaborée sur la base de l'analyse des processus à risque, des résultats des indicateurs nationaux et internes et des événements indésirables. Six risques majeurs résiduels sont versés dans le compte qualité. Pour chaque risque identifié, des mesures de traitement et de réduction sont identifiées et intégrées dans le plan d'actions qui en précise les ressources et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le management du bloc opératoire est assuré par le cadre responsable du bloc (président du conseil des plateaux techniques) assisté par une infirmière adjointe titulaire d'un DU de management, et de la responsable de l'UCA.

Le conseil des plateaux technique se réunit tous les trimestres et a pour mission de définir la planification des vacations opératoires et de son respect, de suivre le déploiement des actions d'amélioration et d'élaborer et d'assurer la mise en œuvre de l'ensemble des procédures nécessaires au bon fonctionnement du bloc, de l'UCA, et des SSPI.

La cellule de programmation est coordonnée par le cadre responsable qui a pour mission de réguler les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

La cellule de régulation composée du président de CME, du représentant de la spécialité anesthésie et réanimation et du cadre responsable du bloc permet d'avoir une vision globale et transversale pour coordonner tous les acteurs du bloc opératoire. Elle intervient pour assister le responsable du bloc en cas de problème de régulation.

Le COPIL ambulatoire présidé par le médecin anesthésiste coordonnateur de l'UCA, organise le secteur ambulatoire et a pour mission de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations du conseil des plateaux techniques.

Les responsables des plateaux techniques organisent ensemble de façon coordonnée la gestion journalière de l'activité opératoire du bloc opératoire, de l'UCA et du secteur d'endoscopie.

Les missions des responsables et des collaboratrices sont définies dans leurs fiches de fonction et déclinées dans la charte des plateaux techniques.

La permanence des soins au bloc opératoire est assurée 24h/24 - 7j sur 7, par l'organisation d'un système d'astreinte pour assurer les urgences chirurgicales et exploratoires des patients hospitalisés.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées et sont en cohérence avec l'activité. Les besoins en formation initiale et continue sont organisés pour l'ensemble des professionnels concernés. Un suivi des compétences individuelles est organisé et tracé par le cadre responsable du bloc opératoire. Ce suivi permet d'assurer une gestion prévisionnelle des compétences. Les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies dans un plan d'intégration et par l'organisation d'un tutorat.

L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire et de l'UCA est déclinée

dans des procédures, modes opératoires et fiches de traçabilité via un dispositif de gestion documentaire informatisé (Blue Medi). Cette déclinaison concerne tout le processus de prise en charge des patients en pré, per et post opératoire, l'ouverture des salles, les check list, le bio nettoyage, le transport ...

L'outil informatique est le principal vecteur de communication. Le logiciel dossier patient « hôpital Manager » permet la visualisation de la prise en charge des patients par tous les acteurs. L'établissement a fait l'acquisition d'un nouveau logiciel qui favorise le partage et la maîtrise de la programmation.

Les locaux prennent en compte les besoins liés aux risques et à la réglementation. Les salles d'intervention sont toutes équipées d'un matériel de base et d'un matériel spécifique, en fonction de la spécialité et des besoins des opérateurs.

Les circuits sont organisés et cohérents. Les matériels, équipements biomédicaux et équipements font l'objet d'une gestion optimale et sécurisée.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est organisé en concertation avec le bio médical.

Les interfaces entre le bloc, le service de stérilisation, la pharmacie, les services d'hospitalisation et les services médicotechniques et administratifs sont organisées et décrites dans la charte des plateaux techniques et de fonctionnement de l'UCA.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement du bloc organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels intégrés au PAQSS de l'établissement. Il assure une communication active et régulière auprès des professionnels par des réunions formelles tous les trimestres et informelles tous les mois. Le management favorise l'implication de chacun par une réunion mensuelle à thème menée par l'équipe qualité (¼ h qualité).

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par le suivi de nombreux indicateurs qualitatifs (taux de remplissage de la Check list, taux de débordement ...). Chaque professionnel intervenant dans les secteurs des plateaux techniques s'engage personnellement à respecter la charte.

Le signalement des événements indésirables est en place et connu des professionnels.

La participation des professionnels dans l'analyse des événements indésirables est favorisée. De ce fait, chacun est partie prenante dans la mise en place des actions correctives en participant aux retours d'expériences organisés. Des RMM en anesthésie sont organisées et des comités de retour d'expérience sont en place et opérationnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels répondent aux besoins et aux obligations réglementaires. La politique du secteur des plateaux techniques est de fidéliser les professionnels afin de maintenir les compétences nécessaires à l'activité.

Le maintien des compétences est assuré par les formations en interne et/ou diplômante. Les infirmières exerçant en SSPI ont suivi un cycle de formation DU de réanimation ou DU en situation d'urgence, ou formation spécifiques au réveil. 2 IDE sont titulaires d'un DU douleur. Une formation au bio nettoyage pour les agents d'entretien est organisée par le cadre hygiéniste. Les professionnels du bloc opératoire et de l'UCA ont suivi la formation à l'identitovigilance organisée en interne.

La formation des nouveaux professionnels est réalisée par un tutorat avec une période d'accompagnement de 1 mois, et à l'appui un livret d'accueil mentionnant les compétences attendues.

La permanence des soins est effective. Une IBODE/ IDE panseuse, un médecin anesthésiste et un opérateur de chaque spécialité, sont d'astreinte, afin d'assurer la continuité des soins dans le cadre des urgences chirurgicales. Le planning des astreintes est disponible et accessible sur l'intranet et au poste de sécurité de la clinique.

La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels. Les procédures et modes opératoires sont déclinées au regard des spécificités du bloc opératoire et de l'UCA, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène, des vérifications des appareils médicaux.... Elles sont connues des professionnels. Des moyens sont définis pour pallier toute rupture d'alimentation électrique ou de fluide. Une astreinte technique est joignable à tout moment, 24h/24.

L'accès aux locaux des plateaux techniques est réglementé et contrôlé au moyen de badges individuels. Les locaux du bloc opératoire permettent le respect des circuits notamment du patient, des matériels et des déchets. Les portes des salles d'intervention sont équipées de fermeture automatique temporisée qui limite les ouvertures et maintiennent la suppression et un contrôle continu de la qualité de l'air (Iso 5 et 6). Les contrôles de la qualité de l'air et de l'eau sont menés conjointement par le service technique et le cadre hygiéniste. Le bloc opératoire est en liaison directe avec le service de stérilisation.

Le service bio médical est en charge des maintenances préventives et curatives des dispositifs médicaux non implantables. Sa proximité directe avec le bloc opératoire lui permet d'intervenir de façon immédiate, efficace et optimale pour la prise en charge des patients.

La disponibilité du matériel d'urgence est effective dans les salles SSPI des plateaux techniques et dans le secteur ambulatoire.

Les outils informatiques en place dans les différents lieux de travail et cabinets médicaux sont appropriés pour avoir accès à la programmation et au suivi en temps réel des interventions, au dossier patient et depuis peu à la consultation d'anesthésie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du bloc opératoire mettent en œuvre et enregistrent les activités selon l'organisation prévue dans la charte des plateaux techniques.

Le transfert des données recueillies lors des consultations en cabinet par les chirurgiens et anesthésistes est opérationnel via le logiciel "Time Wise".

La mise en œuvre des programmations opératoires est efficace : la validation du programme opératoire est réalisée le jeudi de la semaine -1 par la cellule de programmation (cadre du bloc, responsable du service de stérilisation, biomédical et infirmière adjointe). Ce programme est réévalué et analysé tous les jours. Une fois validé, il est consultable en permanence sur le logiciel par les praticiens (cabinets de consultations), les secrétariats et les cadres des plateaux techniques et des services d'hospitalisation.

Le transport des patients est organisé et effectif (brancardage externe au bloc opératoire) et les règles d'hygiène sont respectées. Les brancards qui servent au transport des chambres au bloc sont laissés à l'extérieur. Seuls les brancards du bloc (décontaminés au préalable) entrent dans les salles d'intervention. Une fiche de liaison service bloc, bloc service accompagne le patient. L'accueil est assuré dans le respect des procédures : vérification de son identité, de l'information reçue (consentement) et qualité de sa préparation. L'accueil est respectueux de l'intimité et de la dignité du patient.

Les pratiques des professionnels respectent les règles définies et les recommandations de bonnes pratiques (tenue vestimentaire, hygiène, absence de ports de bijoux...).

L'ensemble des vérifications nécessaires au démarrage de l'activité chirurgicale est assurée et tracée.

La check-list «sécurité du patient au bloc opératoire» pour toutes les interventions par l'équipe opératoire est mise en œuvre et conservée dans le dossier.

La traçabilité des actions et activités est assurée. Des dispositions de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, gestion des enceintes réfrigérées pour les médicaments, contrôles des péremptions, suivi de la radioprotection) sont mises en œuvre et tracées.

La mise en place des circuits est effective. Les circuits propres et sales ne se croisent pas et la marche en avant est respectée.

Les différentes zones du bloc opératoire identifiées sont prises en compte (pas de stock dans les couloirs, ou dans les salles). Le décartonnage est réalisé en dehors du bloc dans des locaux qui se trouvent à un étage plus bas.

Le suivi et la traçabilité des DMI et médicaments est assuré par un préparateur en pharmacie dédié au bloc opératoire.

Les interfaces entre les secteurs ambulatoires, services de soins, stérilisation, imagerie médicale, pharmacie, biomédical, laboratoire) sont opérationnelles.

La prise en charge des patients en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est organisée et mise en œuvre. Les thérapeutiques et actes de soins et de surveillance sont tracés. La surveillance clinique est effective. Le départ des patients de la SSPI est formalisé par le visa de l'anesthésiste et tracé.

La sortie du patient du service d'hospitalisation en ambulatoire est coordonnée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie. Un appel du lendemain est en place ainsi qu'un numéro d'appel en cas de besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs internes quantitatifs du processus (activité, efficacité) et qualitatifs

(événements indésirables, taux de débordement, satisfaction des patients, taux de remplissage de la check list ...).

Des tableaux de bord incluant ces indicateurs sont exploités. Les indicateurs nationaux sont suivis et analysés.

Des évaluations des pratiques professionnelles sont engagées. Des audits de pratiques sont réalisés, des RMM sont réalisées en anesthésie, un CREX est organisé si besoin. L'exploitation des résultats permet aux secteurs des plateaux techniques d'identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire, en SSPI et en secteur ambulatoire est en place avec un suivi mensuel des actions d'amélioration assuré par l'encadrement et le service qualité.

Les résultats des indicateurs nationaux IQSS 2014 ont montré un score de qualité de tenue du dossier d'anesthésie en C. L'établissement s'est immédiatement mis en ordre de marche pour améliorer ce score en travaillant avec les anesthésistes pour améliorer la qualité de la traçabilité des informations dans le dossier patient.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont présentés chaque trimestre au Conseil des plateaux techniques, au COPIL ambulatoire, en Revue de Direction annuelle, à la CDU et diffusés à tous les praticiens. Les professionnels sont informés lors des réunions de services, et par le journal interne mensuel « La nouvelle ».

Les résultats des indicateurs IQSS sont affichés pour les usagers.

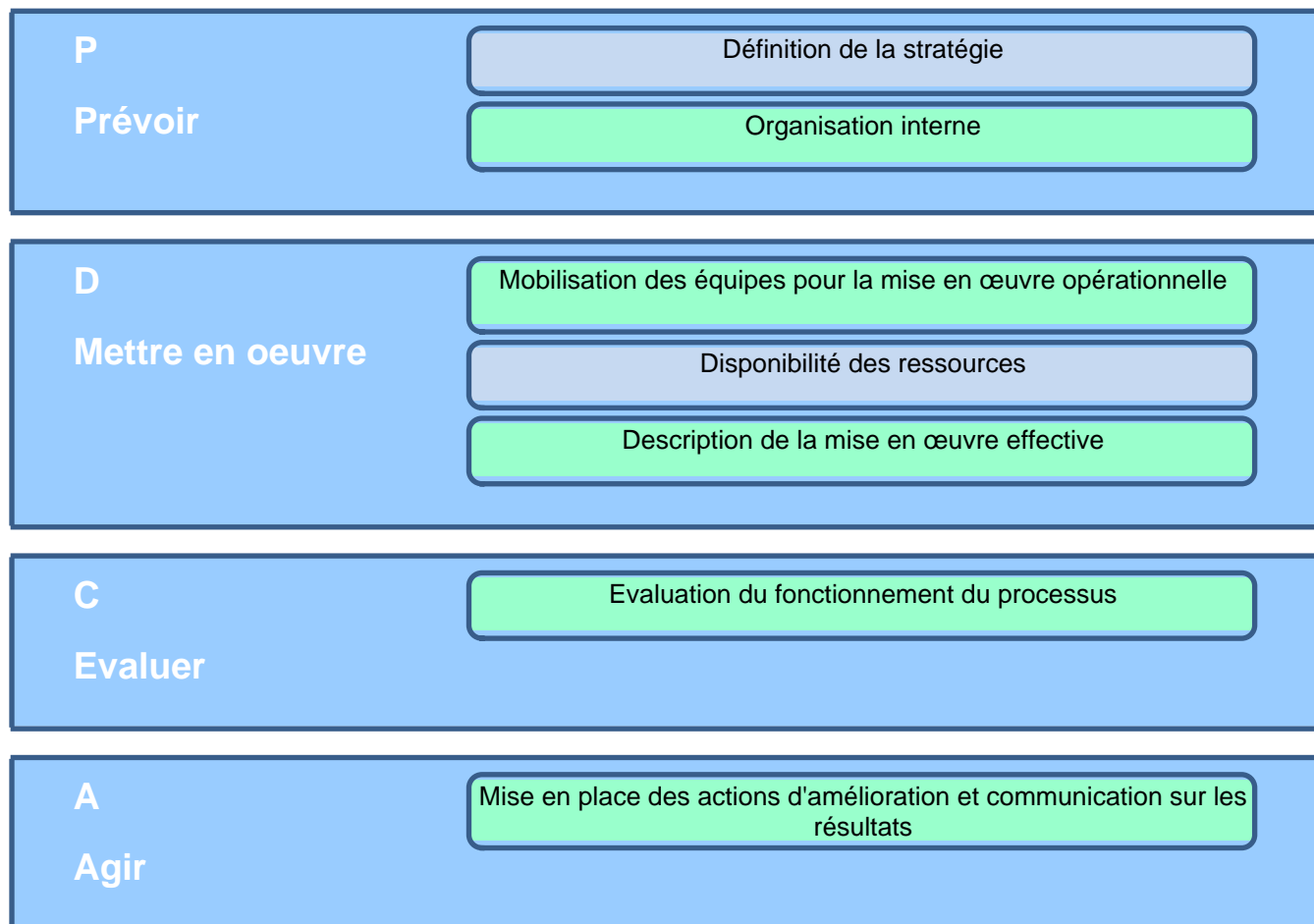
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

Les cliniques Arnault Tzanck ont défini sur la base de l'identification de leurs besoins, une politique du management de la qualité et sécurité au sein des plateaux techniques, dont l'imagerie interventionnelle. Les secteurs cardiologique, urologique, digestif vasculaire, gynécologique et orthopédique ont été identifiés comme réalisant des actes de radiologie interventionnelle.

Cinq risques sont identifiés dans le compte qualité, notamment la défaillance du matériel d'imagerie, la traçabilité incomplète de l'évaluation des risques pré et post interventionnels et l'absence d'identification de niveau d'alerte relatif à la dosimétrie patient de certaines procédures chirurgicales, ces 3 risques étant hiérarchisés comme prioritaires.

La politique, validée par les 3 pilotes des processus inhérents au plateau technique, par la direction de l'établissement, et validée en CME, est déclinée dans un programme d'actions d'amélioration formalisé. Ce dernier comporte des responsables des actions, des échéances et des modalités de suivi des actions. Le plan d'action est intégré au PAQSS global institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Deux pilotes ont été désignés pour le processus d'imagerie interventionnelle : une IBODE nommée personne compétente en radio protection (PCR) en 2013, et un référent. Leurs missions sont définies dans une fiche de mission pilote certification V2014.

Au regard des missions définies et des 5 risques identifiés dans le processus de prise en charge en imagerie interventionnelle, les cliniques ont prévues les ressources suffisantes en compétences et quantité à l'atteinte des objectifs fixés. Elles renforcent par ailleurs les collaborations avec la SCM Centre d'imagerie médicale de Mougins et du GIE LDF (groupement d'Intérêt Économique/Lithotritie Diffusion France) notamment pour la gestion des 5 amplificateurs de brillance mis à disposition (2 pour l'activité cardio-vasculaire, 3 pour les autres salles), leur maintenance préventive et curative, ainsi que tous les contrôles techniques à réaliser. Seuls les manipulateurs radio du GIE et les praticiens formés à la radioprotection patients sont autorisés à réaliser les actes d'imagerie interventionnelle.

Des formations périodiques et des actions de sensibilisation sont prévues par la PCR auprès des professionnels des secteurs interventionnels sur la radio protection des patients et la radioprotection des professionnels. Ceux-ci disposent des moyens de protection réglementaires. De même, les salles sont équipées de moyens nécessaires à la radio protection (paravent, jupe de table...).

La PCR dispose d'outils documentaires spécifiques à l'activité d'imagerie interventionnelle ; les professionnels ont accès à la gestion documentaire inhérente à l'activité via le logiciel en place au sein des 3 cliniques. Tous ces éléments sont par ailleurs formalisés dans la charte du plateau technique, réactualisée en décembre 2016.

Les cliniques se font par ailleurs accompagner par un prestataire accrédité, pour le contrôle des appareils et l'étude de poste lié à l'imagerie interventionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des 5 risques identifiés et des besoins de prise en charge en imagerie interventionnelle, les responsables du management de ce secteur organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. La Personne Compétente en Radio protection sensibilise les professionnels et met des outils à leur disposition, au travers d'actions de formation et information sur la radioprotection des patients et celle du personnel, que celui-ci exerce pour le compte des cliniques ou soit attaché au Centre d'imagerie médicale. Le cadre du plateau technique et la Personne Compétente en Radio protection, en lien avec la responsable qualité, organisent des évaluations, sous forme d'EPP, audits et contrôle qualité pour s'assurer des pratiques de radioprotection des patients et celles du personnels en imagerie interventionnelle. Des actions correctives et/ou préventives sont identifiés en cas de dysfonctionnement, de baisse des résultats d'indicateurs et de dépassement ou baisse des seuils dosimétriques.

Toutefois, le recueil des événements indésirables n'est pas réalisé : seuls deux événements indésirables ont fait l'objet d'une déclaration en 2016 et 2015, les professionnels de ce secteurs d'activité rencontrés par les EV n'en voyant pas l'intérêt.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur d'intervention en imagerie interventionnelle dispose des ressources suffisante en compétences et qualité. Il s'adjoint en outre des compétences d'un cabinet de consultants en ingénierie de la santé

pour la réalisation des contrôles et investissements des appareils, les modifications des locaux, et l'étude de poste. Une IBODE a été désignée depuis 2013 Personne Compétente en Radio protection. La liste des praticiens réalisant de l'imagerie interventionnelle est formalisée, les professionnels participant à la réalisation de l'imagerie identifiés. L'ensemble de ce personnel est sensibilisé et formé à la radio protection du patient et à celle du personnel. Les formations périodiques réglementaires sont planifiées et assurées tous les 3 ans.

La Personne Compétente en Radio protection dispose d'une importante documentation à laquelle elle se réfère. Par ailleurs, le système documentaire établi comprend des protocoles, procédures et documents d'information spécifique à ce secteur d'intervention. 2 salles, intégrées au bloc opératoire, sont dédiées aux interventions et équipées des dispositifs de protection nécessaires à la radio protection des personnels ; elles sont adaptées, conformes et entretenues ; elles disposent d'un système de signalisation d'utilisation des rayons ionisants. Le secteur d'imagerie interventionnelle dispose aussi des équipements lourds et légers adaptés et conformes aux activités qui y sont réalisées.

La maintenance de ces équipements et matériels est planifiée et mise en oeuvre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur d'imagerie interventionnelle connaissent l'organisation, les activités, les modes de fonctionnement et les circuits établis dans ces prises en charge à risque.

L'organisation établie permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources humaines, matérielles, en locaux et documents nécessaires. Le cadre du bloc est en charge de la programmation, et régulation des activités afin que les conditions de qualité et sécurité de la prise en charge soient garanties : il vérifie, contrôle et réajuste les programmations la veille de celles-ci. Le jour même, et selon les aléas quotidiens interférant dans la programmation quotidienne prévisionnelle, il supervise les modalités de rajout de patients dans les programmes.

La démarche qualité engagée est documentée et actualisée, elle s'appuie sur la réalisation des activités, l'utilisation des équipements et locaux et le respect des mesures de radioprotection. Les risques à priori sont évalués, notamment les risques d'expositions des patients et des professionnels aux rayonnements ionisants. Les pratiques professionnelles observées lors de la visite, notamment les bonnes pratiques de la radioprotection des patients et celles des professionnels sont formalisées, actualisées et conformes aux bonnes pratiques liées à l'exposition aux rayonnements ionisants.

La check list de sécurité des patient est utilisée, évaluée.

Des contrôles qualité réalisés sur les équipements et matériels permettent d'identifier les risques potentiels pour les patients.

Le suivi des doses délivrées par les machines de diagnostic ou traitement fait l'objet d'une traçabilité. De même, la traçabilité des activités est assurée, elle inclut les activités de diagnostic, de traitement, de contrôle qualité, de vérifications et d'entretien et maintenance des locaux et équipements. La traçabilité des dispositifs médicaux utilisés est effective.

Le suivi médical réglementaire du personnel est assuré.

L'établissement a pris en compte les différentes demandes formulées dans le rapport de l'agence de sécurité nucléaire en date de février 2010.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du processus est évalué. Le secteur d'imagerie réalise des audits, EPP et contrôles qualité. Il dispose de nombreux indicateurs, notamment ceux sur la radioprotection des patients et des professionnels.

A / AGIR

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

Des actions issues de l'analyse des risques, des audits, des EPP et suivi d'indicateurs sont mises en œuvre. Leurs résultats sont communiqués aux professionnels, notamment en réunion trimestrielle du plateau technique. Les usagers sont informés par le biais des réunions de la CDU, et l'affichage des indicateurs.

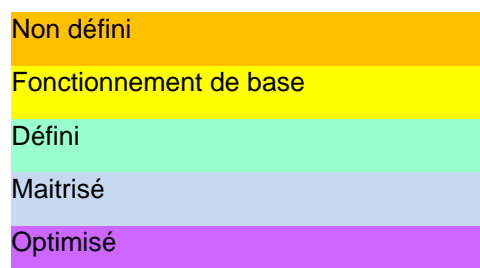
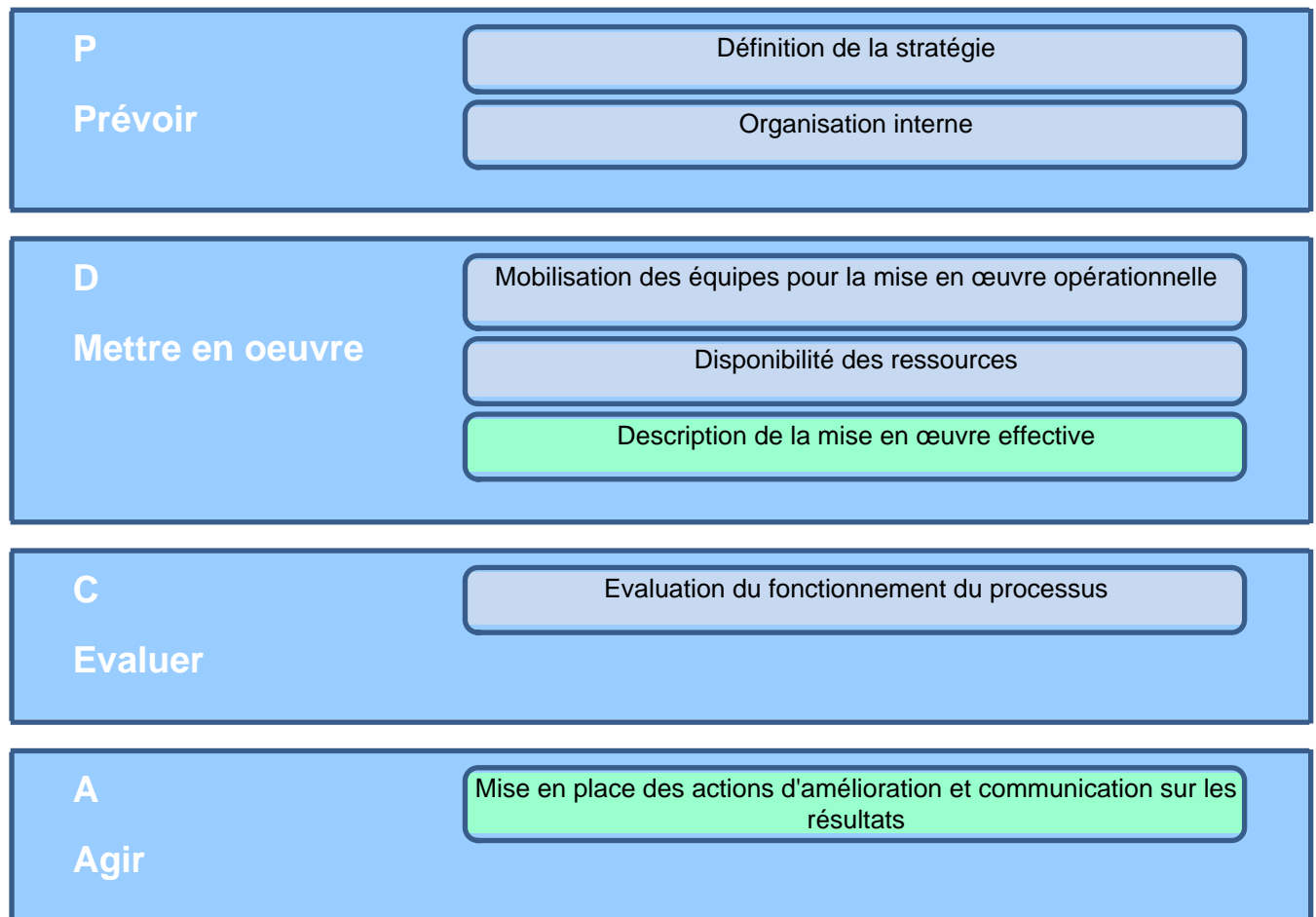
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur d'exploration et thérapeutique endoscopiques des cliniques Arnault Tzanck de Mougins est situé sur la clinique chirurgicale Espérance. Il regroupe l'ensemble des activités d'endoscopies de pneumologie, d'urologie et de cardiologie (ETO).

La politique du management de la qualité et de la sécurité au sein des plateaux techniques (bloc opératoire et secteur endoscopique) est rédigée et validée par l'établissement. Elle se décline autour de 4 objectifs stratégiques : améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les secteurs interventionnels et exploratoires, harmoniser les pratiques professionnelles, améliorer l'échange d'informations en amont et en aval de la prise en charge du patient au sein des plateaux techniques et optimiser la gestion des flux. Une charte commune pour ces secteurs décrit les missions et responsabilités, l'organisation et les principes de fonctionnement. Cette charte est validée par le conseil des plateaux techniques et la CME. Elle est révisée chaque année.

L'établissement a identifié et a analysé ses risques au niveau du secteur endoscopie par une approche d'analyse des processus de prise en charge du patient programmé, du patient hospitalisé, et des urgences endoscopiques. Il s'est appuyé également sur la prise en compte des fiches d'évènements indésirables et des indicateurs qualité. Ce travail a permis d'établir une cartographie des risques.

La politique du management de la qualité et de la sécurité au sein des plateaux techniques, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions institutionnel formalisé, priorisé et actualisé. Il précise les objectifs, le responsable de l'action, l'échéance prévisionnelle et les modalités de suivi. Ce plan est validé institutionnellement et versé au compte qualité pour 5 risques majeurs.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus. Un conseil des plateaux techniques se réunit tous les trimestres. Ses missions sont définies dans la charte des plateaux techniques.

Le pilotage du secteur d'endoscopie est assuré par la responsable du secteur ambulatoire/ endoscopie assisté du médecin gastroentérologue coordonnateur. La responsable assure la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Ses missions sont déclinées dans une fiche de poste. Les rôles et missions de chaque professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier et dans les procédures.

Une organisation est mise en place pour réaliser des endoscopies en urgence en dehors des heures ouvrables selon des modalités de recours aux astreintes.

Les besoins en effectif paramédical sont adaptés à l'activité prévue dans le secteur. Pour prendre en compte et développer les compétences des professionnels, l'établissement favorise, dans son plan de formation annuel, et à l'appui de son analyse de risques, plusieurs actions de formations internes ou externes. La formation à l'embauche est organisée sur le principe de tutorat et assortie d'une période d'intégration.

Les documents (procédures, modes opératoires) concernant la sécurité de la prise en charge sont établis et intégrés à la GED institutionnelle informatisée. Les procédures et modes opératoires concernant l'entretien des endoscopes décrivent entre autre, l'ensemble des étapes du processus, les contrôles microbiologiques des endoscopes et des enceintes de stockage.

Le signalement des événements indésirables est informatisé.

Les ressources matérielles (locaux, parcs d'endoscopes, laveurs-désinfecteurs d'endoscope, paillasse semi informatisées, armoires de stockage) sont prévues pour toutes les activités d'endoscopies.

La maintenance des appareils est prévue et sous la responsabilité du service bio médical. La matériovigilance est en place et la gestion des pannes est organisée.

Le suivi bactériologique des endoscopes, des systèmes de lavage et de l'armoire de stockage sont réalisés par un laboratoire agréé, extérieur à l'établissement.

L'établissement a développé le dossier patient informatisé, les prescriptions informatisées, l'accès aux différents logiciels (administratifs, programmation), un logiciel spécifique de programmation des patients accessibles par tous depuis les consultations jusqu'au secteurs des plateaux techniques.

Les interfaces entre les services administratifs, le bloc opératoire, les services cliniques, l'équipe hygiène et médico-techniques sont organisées et permettent l'articulation cohérente des missions et compétences et la concertation entre professionnels des différents secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable du secteur d'endoscopie organise la déclinaison de la démarche du programme d'action. Chaque risque fait l'objet d'une fiche action qui est connue des professionnels. Des réunions de service

sont organisés tous les trimestres par l'équipe d'encadrement des plateaux techniques. Des réunions d'information sont tenues toutes les semaines. L'équipe qualité assure également des réunions mensuelles à thème appelée " quart d'heure qualité" qui sont très appréciées par les professionnels. Ces réunions permettent d'impliquer les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, les actions mises en œuvre et les résultats des évaluations et indicateurs. Le signalement des événements indésirables est en place et connu des professionnels. La participation des professionnels dans l'analyse des événements indésirables est favorisée, en collaboration avec le service qualité et en groupe pluri-disciplinaire en CREX. Des RMM sont réalisées avec le service de chirurgie en cas de besoin. Des évaluations des pratiques professionnelles sont engagées : une EPP sur la pertinence de la préparation colique chez l'adulte (en étape 5) et 3 évaluations parcours patient en endoscopie ont été réalisées par la méthode des patients traceurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le secteur d'exploration endoscopique est composé de 3 salles d'examen, 2 salles de traitement des endoscopes et d'une salle post interventionnelle de 12 places. Ce secteur est contigu au bloc opératoire et à l'unité de chirurgie ambulatoire.

La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques et la réglementation. Le traitement des endoscopes est réalisé exclusivement sur le secteur d'endoscopie. Une salle de lavage manuel de " haut niveau" est dédiée au traitement des endoscopes d'urologie et l'autre salle est dotée de 3 laveurs désinfecteurs et d'une enceinte de stockage. Elles sont équipées d'un système de d'extraction et de traitement de l'air.

Pour répondre aux besoins de professionnels formés, l'encadrement a favorisé la polyvalence entre le secteur de chirurgie ambulatoire et le secteur d'endoscopie ce qui permet d'ajuster les compétences en fonction de l'activité des secteurs et plus particulièrement de ne pas faire appel à du personnel de remplacement. Des formations à la pratique de traitement des endoscopes sont suivies régulièrement pour les aides soignantes. La formation à la technique de l'endoscopie est suivie chaque année systématiquement par une ou deux infirmières aux formations organisées par le GIF (groupement d'infirmiers en formation d'endoscopie) et une formation aux techniques de bio nettoyage est organisée et suivie par les agents d'entretien (ASH). La participation facilitée aux congrès (Vidéo Gest) permet la mise à jour des connaissances.

Les matériels d'endoscopie (endoscopes, urétéroscopes, cystoscopes) sont centralisés dans ce secteur. L'organisation est effective pour la mise à disposition des matériels au bloc opératoire (planning des interventions et fiches de prêt) .

Le traitement des endoscopes s'appuie sur plusieurs procédures en fonction du type d'endoscope utilisé, qui sont mises en œuvre au sein des salles de désinfection équipées et réservées à cet effet, par un personnel dédié et formé à cette pratique. La prévention des risques professionnels est organisée et le matériel de protection des professionnels est disponible et opérationnel (dosimètre, masques, lunettes, ...).

La prise en charge du risque ATNC est formalisée dans une procédure actualisée en novembre 2015. La séquestration ou la mise en quarantaine des endoscopes non conforme est également formalisée.

Les nombreux documents de procédures sont disponibles, connus et appliqués par les professionnels.

Conformément aux dispositions réglementaires, l'établissement assure le suivi et la maintenance préventive de ses installations et la mise en place de moyens nécessaires pour pallier à leur défaillance éventuelle. Le contrôle de la qualité de l'air est mené conjointement par le service technique et le cadre hygiéniste. La maintenance et le renouvellement des endoscopes sont effectifs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur d'endoscopie mettent en œuvre les organisations prévues.

Les règles de programmation en secteur d'endoscopie sont établies par la charte des plateaux techniques et sont respectées. Les activités d'endoscopie sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. Le circuit de cette programmation est connu par les cabinets des praticiens qui adressent la fiche médicale d'entrée au secrétariat par mail ou par fax. Un logiciel " Time Wise", permet à tous les intervenants la visualisation des programmes endoscopiques depuis tous les postes informatiques. Les plannings sont édités à J-1 par les cadres.

Lors de sa prise en charge, le patient est informé du déroulement de l'examen et des plaquettes explicatives lui sont remises. Le document de consentement signé est versé au dossier. Le compte rendu est remis au patient le jour de l'examen pour les patients hospitalisés, les résultats sont rédigés dans le dossier informatisé. L'ensemble des informations relatives à la prise en charge du pré, per et post endoscopie est tracée informatiquement dans le dossier patient. Tracabilité des DM.....

La check list HAS est formalisée verbalement et sa traçabilité est assurée dans le dossier patient informatisé.

Le risque ATNC est évalué et tracé dans le dossier patient.

Le respect des circuits est effectif et la marche en avant respectée. Les mesures de prévention des risques professionnels sont opérationnelles pour le risque infectieux et pour la radioprotection. Le nettoyage; la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les procédures définies.

Le bio nettoyage des salles est réalisé entre chaque patient par l'ASH formée selon la procédure.

Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation du fonctionnement du processus et de suivi des indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc...) et qualitatifs (taux de préparation colique conforme des patients hospitalisés, taux de transmission des éléments d'information entre les secteurs, taux de remplissage du risque ATNC...). Des tableaux de bord incluant ces indicateurs sont exploités et présentés au conseil des plateaux techniques chaque trimestre et lors des réunions de service. Des évaluations des pratiques professionnelles sont engagées : EPP sur la pertinence de la préparation colique chez l'adulte, évaluations parcours patient en endoscopie réalisées par la méthode des patients traceurs. Des enquêtes de satisfactions auprès des patients sont réalisées et les résultats analysés et suivis. Les événements indésirables sont recueillis et analysés, des RMM sont réalisées avec le service de chirurgie en cas de besoin. L'exploitation des résultats des indicateurs et évaluations permettent l'identification des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Des actions correctives sont déclenchées suite aux résultats des indicateurs et des analyses des événements indésirables. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel (PAQSS) qui est révisé et actualisé au regard de l'atteinte ou non des objectifs. La communication en interne est bien développée au travers des réunions de service, de la réunion mensuelle organisée par la cellule qualité (Quart d'heure qualité), du journal mensuel " la nouvelle", et le logiciel " Blue Médi". Les résultats et les différentes actions entreprises sont également présentés aux usagers via la CDU.