



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE MARZET

40 boulevard alsace lorraine
64000 Pau
DÉCEMBRE 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53

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

POLYCLINIQUE MARZET	
Adresse	40 boulevard alsace lorraine 64000 Pau
Département / région	PYRENEES-ATLANTIQUES / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	640000451	POLYCLINIQUE MARZET	40 boulevard alsace lorraine 64000 Pau
Etablissement de santé	640780938	POLYCLINIQUE MARZET	40 boulevard alsace lorraine 64000 Pau

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	79	/	30
MCO	Médecine	57	20	/

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

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

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Sujet âgé	Médecine HC	A définir	Non programmée	Simple	MCO
2	Adulte	Médecine HP	A définir	Programmée	Complexe-	MCO
3	Adulte	Chirurgie HC	chir. digestive	Non programmée	Complexe-séjour long-USC	MCO
4	Adulte	Chirurgie HP	chir. orthopédique	Programmée	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

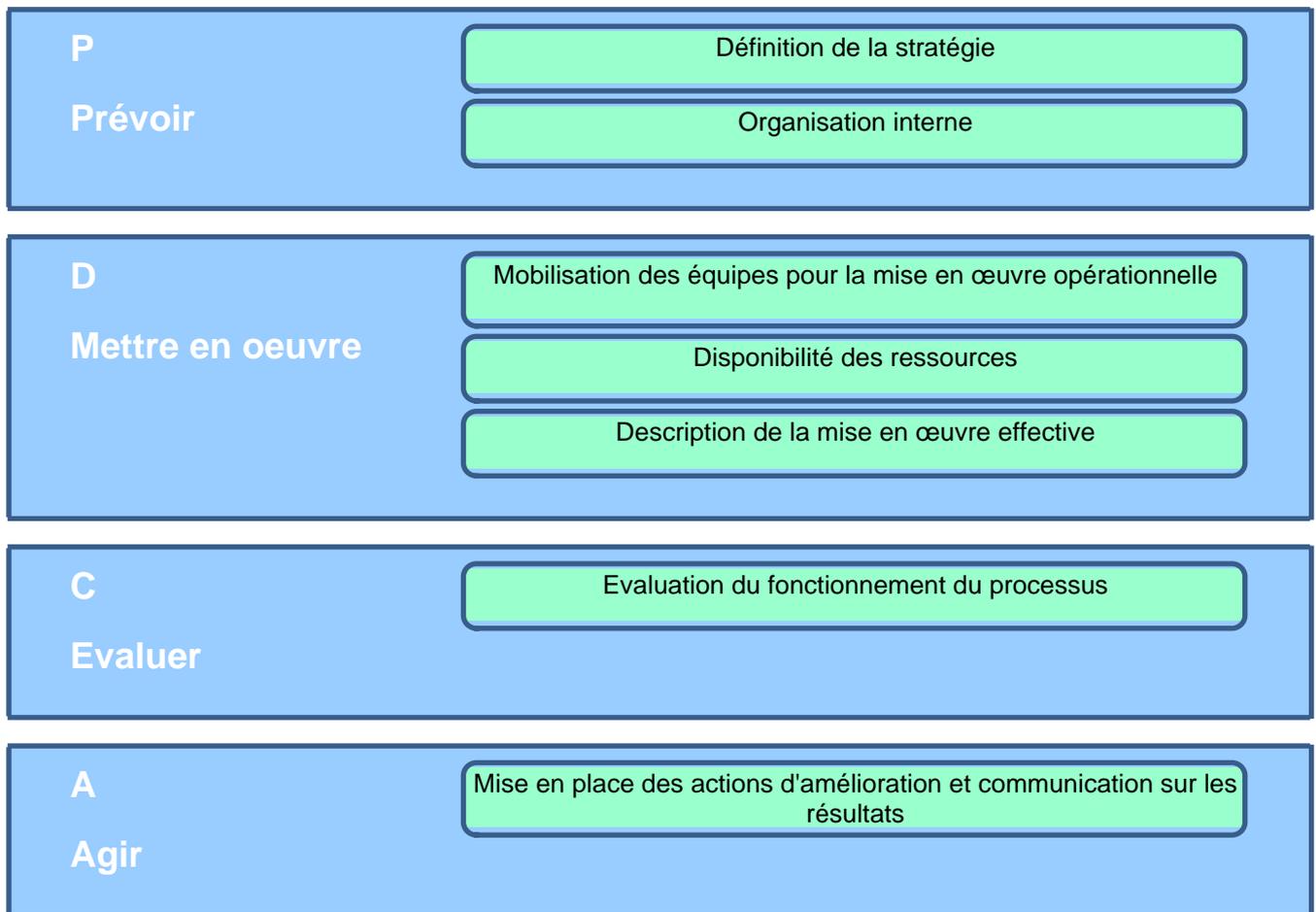
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique Marzet a établi une politique qualité gestion des risques pour les années 2016-2021 à l'occasion de l'arrivée dans l'établissement d'une nouvelle responsable qualité.

Cette politique est intégrée dans les orientations stratégiques d'établissement dans le projet d'établissement 2016-2021. Il en est fait également mention dans le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) 2012-2017 (orientation n°3 : renforcer la qualité des soins et des prises en charge et la capacité d'adaptation à faire face aux crises).

Les axes prioritaires ont été définis sur la base du bilan de la commission des usagers (CDU), des orientations du CPOM et du contrat de bon usage des médicaments (CBUM), de la hiérarchisation des risques a priori, des programmes des différentes instances de l'établissement, l'évolution de la réglementation et les recommandations de la HAS.

Cette politique élaborée par le Comité de Pilotage Qualité Gestion Des Risques (COPIL QGDR) a été présentée et validé en Comité de direction (CODIR) et en Commission médicale d'établissement (CME), ainsi qu'en CDU.

Cette politique comprend l'engagement de la direction, les 7 axes fondateurs de la stratégie qualité et gestion des risques de l'établissement, ainsi que l'organisation et les ressources en place pour la réaliser.

Les 7 axes définissant les principes fondateurs de la stratégie de l'établissement sont les suivants :

- _ Mettre en place le système d'amélioration de la qualité par une approche processus,
- _ Développer et pérenniser la culture qualité de soins notamment en lien avec le système de management et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- _ Satisfaire les attentes des patients et accompagnants en collaboration avec les représentants des usagers
- _ Répondre aux exigences des tutelles et pérenniser le système de veille réglementaire
- _ Déployer des outils de pilotage de la démarche qualité/gestion des risques
- _ Adapter le système de gestion documentaire à l'approche processus
- _ S'assurer de la dynamique des évaluations des pratiques professionnelles en cohérence avec la stratégie définie.

La stratégie de développement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) de la polyclinique est formalisée dans un paragraphe en annexe de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement. Celui-ci indique :

- _ la place de la commission EPP,
- _ les modalités de soumission d'un nouveau projet,
- _ le principe d'information des résultats d'EPP en CME,
- _ et enfin la volonté de la direction de déploiement des EPP sur l'ensemble de ses spécialités et activités de l'établissement ; de couvrir l'ensemble des thématiques du manuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) et d'intégrer les populations spécifiques fréquentant la clinique (personnes âgées, mineurs, et porteurs de maladie chronique).

La stratégie de la polyclinique Marzet pour sensibiliser et impliquer les professionnels dans la démarche de management qualité et gestion des risques est basée sur l'incitation à la déclaration d'événements indésirables, le plan de formation des personnels, et sur la participation aux campagnes nationales de sensibilisation thématiques (journée mondiale hygiène des mains, moi sans tabac, semaine sécurité des patients, semaine de la vaccination). Les professionnels sont informés de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et son annexe sur la stratégie de développement des EPP par leurs cadres, eux mêmes informés par le biais des instances de l'établissement.

La mise en œuvre de la politique de management qualité et gestion des risques est traduite dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

L'établissement a nommé un pilote de processus pour chacune des thématiques du manuel de certification V2014 de la HAS. Chaque secteur à risque a donc une déclinaison du PAQSS. Les actions du PAQSS sont définies directement par les pilotes de processus.

Par ailleurs, les cadres de santé des services de soins ont la possibilité d'inscrire des actions d'amélioration au PAQSS. Certains services organisent des réunions hebdomadaires au cours desquelles les problèmes et difficultés sont évoqués, donnant lieu à des actions d'amélioration.

Le PAQSS de la polyclinique est organisé sous la forme de plusieurs tableaux : un par thématique du manuel HAS dans un fichier informatique unique, disponible pour l'ensemble des pilotes et cadres via le réseau informatique.

Il inclut notamment des actions d'amélioration concernant les vigilances, la gestion de crise (plan blanc), la qualité de vie au travail, des mesures de mise en conformité à la réglementation. Les accréditations des médecins n'y figurent pas.

Pour chaque action, le PAQSS précise le responsable, la durée ou échéance, l'état d'avancée, les méthodes utilisées ou commentaires, les indicateurs en lien avec l'action sans préciser les modalités de suivi, et la communication des résultats.

Les actions à mettre en place sont priorisées sur la base des cartographies des risques a priori établies par les pilotes de processus. Il n'y a pas de règle institutionnelle visant à prioriser les actions de mise en conformité à la réglementation.

Le PAQSS est régulièrement présenté en COPIL MQGDR pour analyser les états d'avancée et les difficultés rencontrées. Un point est régulièrement fait en CME.

Les représentants des usagers (RU) ont connaissance de l'existence d'un PAQSS et d'un compte qualité. Seules certaines actions d'amélioration concernant les droits des patients font l'objet d'une communication lors de la commission des usagers.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation mise en place pour piloter la politique générale de management qualité et gestion des risques à la polyclinique Marzet est centralisée sur le COPIL QGDR, garant de l'application de la politique. Ce comité se réunit tous les trimestres.

Cette instance sert également de relais pour remonter les bilans, voire les difficultés, vers le comité de direction, la CME et les réunions d'encadrement. Elle coordonne les différents pilotes de processus en charge de la mise en œuvre de la stratégie QGDR de l'établissement. La directrice générale et le président de CME_ qui est également responsable des EPP_ en sont membres.

Le management opérationnel de la QGDR est assuré par chaque pilote de processus en collaboration avec l'instance ou groupe de travail correspondant :

- _ la CME qui tient lieu également de comité du médicament et des dispositifs médicaux, (4 réunions en 2016)
- _ la commission EPP, sous-commission du COPIL QGDR dont le président de CME est également le responsable EPP, (21 réunions en 2016)
- _ la cellule de gestion de crise, qui se réunit en cas de besoin
- _ le comité de lutte contre les Infections nosocomiales (4 réunions en 2016) et l'équipe opérationnelle d'hygiène,
- _ le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), (1 réunion en 2016)
- _ le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), (2 réunions en 2016)
- _ la commission des usagers, le comité d'identitovigilance (CIV) (4 réunions en 2016),
- _ la commission des admissions non programmées,
- _ le conseil de bloc, (1 réunion en 2016)
- _ le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT),
- _ le Comité de pilotage du système d'information (COPIL SI),
- _ le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH) (1 réunion en 2016).

La cellule qualité est organisée sous forme de pôle dont la RAQ est responsable. Cette personne a également été nommée coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) et responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Une fiche de poste a été formalisée pour définir ses différentes missions de RAQ. La quotité de temps dédiée à cette mission RAQ est de 1 jour par semaine pour la polyclinique Marzet.

La cellule qualité est chargée de gérer les événements indésirables déclarés par leur analyse pour transmission au pilote de processus concerné.

La gestion documentaire est déléguée au chef de pôle, la cellule qualité s'assure que les textes importants ont bien été reçus.

Pour favoriser la déclaration des événements indésirables par les professionnels, l'établissement a mis en place une incitation à la déclaration d'événements indésirables, des formations à l'outil de déclaration des personnels paramédicaux par la RAQ, ainsi qu'une sensibilisation des cadres.

L'ensemble des acteurs du dispositif de management qualité et gestion des risques de la polyclinique (pilotes de processus, vigilants, etc) bénéficie d'une fiche de mission définissant leurs rôles et missions, ainsi qu'une lettre de nomination signée par la directrice.

Le pôle qualité et gestion des risques est composé du responsable qualité /gestion des risques (commun aux 2 cliniques (polyclinique Marzet et Navarre) ; d'une assistante qualité plein temps, d'une infirmière référente en hygiène à mi-temps, d'un pharmacien hémovigilant et d'une technicienne de laboratoire dédiée à l'hémovigilance. Les besoins en formation initiale et continue sont redéfinis chaque année et tiennent compte des besoins formulés par les professionnels.

En 2016, la polyclinique a dispensé les formations inscrites au plan notamment sur les thématiques suivantes : Certification, Manager son équipe, Piloter le processus de prise en charge de la douleur, sensibilisation à l'éducation thérapeutique, Droit et information du patient, Promouvoir la bientraitance,

AFGSU (recyclage et 1er niveau). Par ailleurs, plusieurs thématiques ont été traitées par du personnel en interne : hygiène, Qualité de la prise en charge médicamenteuse, bonnes pratiques de transfusion.

La gestion documentaire est informatisée au moyen d'un logiciel spécifique. Les documents utiles sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques (procédure des procédures, organisation du service qualité gestion des risques, Règlement intérieur de la commission EPP, Règlement intérieur du COPIL QGDR, mode opératoire d'utilisation de la Gestion électronique de documents, politique d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient, Gestion des événements indésirables, gestion des plaintes, etc).

Des outils d'aide et d'accompagnement sont harmonisés et mis à disposition des pilotes de processus (analyse des attendus dont les éléments d'investigation obligatoire de l'HAS par thématique, un modèle type de carte d'identité de processus, un fichier type et une méthodologie afin d'établir une cartographie des risques, une maquette Word du compte qualité, ainsi qu'un tableau type harmonisé pour le PAQSS).

Des activités sont organisées au cours desquelles les thèmes qualité et sécurités sont abordés (semaine de la sécurité, journée mondiale d'hygiène des mains, semaine nationale du rein, semaine de la vaccination, moi sans tabac, mars bleu, octobre rose, affichage à destination des professionnels et des patients...).

La polyclinique s'est non seulement engagée dans le programme 'hôpital numérique' mais a été retenue comme établissement pilote, pour des outils de pilotage médico-économique (D5).

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales de qualité, vigilance et veille sanitaire.

Le plan de sectorisation en cas d'admission d'un patient porteur de bactérie hautement résistante a été ajouté en 2016 au plan blanc élaboré en 2015. Par ailleurs, une annexe est en cours de rédaction concernant la gestion du risque d'attentat.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle de la politique qualité et gestion des risques à la polyclinique Marzet repose sur les cadres de santé.

Ceux-ci sont informés des actions du PAQSS, de leur suivi, ainsi que des indicateurs à l'échelle de l'établissement en réunion de cadres, où un point qualité est régulièrement fait par la RAQ. Ils transmettent ensuite l'information aux professionnels, via la réunion hebdomadaire d'équipe.

La mobilisation des cadres autour du PAQSS est effective. Le PAQSS est consultable et peut être complété par les cadres de santé au même titre que les pilotes de processus. Comme eux, ils peuvent ajouter des actions d'amélioration propres à leur service et en assurer le suivi, ou suivre au fil de l'eau des actions propres à une thématique qui concerne plus particulièrement leur service.

La plupart des cadres utilisent la réunion hebdomadaire d'équipe pour identifier les risques propres au service, aux populations spécifiques du service ou encore aux attentes des usagers. Ces problématiques sont analysées entre les professionnels paramédicaux de terrain afin de définir ensemble les actions d'amélioration consensuelles. Les points critiques des processus à risque sont sous surveillance et contrôlés au niveau de chaque secteur d'activité concerné.

Certains cadres, dont le cadre de chirurgie ambulatoire notamment, suivent de près des indicateurs propres aux spécificités de leurs services (exemple : taux de rotation des lits, satisfaction des patients pour les actes ambulatoires choisis comme traceurs car critiques, etc).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les disponibilités en compétences pour la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques de la polyclinique Marzet sont adaptées aux risques et aux besoins liés aux activités.

Les professionnels en poste sont formés. Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du logiciel QGDR et GED. De nombreux référents sont nommés (correspondants hygiène, CLUD, CLAN).

Le système d'information est en place et en cours d'adaptation aux besoins, avec accessibilité des professionnels au logiciel de QGDR et GED sur les postes informatiques des salles de soins et les ordinateurs portables sur chariots mobiles.

Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles. Le dispositif de gestion documentaire informatisé est connu des professionnels rencontrés dans les services investigués. Le système de mise à jour des documents n'est pas très bien connu et des documents de version différentes cohabitent sous format papier et informatique.

Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent et participent à leur élaboration, comme par exemple pour la check liste de sortie des patients en chirurgie ambulatoire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'effectivité de la mise en œuvre de la politique qualité et gestion des risques à la polyclinique Marzet a été investiguée dans les services de chirurgie ambulatoire et médecine polyvalente.

Les 7 axes de la stratégie qualité de l'établissement ne sont pas réellement connus des professionnels de terrain. Mais ces derniers sont capables de citer de nombreux objectifs opérationnels spécifiques à leur service dans des domaines tels que la prise en charge médicamenteuse, la gestion du risque infectieux, ou encore le parcours patient.

Le dispositif de gestion événements indésirables est approprié et connu des professionnels rencontrés, permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.

Les équipes participent à l'élaboration des procédures et autres documents, à la déclaration, à l'analyse des causes profondes, plus rarement au traitement des événements indésirables.

Ils sont sollicités pour la mise en œuvre d'actions d'améliorations issues :

_des évaluations des pratiques (EPP, revue de morbi-mortalité, comité de retour d'expérience, réunion de concertation pluridisciplinaires, Audits),

_du recueil des indicateurs qualité et sécurité des soins,

_du traitement des plaintes et réclamations,

_du retour des questionnaires de satisfaction des usagers.

Ils participent aux activités au cours desquelles des thèmes qualité et sécurité sont abordés (réunions de service, journée dédiée, actions de sensibilisation des patients...).

Une revue de morbi-mortalité (RMM) est en place pour l'ensemble de l'activité chirurgicale, et une seconde dédiée à l'activité d'oncologie. La réunion de concertation pluridisciplinaire n'est pas en place en chirurgie bariatrique.

La CDU n'est pas directement sollicitée pour élaborer le PAQSS. Elle est informée des résultats des évaluations de la satisfaction des usagers.

Le dispositif de recueil des attentes des usagers et de leur niveau de satisfaction est organisé. Il consiste à remettre le questionnaire de satisfaction aux patients avec le livret d'accueil. Le taux de retour des questionnaires est de 10% pour 2016, relativement stable dans le temps. Aucune action d'amélioration autour de ce constat n'a été retrouvée dans le PAQSS.

Les plaintes et réclamations sont présentées en CDU ainsi que les remerciements et dons. L'examen des demandes de dossiers des patients et la conformité des délais d'envoi font l'objet d'une analyse et d'un suivi très attentif de la part des représentants des usagers.

Les actions d'amélioration du PAQSS concernant la thématique « droit des patients » sont rapportés en CDU.

Les usagers sont fortement impliqués et forces de proposition d'action d'amélioration. Ils sont informés des suites données à leurs demandes comme par exemple la révision des roues du parc de chariots ayant fait l'objet de plaintes dues au bruit.

Les plaintes et réclamations sont systématiquement vues par la directrice de l'établissement. Le dispositif prévoit l'envoi systématique d'un accusé-réception au plaignant, et la signature de la réponse de l'établissement par la directrice générale.

L'intervention des associations d'usagers est organisée essentiellement autour de visites des représentants dans le service d'oncologie/ soins palliatifs. Ce dispositif est complété par l'accès aux coordonnées des représentants des usagers auprès des secrétariats médicaux des services de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de qualité et gestion des risques de la polyclinique Marzet pour mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux est réalisée sur la base :

_du recueil et de l'analyse des données et évaluations issues des secteurs d'activités,

_d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement.

Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord de la cellule qualité pour l'ensemble de la clinique. Ce tableau, tenu à jour par la RAQ/CGRAS/responsable de l'EOHH, intègre le nombre d'événements indésirables, le taux de retour des questionnaires de satisfaction de patients, le nombre de plaintes et réclamations, le nombre de communications relatives à la QGDR, le nombre et l'état d'avancée des EPP, le nombre d'alertes de vigilance réglementaires, ...

Concernant les EPP, le tableau de bord est revu périodiquement dans le cadre de la commission EPP afin de ré-évaluer l'état d'avancement des EPP existantes et d'intégrer des nouvelles EPP engagées et choisies

selon la politique établie par l'établissement.

Le PAQSS fait l'objet d'une évaluation trimestrielle en COPIL QGDR et des réajustements nécessaires. Le programme est évalué au vu des actions et délais fixés. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés, ou, le cas échéant, modifiés, avec justification. En cas de difficultés de réalisation, un groupe de travail spécifique est missionné par le COPIL QGDR.

Les bilans sont présentés en CODIR, CME, et en réunions d'encadrement.

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs et comprend le suivi des adaptations éventuelles.

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont définis. Un suivi de son état de maturité est réalisé lors de chaque COPIL QGDR, avec le taux d'actions menées, en cours, non réalisées, abandonnées ou en retard.

Il est prévu que la politique de management qualité et gestion des risques incluant la stratégie de développement des EPP soit révisée a minima tous les 5 ans.

La Cellule QGDR intervient de façon régulière lors de publications dans le journal interne (« les news »), via les notes de la direction, sur la GED, et en réunions de cadres, où elle relaie, promeut et communique sur toutes les actions concourant à la mise en œuvre des démarches de certification des EPP, retour d'expérience, campagnes de recueil des indicateurs qualité sécurité des soins et autres indicateurs.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés, ainsi qu'aux usagers via un affichage dans le hall de l'établissement.

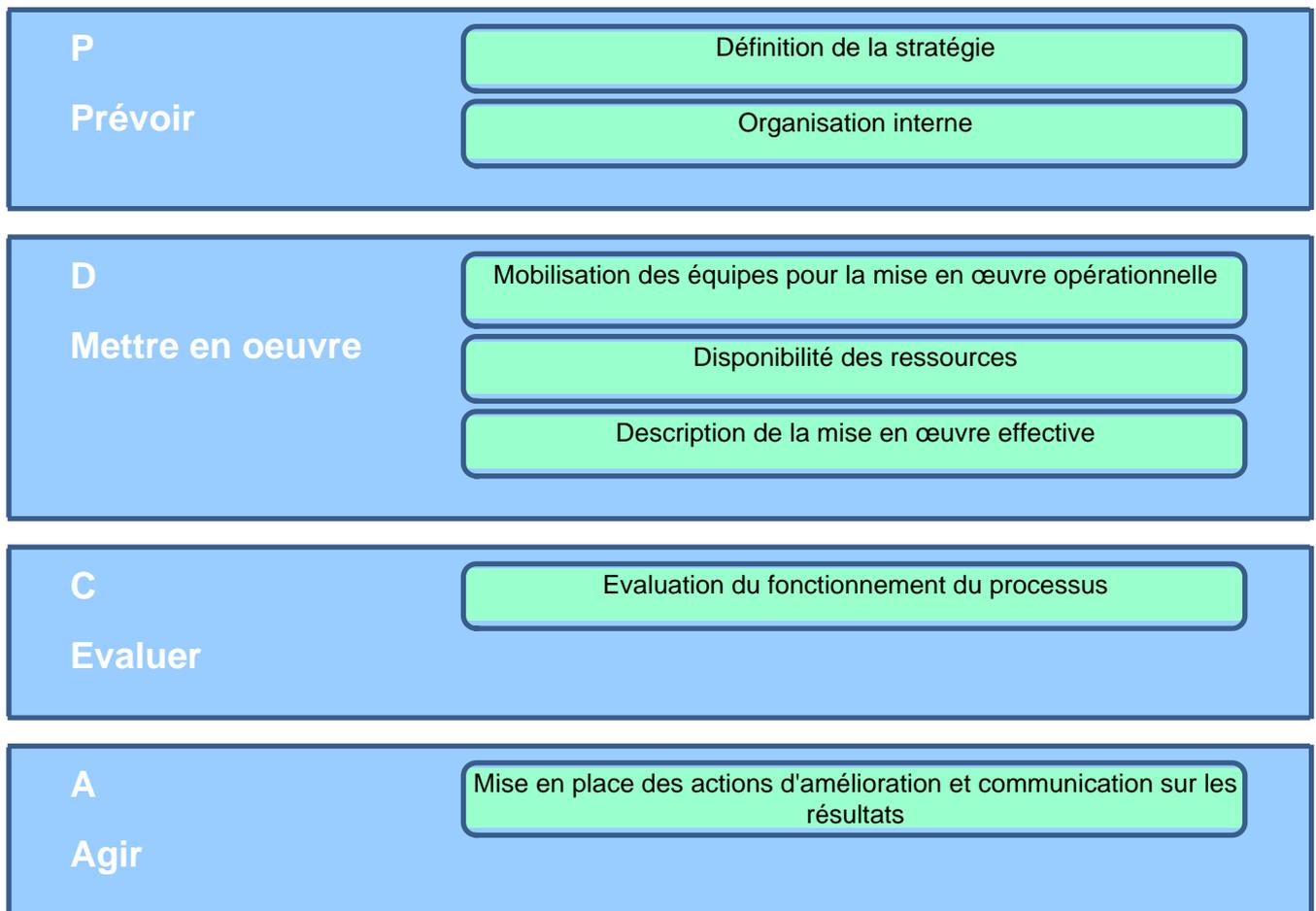
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les missions et principales activités de la polyclinique Marzet dans le domaine de la gestion du risque infectieux sont :

- la prévention, la surveillance, l'évaluation et la formation/information du personnel au risque infectieux avec plusieurs activités à haut risque infectieux : l'unité de soins continus, endoscopies et le bloc opératoire ;
- le bon usage des antibiotiques ;
- l'activité de bionettoyage des locaux et équipements ;
- les activités d'hôtellerie (gestion des déchets et les travaux gérés en partie en interne, et linge, restauration externalisés) ;
- les contrôles environnementaux qui sont externalisés et répartis entre 3 laboratoires prestataires.

La stratégie de gestion du risque infectieux à la polyclinique Marzet a été établie par un groupe de travail pluridisciplinaire constitué du responsable qualité (RAQ) / coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), de la directrice des soins, de l'infirmière chargée de l'hygiène et du président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Ce groupe a recensé ces risques à partir de l'exploitation des données des indicateurs du tableau de bord, et du bilan des fiches d'événements indésirables propres au risque infectieux. Ces risques ont été cotés (fréquence, gravité et niveau de maîtrise) puis priorisés en fonction des objectifs attendus de l'établissement pour les indicateurs du tableau de bord des infections associées aux soins, notamment ICALIN2 et ICALISO. Un plan d'action a ensuite été établi et soumis au CLIN pour validation, puis en réunion de correspondant pour information.

Pour établir le compte qualité, les actions terminées ont été écartées, pour ne conserver que celles non maîtrisées, toujours en cours ou non initiées. Ce plan d'action est géré par la RAQ.

Ce même groupe de travail a également établi une carte d'identité du processus de gestion du risque infectieux, ainsi qu'une formalisation de la politique et des objectifs dans le règlement intérieur du CLIN complété par la procédure d'organisation d'infectio-vigilance de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne de la polyclinique Marzet quant à la politique de gestion du risque infectieux est basée :

- sur le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) dont le président est un chirurgien ORL depuis début 2016,
- sur l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH)
- et sur les correspondants infirmiers, associés à un aide-soignant ou un agent de service hospitalier dans chaque service.

Concernant l'organisation mise en place pour le bon usage des antibiotiques, la polyclinique a fait le choix de gérer cette thématique, comme pour toute prise en charge médicamenteuse, au sein de la commission médicale d'établissement (CME). Par ailleurs, l'un des biologistes du laboratoire d'analyses médicales partenaire a été nommé référent infectieux pour les avis / conseils aux prescripteurs.

Le bionettoyage est, quant à lui, réalisé par une équipe centralisée de professionnels de la clinique à l'exception du bloc opératoire et de la stérilisation pour lesquels les agents de service (ASH) dépendent directement du cadre de bloc. L'encadrement de l'équipe centralisée est confié à un personnel d'un prestataire externe. Les cadres transmettent tous les matins des prévisions de sortie, et un ajustement est fait lors de la réunion d'équipe en début d'après-midi en fonction des modifications de sorties ou d'horaire.

L'ensemble de cette thématique est piloté par la RAQ, qui est également la coordonnatrice de la gestion des risques et responsable de l'EOH, et aussi la seule personne de la clinique formée en hygiène hospitalière, au moment de la visite.

Les besoins en compétences sont définis par l'établissement en prenant en compte les besoins de la polyclinique Marzet et de la clinique de Navarre qui appartiennent au même propriétaire.

Une IDE a été recrutée, avec 50% de temps sur chacune des 2 cliniques début 2016. La formation de cette personne, au Diplôme Universitaire en hygiène hospitalière, est inscrite au plan de formation 2017. La

RAQ, arrivée au même moment dans la clinique, a été nommée responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène, étant seule détentrice du DIU d'hygiène hospitalière.

Un biologiste médical du laboratoire prestataire a été nommé responsable du signalement externe des infections nosocomiales.

Le dispositif en place pour répondre aux besoins de compétences est basé sur les sensibilisations des professionnels faites par l'infirmière référente en hygiène, les journées de sensibilisation (journée Hygiène des mains, semaine de la sécurité des patients) et sur les réunions des correspondants. Les ASH sont formés à leur arrivée par compagnonnage par l'encadrement.

La sensibilisation au bon usage des ATB est organisée sous la forme d'une rencontre avec les pharmaciens lors de l'arrivée de nouveaux médecins à la polyclinique. Des rappels de ces règles sont faits en CME ; Toutefois, il n'y a pas de formation structurée et périodique des prescripteurs après leur accueil dans l'établissement.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés à partir des exigences du tableau de bord des infections nosocomiales. Leur diffusion est assurée par l'outil informatique institutionnel de gestion documentaire (GED). Concernant le bon usage des antibiotiques, un guide élaboré par les pharmaciennes est diffusé dans la GED. Les protocoles de bionettoyage sont élaborés par l'encadrement de la société externe, avec l'appui de l'IDE en hygiène s'il en est fait la demande.

Le matériel nécessaire au bio nettoyage est mis à disposition des ASH par la polyclinique.

Les interfaces avec le laboratoire externe, les services de soins, les médico-techniques, les services techniques chargés des travaux, l'ingénieur biomédical, sont opérationnelles. Les activités de contrôles bactériologiques environnementaux sont sous-traitées dans trois laboratoires externes ; les non-conformités sont gérées par l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'articulation avec le coordonnateur de la gestion des risques est facilitée puisqu'il s'agit de la responsable qualité, en charge de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

A la polyclinique Marzet, la mobilisation des équipes concernant la gestion du risque infectieux repose

- sur les cadres de santé qui sont, tous, membres de droit du CLIN,
- sur les investigations et sensibilisations au sein des services de l'IDE en hygiène lors de la détection d'évènements alertes
- et sur les correspondants paramédicaux des services de soins.

Depuis 2016, les cadres participent aux formations /sensibilisations proposées par l'IDE en hygiène afin de pouvoir transmettre les bonnes pratiques et vérifier leur application.

Par ailleurs, l'IDE en hygiène réunit les correspondants paramédicaux, et les cadres s'ils le souhaitent, 4 fois par an, avant chaque CLIN.

La mobilisation des prescripteurs au bon usage des antibiotiques repose sur le rappel des règles de bonnes pratiques au travers des compte-rendus de CME. Quant à la mobilisation des ASH concernant le bionettoyage, elle repose sur les évaluations périodiques de l'état de propreté visuelle par l'encadrement, leur participation aux réunions quotidiennes avec l'encadrement, ainsi qu'aux réunions hebdomadaires de service - pour les services qui les organisent.

Les professionnels rencontrés dans les services investigués avait été sensibilisés à l'hygiène des mains, aux précautions standard, ou encore à l'élimination des objets piquants coupants tranchants.

Ils avaient bénéficié également de sensibilisation aux risques infectieux liés aux chambres implantables dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles. Aucun soignant, ni cadre ne connaissait la consommation de solution Hydro-alcoolique de son service.

Les ASH rencontrées dans les services avaient connaissance des résultats des évaluations de leur travail, faites par l'encadrement.

Au cours des visites réalisées dans les services de soins, les médecins n'étaient pas disponibles, et leur connaissance du dispositif de l'établissement sur le bon usage des antibiotiques n'a pas pu être investigué.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences disponibles dans le domaine de la gestion du risque infectieux à la polyclinique Marzet sont, entre autres, constituées de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Celle-ci est composée :

- du RAQ ayant le rôle de responsable d'équipe, formé à l'hygiène par un Diplôme universitaire (DU),
- d'un 50 % d'IDE en charge de l'hygiène (seul personnel de l'équipe à disposer de temps dédié à la gestion du risque infectieux),
- du président du CLIN,
- du référent antibiothérapie qui est aussi biologiste dans le laboratoire d'analyse médicale externalisé
- d'un pharmacien formé à l'hygiène (DU).

Des sensibilisations et/ou formations sont organisées par l'IDE en hygiène par le biais des réunions des correspondants 4 fois par an. Par ailleurs, elle réalise également des sensibilisations au sein des services sur demande ou suite à la détection d'évènement infectieux alertes, ou encore, dans le contexte d'EPP. Les formations/sensibilisations ayant été dispensées aux professionnels de terrain entre 2016 et 2017 portaient notamment sur les précautions standard, les précautions complémentaires, la prévention des infections sur voies veineuses périphériques, l'utilisation des plateaux de soins pour éviter les accidents d'exposition au sang, la journée d'hygiène des mains.

L'hygiène des locaux est réalisée par une équipe de 21 agents de service hospitalier (ASH). Ces agents sont formés et accompagnés, sur une journée, lors de leur prise de fonction, par l'encadrement.

Le biologiste, référent infectieux de l'établissement, ne dispose pas de temps dédié propre à cette mission.

Dans les services de soins, les professionnels connaissent l'existence de protocoles / instructions / mode opératoire sur la gestion du risque infectieux. Ils savent les retrouver dans la GED institutionnelle de l'établissement. Par ailleurs, le formulaire de signalement d'une infection nosocomiale est connu et utilisé ; les cadres s'assurent que les signalements ont été faits et transmis à l'IDE en hygiène.

Les ASH ont accès à la GED de l'établissement pour pouvoir consulter les protocoles les concernant comme « patient porteur de Clostridium difficile » par exemple.

Les équipements nécessaires à l'application des précautions standard sont disponibles (gants, produit hydro-alcoolique, tablier usage-unique, etc). Des chariots sur roulettes sont mutualisés pour faciliter le respect des règles d'habillement en cas de précautions complémentaires.

Concernant le bionettoyage, les personnels disposent d'un appareil vapeur pour le bloc opératoire, et de la microfibre pour les services de soins. Par ailleurs, des centrales de dilution sont à disposition dans chaque local sanitaire des services pour réaliser la dilution des produits de façon automatisée. L'achat des produits est lié à la mise en place et la maintenance des centrales de dilution. Le matériel est donc défini, disponible en nombre, entretenu et maintenu.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la gestion du risque infectieux à la polyclinique Marzet a été investiguée dans les services de soins continus, et en chirurgie orthopédique.

Les observations qui ont pu être menées dans ces services ont montré des pratiques conformes aux recommandations dans le domaine de la gestion du risque infectieux.

L'hygiène des mains est pratiquée ; les préalables sont, globalement, respectés (absence de bijoux, ongles courts, manches courtes...).

Les services visités étaient équipés conformément aux règles de bonnes pratiques (gants, tabliers usage unique, surblouses manches longues usage unique, solution hydro-alcoolique, flacons d'antiseptiques datés, collecteurs d'objets piquants coupants tranchants presque toujours daté...).

Les interfaces sont opérationnelles entre les professionnels de terrain, l'équipe opérationnelle d'hygiène et les différents acteurs impliqués qu'ils soient internes (bionettoyage, fonction achat service technique, cellule qualité) ou externalisés (laboratoire, linge, déchets, entretien des centrales de dilution).

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est également le RAQ de l'établissement. Cette personne est également en charge de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les instances opérationnelles et leurs attendus sont portés à la connaissance des personnels : le CLIN se réunit quatre fois par an (4 réunions en 2016 et 2 en 2017 avant le passage la visite) tout comme les correspondants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du risque infectieux à la polyclinique Marzet se décline autour de plusieurs dispositifs pérennes :

- Surveillance continue et toute l'année des suspicions d'IN et des Bactéries multirésistantes (BMR) à partir des résultats de bactériologie positifs et des signalements d'IN des services ;
- Surveillance nationale des BMR pendant 3 mois ;
- Surveillance des Infections du site opératoire pendant 2 mois de l'année mis en place en 2016 selon les modalités du protocole national ;
- Contrôles environnementaux (eau, air, surfaces, endoscopes, ...)
- Contrôles mensuels de l'état de propreté visuelle dans chaque service, complétés par des contrôles de surfaces dans les infirmeries pour le bionettoyage ;
- Suivi des indicateurs du tableau de bord des infections associés aux soins dont l'analyse des causes profondes des bactériémies à SARM ;
- Suivi des consommations d'antibiotiques, analysées et diffusées par la pharmacie. Les données concernant l'écologie bactérienne de l'établissement ne peuvent actuellement pas être extraites du logiciel métier utilisé par le laboratoire prestataire de l'établissement.

D'autres dispositifs d'évaluation sont organisés de façon plus ponctuelle :

- Audit sur les activités d'endoscopie dans le cadre d'une EPP ;
- EPP sur les mesures de prévention des risques infectieux liés aux cathéters périphériques ;
- EPP sur les mesures de prévention des risques infectieux liés aux chambres implantables ;
- Audit sur la traçabilité à 48, 72 heures ;
- Audit de la préparation cutanée de l'opéré via la surveillance des ISO 2016.

Le dispositif d'évaluation de la gestion du risque infectieux est structuré et piloté par la RAQ et la responsable de l'équipe d'ASH. Les résultats d'évaluation sont régulièrement présentés en CLIN et en Comité de Pilotage (COPIL) MQGDR. En fonction des résultats obtenus les grandes orientations sont ajustées par le CLIN.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration autour de la gestion du risque infectieux sont en cours à la polyclinique Marzet, notamment :

- le changement des modalités de surveillance des ISO suite aux résultats de la surveillance globale des ISO en 2016. En effet, le CLIN a décidé de mettre en place la surveillance ciblée sur certaines interventions et pour chaque discipline chirurgicale ; l'objectif est notamment, d'améliorer le dispositif de détection des ISO par l'analyse en continu par l'IDE en hygiène des données bactériologiques en provenance du Bloc opératoire ;
- le dispositif de repérage en continu des IN et BMR à partir des données du laboratoire permet de définir, en collaboration avec les services, les actions d'amélioration au plus proche de leurs besoins et tout au long de l'année, avec le cas échéant, une analyse des causes profondes.

Concernant la traçabilité de la ré-évaluation du traitement antibiotique à 48, 72 heures dans le dossier, le logiciel « dossier patient » déployé depuis 2013, permet de tracer la ré-évaluation au niveau des observations médicales. Il ne dispose pas de fonction d'alerte.

L'audit réalisé en 2016 par l'établissement, montre un taux de conformité à 29%. Le cahier des charges du nouveau logiciel « Dossier Patient », qui doit être déployé avant fin 2017, a pris en compte le besoin d'une alerte automatisée des prescripteurs. Dans l'attente de cette solution, la dispensation des antibiotiques surveillés est effectuée sur le même mode que les autres médicaments sans limitation ou conditions préalables.

Le plan d'action de la gestion du risque infectieux est structuré et piloté par la RAQ. Le fichier partagé PAQSS de l'établissement est régulièrement remis à jour en préparation des réunions du COPIL MQGDR. L'état d'avancée des actions d'amélioration est régulièrement présenté en CLIN. En fonction des résultats obtenus les grandes orientations sont réajustées.

L'établissement, racheté en 2013, a relancé sa politique de gestion du risque infectieux début 2016 avec la mise en place d'un temps dédié d'IDE et la nomination de la RAQ responsable de l'équipe afin de pouvoir bénéficier de sa formation. De nombreuses recommandations ont été formalisées, et les dispositifs de surveillance ont été complètement réorganisés à cette occasion, permettant de redynamiser cette activité.

Pour communiquer auprès des professionnels, plusieurs instances sont utilisées : le CLIN dont les cadres sont membres, les réunions des correspondants, les opérations de sensibilisation comme la journée d'

hygiène des mains, ou encore les sensibilisations sur place dans les services de soins, le journal 'les news' disponible dans la GED, les « notes » de la direction...

L'établissement a retenu le principe d'invitation des usagers à la réunion de CLIN, où sont présentés le bilan d'activité et le programme d'action. Les représentants des usagers rencontrés lors de la visite n'ont jamais participé à une telle réunion.

Plusieurs documents ont été élaborés pour faciliter la communication avec les usagers notamment sur la gale ou les BMR.

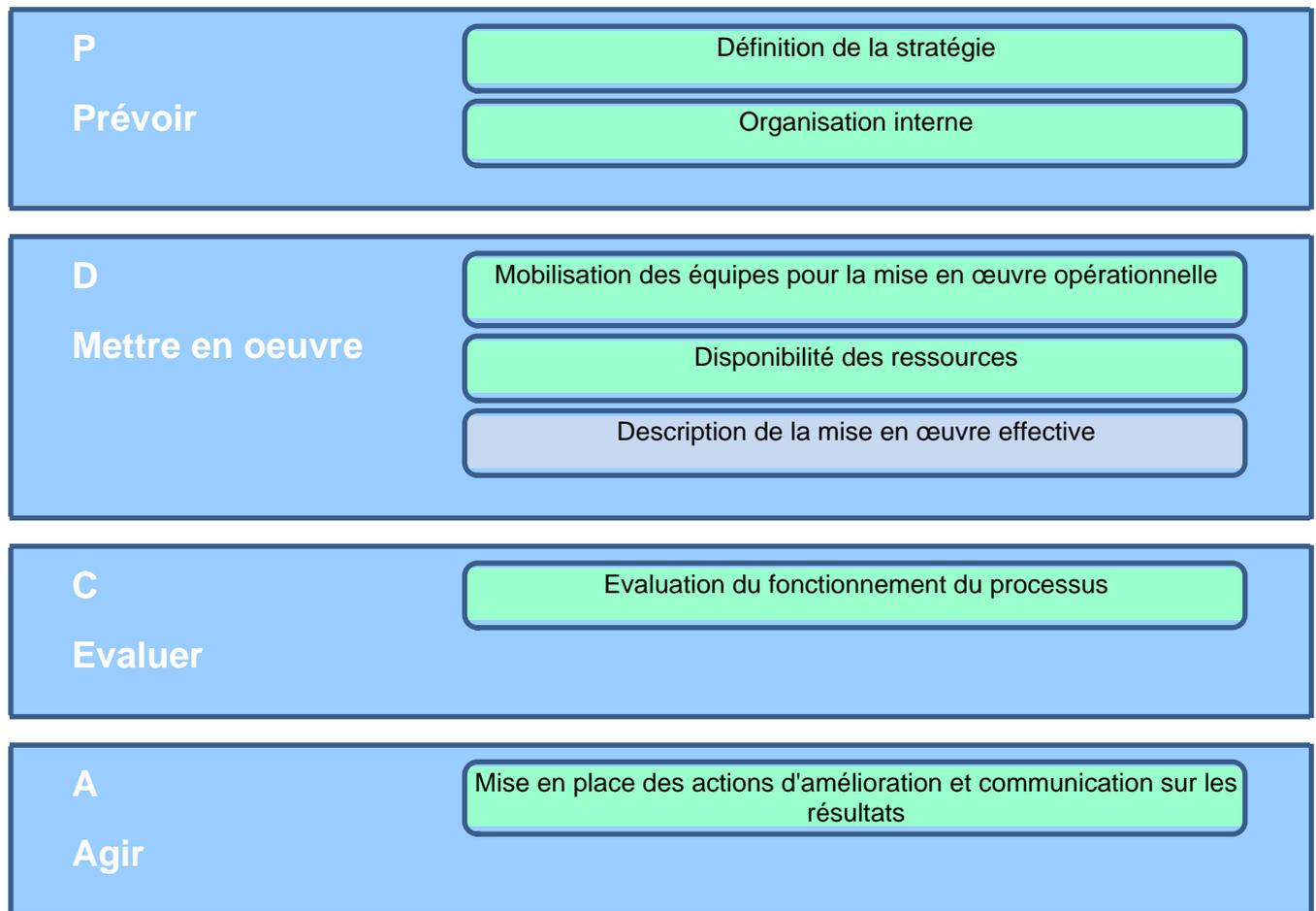
DROITS DES PATIENTS

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits du patient est un des fondamentaux de l'établissement.
Le respect de ses droits est inscrit dans le projet d'établissement et relayé dans le projet de soins. La stratégie et les objectifs sont définis à partir des principes énoncés par la Charte du Patient Hospitalisé, la Loi du 04 mars 2002 et des principes visés par le Contrat d'Objectifs et de Moyens 2012-2017.
Le projet de soins accorde une place importante aux droits des patients: respect de la dignité, de la liberté, des valeurs culturelles, des volontés, information, fin de vie...
De même, dans le livret d'accueil, un volet détaillé est consacré aux droits des patients et à l'information (démarche qualité, dossier médical, personne de confiance, consentement éclairé, directives anticipées, charte des patients, bientraitance).
L'identification des besoins et des risques s'est révélée à partir des audits, des questionnaires de satisfaction et des réclamations qui ont permis d'établir la cartographie des risques liée aux droits du patient.
L'avis, la participation des représentants des usagers et la validation par la CDU ont été obtenus lors des différentes réunions de l'instance.
La stratégie des droits du patient est déclinée dans le programme d'actions institutionnel qui est formalisé et priorisé tel que présenté dans le compte qualité, à la thématique correspondante.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour assurer le pilotage.
Les pilotes en charge de la mise en oeuvre de la politique bientraitance et droits du patient, en lien avec la CDU, la CME et la cellule qualité sont identifiés. Leurs missions et mode de fonctionnement sont définis. Les pilotes assurent le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués sont également précisés dans leur fiche de poste.
Les ressources nécessaires sont identifiées.
Les ressources humaines sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation sont en cohérence avec les objectifs et les modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont définies. La clinique accueille des stagiaires en DU soins palliatifs.
Sur le plan formation 2017, le bilan des demandes comprend une demande de DU soins palliatifs, plusieurs demandes de prise en charge de la douleur, prise en charge de la personne âgée, toucher dans le soin et sophrologie...
Les besoins en ressources documentaires sont identifiés et formalisés. Il existe de nombreux documents sous forme d'affiches, flyers et protocoles en lien direct avec les droits des usagers : dommages liés aux soins, refus de soins, signalement des cas de maltraitance, dispositif d'annonce, charte Bientraitance, recueil des directives anticipées, recueil de la personne de confiance, hospitalisation sous anonymat et non divulgation de présence, modalités d'accès du patient à son dossier...
L'établissement a adapté ses locaux, ses équipements et sa signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers : salon des familles, salon de sortie, paravents, vitres filmées, chambres seules en majorité.
La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en oeuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion des droits du patient. Le service qualité a pour charge de suivre cette gestion, aidé des pilotes du processus.
La question de la promotion de la bientraitance et des droits du patient est transversale et concerne chaque secteur d'activité : clinique, administratif et logistique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle est effective. Compte tenu des risques et besoins identifiés, chaque responsable de secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle au niveau de son service. Des actions de sensibilisation sont mises en oeuvre. Elles portent sur la confidentialité, le respect de la dignité, la bientraitance, le dommage lié aux soins, le respect des libertés individuelles (isolement septique, contentions, refus de soins, volontés du patient au regard de la loi Leonetti, respect des convictions religieuses.....). Les responsables s'assurent que les procédures soient connues et partagées de tous et veillent à la conformité des pratiques par des audits et des contrôles ponctuels. Sont concernés le respect de l'intimité lors des soins, la bonne utilisation des contentions, la traçabilité de la personne de confiance,

la traçabilité de la douleur, la traçabilité du consentement du patient dans le dossier....
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et communiquées lors des staffs pluridisciplinaires ou réunions de service.
Les équipes se mobilisent autour des situations à risques et des prises en charge spécifiques (enfants, personnes âgées, situations de handicap, fin de vie, agitation). Elles sont encouragées à exprimer les difficultés rencontrées et à discuter du déroulement et de la coordination des activités. Elles signalent tout événement indésirable relatif au respect des droits.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles pour assurer le respect des droits du patient.
Les personnels soignants, les rééducateurs, l'assistante sociale, les psychologues et les professionnels impliqués dans les soins de support (sophrologue, réflexologue, socio-esthéticienne, diététicienne) sont en place pour offrir un accueil personnalisé et un soutien à l'entourage.
Les formations des professionnels intègrent la dimension des droits du patient.
Ainsi, les formations dispensées pour ces deux dernières années sont: la bientraitance, l'accueil des patients, le dispositif d'annonce, le toucher dans le soin, l'accompagnement en fin de vie, la promotion de la bientraitance, la prise en charge du patient cancéreux, la prise en charge de la douleur et droits du patient pour un représentant de chaque service et l'assistante sociale.
Des sensibilisations sont organisées autour de la confidentialité, du respect de la dignité, des modalités de gestion du refus de soins (situation qui s'est présentée au service des urgences et en cancérologie).
Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs. Le livret d'accueil remis à l'entrée de tout patient décline ses droits. La charte du patient hospitalisée est affichée à tous les points stratégiques de l'établissement. Elle est disponible à l'accueil en langues étrangères et en braille. Les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles à l'accueil et aux secrétariats médicaux.
Les professionnels ont à leur disposition les protocoles ou procédures portant sur le droit des patients : déclaration de situations de maltraitance, désignation de la personne de confiance, livret sur les différents rites mortuaires etc...
Les modalités de signalement des cas de maltraitance définies et diffusées. En ce qui concerne la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, celle-ci est décrite dans la procédure « annonce d'un dommage associé aux soins ». Il existe également une version simplifiée de la procédure.
Dans le règlement intérieur du service des urgences, un paragraphe "Charte" est consacré au principe de respect du patient et de ses droits.
Les procédures sont consultables sur la base de gestion documentaire.
Le patient bénéficie de ressources documentaires concourant à son information (livret d'accueil, charte bientraitance, guides, passeport chimiothérapie ambulatoire, coordonnées des associations et bénévoles).
Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose de chambres particulières et de quelques chambres à 2 lits. Des équipements, type paravents sont en place afin de garantir le respect de l'intimité en chambre. Le parc des lits accompagnants est renouvelé.
Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap. Un système de location de matelas anti-escarres est en place.
Des salons d'accueil des familles sont présents dans une majorité de services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le respect des droits des patients est mis en oeuvre : respect de l'intimité, la dignité, la confidentialité, l'accueil personnalisé, notamment pour l'entourage des patients en soins palliatifs.
Un matériel adéquat est utilisé par les professionnels lors de prescriptions médicales de contention réévaluées au quotidien. Un consensus au sein des équipes s'est dégagé pour une limitation des pratiques de contention. Les projets de prise en charge de certains patients agités ou désorientés précisent que ces derniers sont hébergés dans des chambres à proximité des postes de soins afin de faciliter leur surveillance.
Dans les situations qui le justifient, il est mis en place un accueil personnalisé (horaires de visites adaptés, lit d'appoint, plateaux repas). Le soutien de l'entourage est effectué par les deux psychologues de l'établissement et par les intervenants associatifs de soins palliatifs selon accord du patient.
A la demande, des bénévoles d'aumôneries accompagnent le patient ou son entourage. De même, les représentants des cultes interviennent sur sollicitation.
L'organisation et les pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont effectives comme par exemple l'utilisation du bureau d'entretien en ambulatoire et soins palliatifs ou la mise en veille automatique des écrans des ordinateurs portables avec codes d'accès.
Les recueils de la personne à prévenir, de la personne de confiance, du consentement éclairé, sont réalisés et tracés dans le dossier du patient, ce que confirment les rencontres patient traceur.
La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en oeuvre du projet personnalisé de soins est favorisée, notamment en soins palliatifs et en oncologie.
La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée, ce que confirment les résultats des indicateurs. Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur. Ils utilisent des échelles d'évaluation spécifiques pour les enfants et les personnes non communicantes.

Le refus de soin fait l'objet d'échanges entre le médecin, le patient et/ou l'entourage et la décision est tracée dans le dossier du patient.

Les professionnels rencontrés connaissent la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins.

Le patient est informé des modalités d'accès à son dossier.

Les représentants des usagers ont accès à l'ensemble des lettres d'éloges, de plaintes et de réclamations, de déclarations d'événements indésirables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise des évaluations du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage.

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.

Le compte qualité et le programme d'action institutionnel font état d'indicateurs que l'établissement a décidé de suivre : temps d'attente aux urgences, suivi du consentement éclairé en situation d'urgence, délais de réponse à une demande de dossier, audit sur la présence systématique de la signature des deux parents pour les mineurs, traçabilité de la personne à prévenir et de la personne de confiance, état des lieux sur les nuisances nocturnes, évaluation de la pertinence des horaires de repas, nombre de FEI, suivi des indicateurs IQSS, analyse des questionnaires de satisfaction, enquêtes E-SATIS, patients traceurs.

Deux EPP traitent de l'information du patient en orthopédie et du consentement et de l'autorisation d'opérer les mineurs.

Des RMM sont également réalisées. Par ailleurs, la CDU réalise annuellement son bilan d'activité en élaborant une évaluation des points la concernant et en posant un plan d'action dédié.

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 au programme d'action institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les affichages des indicateurs nationaux, la charte du patient, les informations relatives à la CDU se retrouvent dans les lieux d'accueil des patients et de leur entourage.

Des travaux sont en cours sur les violences faites aux femmes; les représentants des usagers participent à la réflexion sur les nuisances nocturnes; d'autres professionnels travaillent à la définition des modalités de recueil du consentement éclairé en situation d'urgence.

En ce qui concerne les équipements, certaines associations participent à l'amélioration du quotidien par l'acquisition de lecteurs CD, de tableaux d'affichage dans les chambres et d'un ordinateur portable avec possibilité pour le patient de communiquer par SKYPE. En oncologie, la salle des familles a été réaménagée : achat de mobilier neuf, création d'un coin enfant, d'une épicerie solidaire.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

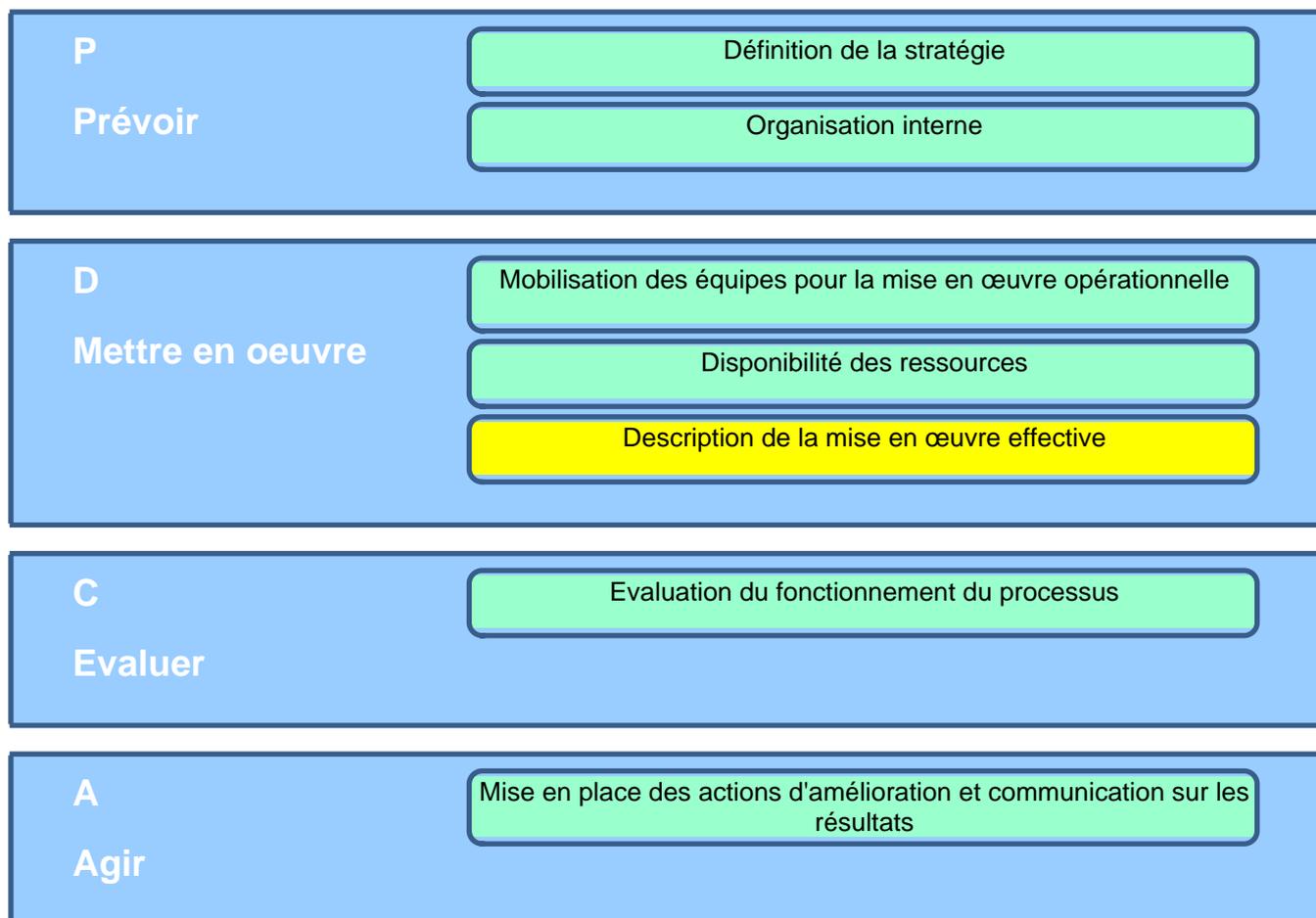
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La stratégie de prise en charge du patient repose sur une identification des besoins et une analyse des différents risques inhérents à l'établissement.

Cette stratégie tient compte des différents profils de patients accueillis, des objectifs du SROS/ PRS et des engagements pris dans le cadre du CPOM 2012-2017. Elle définit les orientations en matière d'organisation des principaux parcours, de coordination des acteurs, de développement et consolidation d'activité: développement de l'ambulatoire, de l'activité médecine, de la cancérologie, accessibilité des soins palliatifs, évolution des délais d'attente aux urgences, suivi des personnes fragilisées, regroupement de l'activité chirurgicale, coopération avec les autres structures par conventions et dans le cadre de réseaux.

Les orientations ainsi que les objectifs d'amélioration sont déclinés dans le projet d'établissement révisé annuellement, validé en CODIR et en CME et présenté aux différentes instances (COPIL, CRUCQC, CLIN, IRP, CDU).

Les mesures de réduction des risques sont mises en œuvre selon une méthodologie bien établie (fréquence/gravité/criticité). Elles sont adaptées aux données issues de l'analyse des besoins en cohérence avec les résultats des indicateurs, les retours des certifications, les revues de processus ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Les priorités d'amélioration sont intégrées au compte qualité et au programme qualité. Le programme précise, pour chaque action, les responsabilités, les modalités de suivi et de communication.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Le pilotage du parcours patient repose sur le chef d'établissement, l'encadrement soignant (directrice des soins et responsables des unités) en étroite collaboration avec la CME et son président, qui ont notamment un rôle de régulateur dans la gestion des interfaces. Les missions, la composition et le mode de fonctionnement sont définis. En lien avec la cellule qualité, les pilotes s'assurent de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

L'organisation des prises en charge prend en compte les différentes étapes du parcours de l'accueil à la sortie des patients. Ainsi, en chirurgie ambulatoire des chemins cliniques sont en cours de finalisation.

Compte tenu des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines et les compétences qualitatives et quantitatives nécessaires au fonctionnement des services et aux évolutions. Le plan de formation prend en compte l'adaptation au poste, le développement des compétences et la professionnalisation. Un programme pour les nouveaux arrivants est en place.

L'organisation soignante prévoit les temps d'échanges nécessaires à la qualité de la prise en charge (visite conjointe IDE et médecin dans certains services, réunions pluridisciplinaires quotidiennes et hebdomadaires, organisation des horaires des paramédicaux pour faciliter la continuité et la coordination des soins).

L'établissement renouvelle si besoin les différents équipements mis à disposition des professionnels (contrats externes, programme de maintenance interne). Les locaux sont adaptés aux besoins des patients.

Les ressources documentaires (protocoles, procédures) sont communes et établies pour les différents services. Les besoins en supports d'information sont identifiés et disponibles dès l'accueil: identitovigilance, directives anticipées, passeport chimiothérapie ambulatoire, dispositif d'annonce, charte, ligue contre le cancer, livret d'accueil...

L'établissement n'a pas engagé de démarche d'éducation thérapeutique au sens réglementaire du terme. Il dispose d'une liste des établissements de proximité bénéficiant d'un programme autorisé. Des actions d'éducation thérapeutique sont organisées.

L'établissement a déployé un dispositif de gestion documentaire informatisé (GED).

Les besoins en système d'information sont identifiés. Le schéma directeur d'information prend en compte les programmes nationaux (Hôpital Numérique, Trajectoire, projet de mise en place du DMP, interfaces avec officines de ville). Le projet d'installation d'un nouveau logiciel dossier patient permettra de couvrir l'ensemble des épisodes du parcours de soins du patient avant fin 2017.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le rôle des cadres des services est déterminant dans les interfaces entre les secteurs interventionnels et les services d'hospitalisation.

En externe, des conventions de partenariat sont signées : 3C pour la cancérologie, RTU (réseau territorial des urgences), partenariat organisé avec une clinique proche pour la prise en charge des maladies endocriniennes et diabétiques, conventions avec des SSR et EHPAD.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilotage du processus a mobilisé les acteurs de terrain pour chaque étape du parcours patient, de l'accueil jusqu'à la sortie.
 L'encadrement organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Le projet de soins intègre des objectifs qualité sous forme de fiches actions par secteur et prises en charge. L'adhésion des équipes est favorisée par des séances d'informations régulières lors des réunions de service et par des participations à des groupes de travail. Des référents sur les thématiques transversales sont identifiés et participent aux démarches d'amélioration qualité et sécurité. Les équipes participent à l'élaboration de protocoles, aux démarches EPP, RMM, patients traceurs, staffs pluridisciplinaires.
 L'encadrement des services s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. En cas de dysfonctionnements, il encourage les équipes au signalement par une culture positive de l'erreur. Les équipes ont un accès systématique aux analyses des fiches d'événements indésirables et des questionnaires de satisfaction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en place tant en termes d'effectifs que de formation.
 L'encadrement veille à la bonne adéquation des ressources. En cas d'absence d'un professionnel, des détachements inter services sont réalisés. Le système de garde et d'astreinte afin d'assurer la permanence des soins est opérationnel. Les coordonnées des spécialistes sont disponibles dans chaque secteur.
 Les référentes douleurs, nutrition, hygiène, plaies et cicatrisation interviennent dans les services. Une infirmière stomathérapeute est présente 12h/semaine sur site.

 Le budget formation a permis aux professionnels de bénéficier de formations: cancérologie, dispositif d'annonce, soins palliatifs, ambulatoire (RRAC), bariatrie, éducation thérapeutique, bientraitance, droits du patient, prise en charge de l'urgence vitale (AFGSU)...
 Des formations et sensibilisations en interne sont également réalisées : risque médicamenteux, risque suicidaire, bonnes pratiques de contention, manutention des patients organisée par un cadre de la structure à la fois éducateur formateur PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins).
 Les professionnels participent à des semaines à thème: octobre rose, mars bleu, semaine sécurité et chambre des erreurs, semaine nationale du rein, journée hygiène des mains...
 De nombreuses procédures et fiches techniques sécurisent les pratiques quotidiennes. Les professionnels accèdent à la documentation grâce au système de gestion documentaire actualisée et accessible dans chaque poste.

 Les matériels, locaux et équipements sont adaptés, entretenus et renouvelés en tant que de besoin. En cas de panne d'un dispositif, les professionnels disposent de matériel de prêt. Le matériel d'urgence vitale est disponible dans chaque secteur et sa composition a été définie avec les formateurs AFGSU.
 Les interfaces entre les différents services sont opérationnelles. Le démarrage de l'informatisation du nouveau logiciel dossier patient va contribuer à l'amélioration de la diffusion des informations notamment pour ce qui concerne les données recueillies lors des consultations chirurgicales non accessibles dans les services actuellement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes étapes du parcours du patient sont identifiées et structurées. L'établissement a identifié les populations à risques : enfants, personnes âgées, personnes démunies. Les moyens en place permettent une réponse adaptée et selon les besoins, articulée aux activités de rééducation et de réadaptation (présence d'un service social, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute, socio-esthéticienne, infirmière en réflexologie et toucher massage...).
 L'accueil est adapté aux différentes situations : chirurgie ambulatoire avec appels de la veille et du lendemain, soins non programmés et articulation avec les services d'hospitalisation, pôle cancérologie avec un accueil adapté aux spécificités de ce type de prise en charge.
 Les règles d'identitovigilance sont mises en œuvre. La personne de confiance est tracée.
 La prise en charge du patient résultant d'une évaluation initiale, est réalisée dans un délai compatible avec ses besoins ; Les données des courriers adressés sont prises en compte.
 Un recueil de données infirmier avec évaluation des risques spécifiques est réalisé. (escarres, chutes, dénutrition, douleur, risque suicidaire, handicap).
 Le programme personnalisé de soins, établi en impliquant le patient et sa famille, est décliné différemment selon les situations :
 - formalisé au travers de la RCP et du PPS en oncologie et soins palliatifs,
 - informations bénéfice /risque et sur le déroulement de l'intervention, consentement éclairé, consignes et prescriptions post-opératoires pour la chirurgie,

- appel de la veille et du lendemain pour l'ambulatoire,
- indication des motifs et objectifs d'hospitalisation pour les prises en charges non programmées.
La prise en charge résulte de réunions pluri professionnelles quotidiennes et hebdomadaires en oncologie et dans les services de médecine comme le confirment les échanges patients traceurs.

Cependant, la présentation des dossiers de chirurgie bariatrique en RCP n'est pas systématique, ce que confirment les résultats de l'indicateur RCP OBE.

Les délais de transmission des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont retrouvés dans le dossier. Le patient est informé en cas d'examen de biologie médicale et son consentement est recherché si nécessaire.

Les troubles nutritionnels sont dépistés et tracés. Un suivi diététique est mis en œuvre en cas de besoin.

Le risque suicidaire est pris en compte et a donné lieu à l'élaboration d'une procédure. Les médecins sollicitent l'avis d'un psychiatre du CHP de PAU si nécessaire.

La prise en charge palliative, la fin de vie et l'accompagnement des proches sont assurés par les différents acteurs, en coordination. Un document « TOPO GUIDE » en tant qu'outil de référence est mis à disposition des professionnels.

La procédure en cas d'urgence vitale est connue des professionnels. Un numéro d'appel dédié est affiché. Le chariot d'urgence est contrôlé après toute utilisation et à périodicité mensuelle.

Des démarches d'information et d'accompagnement des patients sont menées (nutrition, douleur, ambulatoire, consignes post opératoires, risque médicamenteux...).

La sortie du patient est organisée dès que possible selon l'évolution de son état de santé.

Les différentes dimensions sont prises en compte: courrier de sortie, fiche de liaison infirmière, prescriptions, besoins en soins infirmiers et de rééducation, appel du mode de transport adapté, vérification de la conformité des ressources au domicile, besoins en hospitalisation à domicile ou en soins de suite, décès et suivi de deuil.

L'articulation avec les services d'amont et d'aval est effective. Toutefois, les éléments utiles à la continuité des soins ne sont pas tous transmis dans les délais prévus. Ce qui est confirmé par les rencontres patients traceurs et par le résultat de l'indicateur « DEC », délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation.

La concertation préalable à la décision d'intervention bariatrique n'est pas assurée. En effet, l'organisation de la prise en charge bariatrique n'intègre pas les réunions de concertations pluridisciplinaires. L'établissement a identifié ce manquement dans sa cartographie des risques; le programme d'action qualité et risques remis à jour cette année le mentionne. La très faible valeur des indicateurs IPAQSS 2014 et 2016 le confirme également.

Cependant, cela ne remet pas en cause la valeur du bilan pré opératoire au regard des recommandations de bonnes pratiques pour ce type de prise en charge.

En cours de visite, un engagement de principe concernant la présentation systématique du dossier en RCP, a été signé entre le praticien et la direction.

Les éléments utiles à la continuité des soins ne sont pas tous délivrés. Lors de la rencontre patient traceur, l'équipe a confirmé l'absence de remise du compte rendu d'hospitalisation à la sortie du patient.

Les modalités d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation ne répondent pas aux recommandations.

L'indicateur "DEC" montre un résultat en dessous du seuil d'acceptabilité avec une baisse des résultats 2016 malgré des sensibilisations récurrentes.

Une réflexion est en cours pour la mise en place d'une trame type.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour mesurer l'efficacité du processus, l'établissement conduit plusieurs évaluations dont la périodicité est fonction de la qualité des résultats: audits de pratiques, EPP, dépistages des troubles nutritionnels, traçabilité de l'évaluation de la douleur, taux de satisfaction des patients, pourcentage d'appels de la veille et du lendemain de l'hospitalisation ambulatoire, temps d'attente aux urgences, patients traceurs...

A / AGIR

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

Les écarts, les EI ainsi que les résultats des différents audits sont pris en compte. Ils donnent lieu à des CREX, RMM ou à la mise en place d'un plan d'action en fonction de la nature de l'événement.

Tout nouveau plan d'action intègre le plan d'action global avec désignation du responsable de son suivi et de sa mise en oeuvre.
Les actions d'amélioration et les résultats des évaluations sont communiqués lors des réunions d'instance, des réunions de service ainsi qu'aux représentants des usagers.

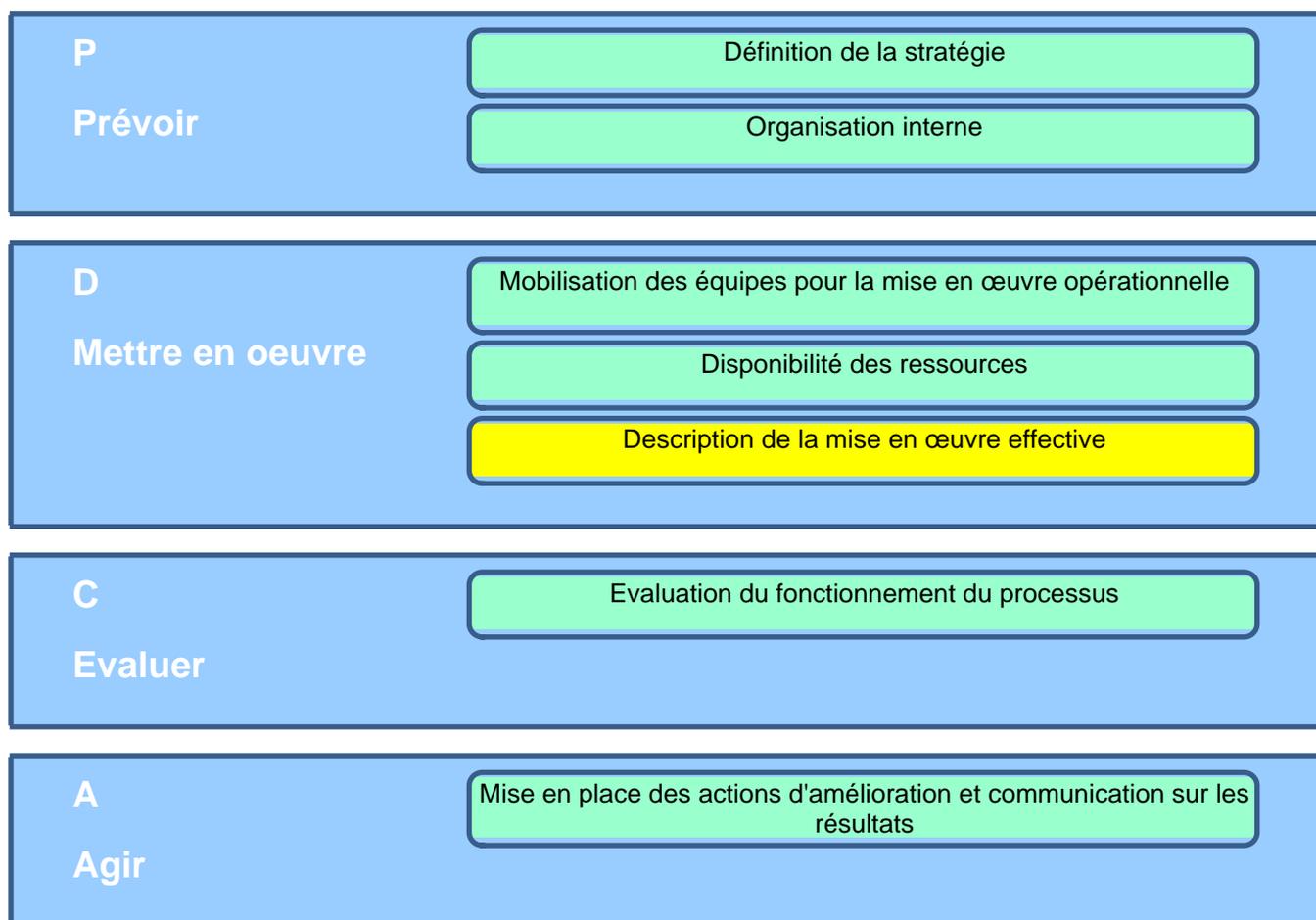
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique est définie dans le guide d'utilisation et de gestion du dossier patient avec un dossier par séjour selon le mode d'hospitalisation, ambulatoire ou hospitalisation complète, urgence, médecine polyvalente ou oncologie-soins palliatifs.

Le guide réactualisé récemment en avril 2017 définit la composition du dossier, l'utilisation du dossier infirmier, la vérification du dossier, l'archivage intermédiaire et final, la mise à disposition d'un dossier archivé.

La cartographie des risques réactualisée décrit et hiérarchise les risques principaux selon les étapes, retrouvés dans le Compte Qualité. Les actions sont suivies, intégrées au PAQSS, lui-même réactualisé.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote est la directrice des soins avec deux copilotes, le médecin DIM et la responsable Qualité.

Le service d'information médicale est formé d'un médecin DIM assisté de deux TIM.

L'informatisation du dossier initiée dès 2008 a été déployée en 2014. Le choix s'est porté sur un logiciel qui a révélé ses limitations fonctionnelles et n'a pu être adapté aux pratiques de tous les services ce qui a conduit à des pratiques très hétérogènes d'un service à l'autre, parfois d'un praticien à l'autre dans un même service, et à l'utilisation conjointe de supports différents.

Une commission "dossier" a identifié les informations ne pouvant actuellement être tracées sur l'informatique et les éléments papier à réintroduire selon les services tels que les risques identifiés sur la macro-cible d'entrée et le plan de soins.

Dans le cadre d'un projet de refonte du système d'information, le COPIL a rédigé un cahier des charges et effectué le choix d'un nouveau logiciel dont le contrat d'achat est signé avec diffusion programmée avant fin 2017.

Le dossier patient comprend certaines parties informatisées et d'autre papier : macro-cible d'entrée informatisée, Plan de soins et transmissions sur papier. En SSPI le recueil des paramètres est en version papier, les prescriptions médicales informatisées. En oncologie, un double support est utilisé: le suivi médical est effectué selon les praticiens, durant le séjour, sur papier et sur informatique; la traçabilité de la douleur et toutes les prescriptions sont en version papier, les praticiens jugeant le logiciel inadapté à la prescription des morphiniques.

En chirurgie le dossier est informatisé sauf le dossier d'anesthésie, la fiche de liaison service-bloc, la surveillance per- et post opératoire en SSPI. Le dossier ambulatoire est exclusivement papier.

En chirurgie les pré-médications sont prescrites sur le dossier d'anesthésie en version papier et les prescriptions post-opératoires sur le dossier patient informatisé.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le guide du dossier a fait l'objet de présentation en staffs de service et les soignants ont été sensibilisés par les cadres. La désignation d'un pilote informatique a permis au personnel de s'approprier l'outil informatique.

La conformité des pratiques est suivie par les cadres de secteur notamment lors de patients traceurs ou d'audits ciblés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de tenue, de gestion, d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels.

Des ordinateurs sont disponibles dans les sites stratégiques, dans les bureaux et les salles de soins, dans les salles de bloc et des portables sur charriot en unité de soins. La formation informatique a été assurée par un pilote et les vérifications de terrain ont montré que le personnel s'était approprié l'outil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les informations administratives figurent dans le dossier, l'identité de la personne de confiance recueillie. Le motif d'hospitalisation figure sur la fiche d'admission.

En service de médecine, il existe une observation médicale d'entrée. Les éléments constitutifs de la prise en charge sont intégrés à chaque étape de la prise en charge. La mise à jour de l'information médicale est effectuée régulièrement; le dossier de soins comporte une macrocible d'entrée, un plan de soins, des transmissions, des informations actualisées.

La traçabilité des interventions des psychologues et des kinésithérapeutes est assurée.

Le dossier d'anesthésie en version papier est intégré au dossier.

Le consentement éclairé et pour les spécialités les fiches d'information et de bénéfice-risque des interventions sont présentes.

La complétude du dossier est assurée par le service d'information médicale avant archivage.

L'archivage est effectué dans les locaux du DIM pour l'année en cours et l'année précédente et sur site dans un local sécurisé pour les cinq années précédentes. Au delà l'archivage est réalisé à distance dans un entrepôt sécurisé dédié appartenant à l'établissement et géré par lui. Le DIM dispose d'un registre de suivi des dossiers.

Lors de la précédente certification, il avait été mis en évidence un défaut de recherche des dossiers d'hospitalisations antérieures: l'informatisation du dossier permet désormais d'identifier les séjours antérieurs. Une procédure décrit l'accessibilité au dossier papier archivé.

L'information du patient ou de ses ayant-droits aux modalités d'accès à son dossier est effective.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais réglementaires après optimisation du circuit de communication avec un suivi en commission des usagers et un bilan intégré au bilan de la commission.

En service de Chirurgie, l'intégration et la traçabilité des observations médicales ne sont pas assurées en temps utile. Les données issues des consultations antérieures ne sont pas intégrées au dossier patient en chirurgie. En chirurgie le dossier ne comporte que le motif d'hospitalisation. La traçabilité de l'examen initial à l'admission n'est pas assurée en lien avec les résultats des indicateurs IPAQSS DPA. Le transfert des informations issues des consultations chirurgicales antérieures n'est pas assuré soit par manque de passerelle informatique soit par non-intégration d'une observation manuscrite. Cette absence d'intégration des informations avait été soulignée lors de la précédente certification et l'établissement.

L'intégration du compte-rendu opératoire n'est pas effectuée en temps utile. En chirurgie le compte-rendu opératoire est majoritairement intégré au dossier en fin de séjour par le service d'information médicale et n'est pas retrouvé dans le dossier en cours d'hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Plusieurs modes d'évaluation ont été entrepris: patients traceurs, chambre des erreurs, IQSS, audits ciblés notamment sur la présence du consentement, de l'autorisation d'opérer des mineurs, la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie, RMM et CREX.

La valeur de l'indicateur "tenue du dossier patient" en B en 2014, s'est dégradée depuis la mise en place de l'informatisation.

L'évaluation et la conformité des délais de transmission des dossiers aux patients est assurée.

A / AGIR

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

Depuis la précédente certification plusieurs actions d'amélioration ont été menées telles que la mise en place de l'informatisation, la rédaction du guide, la nomination d'un pilote informatique, la formalisation des règles de communication, l'amélioration du circuit de recherche de dossiers. Des sensibilisations ont été effectuées en CME, cependant plusieurs points reste à améliorer: accès aux données des consultations antérieures, diffusion des documents de sortie en temps utile.

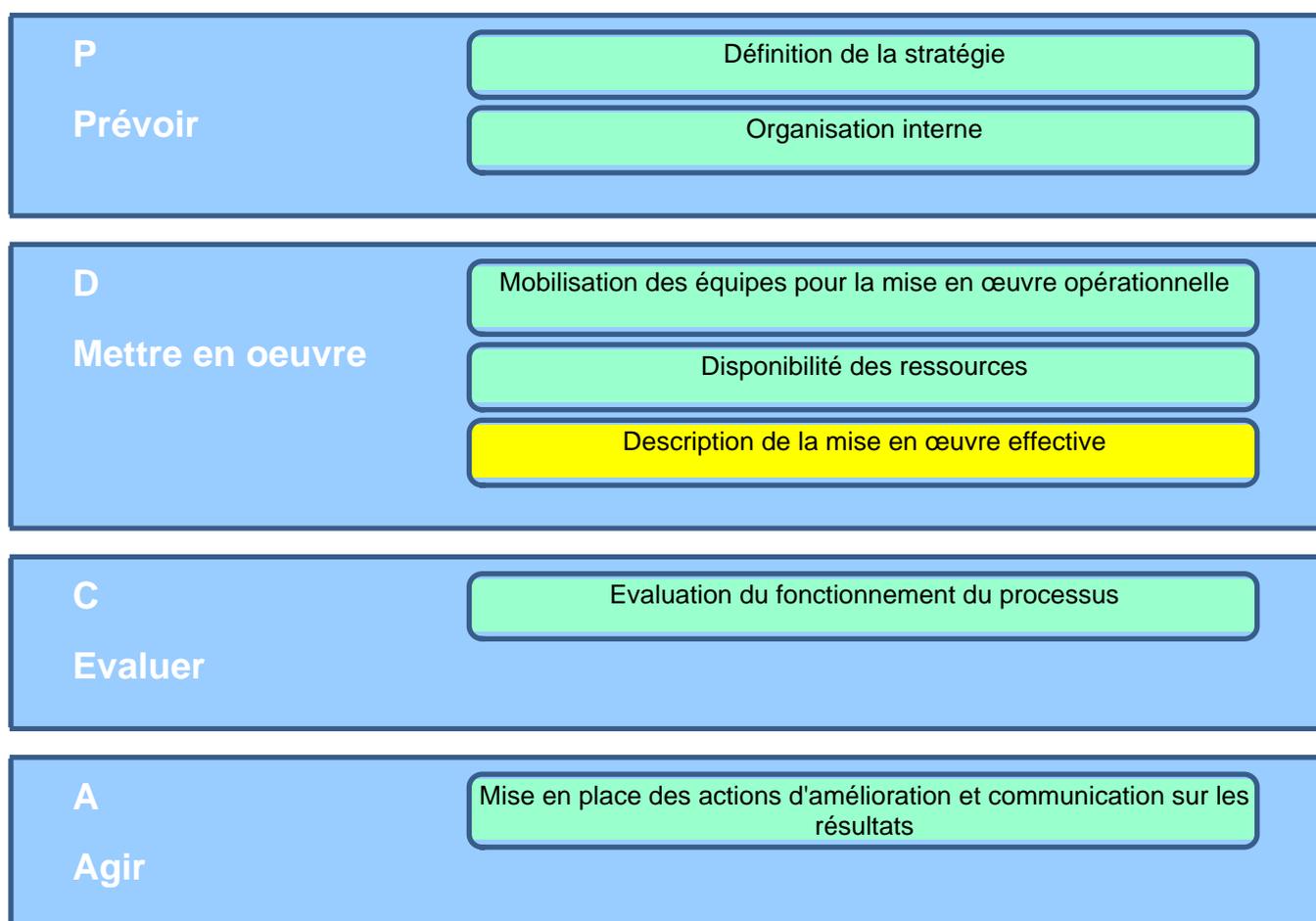
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 polyclinique Marzet bénéficie pour sa stratégie de prise en charge médicamenteuse d'une pharmacie à usage intérieur et d'une unité de reconstitution des cytostatiques centralisée. Il n'y a pas d'activité de rétrocession au moment de la visite de certification.

La cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse a été réalisée par les 2 pharmaciennes, en collaboration avec la responsable qualité et les 4 cadres de santé.

Pour la réaliser, elles se sont appuyées sur le bilan des fiches de signalement des événements indésirables, les résultats de l'audit externe de 2014 sur la prise en charge médicamenteuse, le bilan d'étape du contrat de bon usage du médicament.

Chaque risque a été ensuite coté avec l'attribution d'une fréquence, d'une gravité et d'un niveau de maîtrise. Puis une priorisation a été réalisée pour ne retenir que ceux à forte criticité (fréquence x Gravité) et ayant un niveau de maîtrise jugé par le groupe comme étant insatisfaisant.

La politique de management de la prise en charge médicamenteuse a été formalisée par les pharmaciens et le responsable qualité dans le manuel qualité et validée par le président de CME et la directrice. Elle a fait l'objet d'une validation par le Comité de Pilotage (COFIL) de qualité et gestion des risques. Cette politique définit les grands axes d'organisation de l'établissement pour la prise en charge médicamenteuse, sans préciser d'objectifs attendus.

La prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée a fait l'objet d'un guide présenté en CME et diffusé dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement.

La cartographie des risques a servi de base pour établir le plan d'action de la prise en charge médicamenteuse. Pour établir le compte qualité, les actions terminées ont été écartées, pour ne conserver que celles non maîtrisées, toujours en cours ou non initiées. Ce plan d'action est géré en mode projet.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne de la polyclinique Marzet pour mettre en œuvre la politique de prise en charge médicamenteuse a été formalisée dans un manuel qualité.

Afin de piloter le management de la prise en charge médicamenteuse, la directrice a nommé la pharmacienne en chef, responsable du management de la prise en charge médicamenteuse (RMPECM) et référente pour la pharmacovigilance.

De la même façon, un biologiste du laboratoire d'analyses médicales externalisé a été nommé référent anti-infectieux. Ce référent est détenteur d'un diplôme universitaire.

Leurs rôles et missions ont été définis dans des fiches de poste, sans temps dédié.

Le comité de pilotage de la qualité gestion des risques (COFIL QGDR) invite régulièrement la RMPECM à présenter l'état d'avancée du plan d'action et ses difficultés lors des réunions trimestrielles. Par ailleurs, la commission médicale d'établissement (CME) tient lieu de Comité du médicament et des dispositifs médicaux, et un point sur la prise en charge médicamenteuse est mis à l'ordre du jour lorsque RMPECM le sollicite. Ce fonctionnement a été formalisé dans le règlement intérieur de la CME.

Compte tenu de la taille de l'établissement et du passage quasi-quotidien des pharmaciens dans les services de soins, il a été choisi par la polyclinique Marzet de ne pas mettre en place de correspondant et de fonctionner avec les cadres de santé.

Les ressources pharmaceutiques dévolues à la pharmacie à usage intérieur comprennent 1,58 équivalent temps plein (ETP) de pharmacien.

L'établissement s'est doté d'un peu plus de 5 ETP de préparateur en pharmacie.

Des formations sont proposées aux personnels sur la prise en charge médicamenteuse et inscrites au plan de formation. L'établissement a choisi de réaliser ces formations soit en interne, par les pharmaciennes, soit par e-learning notamment ceux proposés par l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) de Haute Normandie.

Par ailleurs, l'établissement a participé à plusieurs opérations de sensibilisation des professionnels (Mars Bleu, Octobre Rose, semaine de la qualité et de la sécurité des soins) et s'est servi de ces occasions pour sensibiliser autour des règles de bonnes pratiques sur la prise en charge médicamenteuse.

Concernant la documentation mise en place par l'établissement : le logiciel de prescription en place au moment de la visite inclut un lien vers une « base de données médicaments », ainsi que des alerteurs en fonction des interactions médicamenteuses et des dépassements de dose maximale.

Par ailleurs, ce dispositif a été complété par les pharmaciennes par la rédaction de plusieurs guides de bonnes pratiques.

L'établissement a établi sa liste des médicaments à risques en tenant compte des pathologies traitées, de la population accueillie et des voies d'abords utilisées.

L'établissement avait acheté un logiciel de prescription médicamenteuse qui n'avait pas été mis en place lors du rachat de la clinique en 2013. Ce logiciel a été mise en place depuis, dans une partie des services de soins.

Par ailleurs, une démarche d'accès au dossier pharmaceutique du patient est en cours de déploiement afin de permettre aux médecins d'avoir accès aux traitements des patients entrants délivrés par les pharmacies de ville sur les 4 derniers mois.

La PUI est équipée de locaux et des équipements pour la reconstitution des cytostatiques, incluant 2 sas d'entrée (un sale, un propre), une salle dédiée et bénéficiant d'un système de traitement d'air, et 2 flux laminaires.

Par ailleurs, elle dispose d'un logiciel pour la gestion des stocks et la préconisation des commandes de médicaments. Ce logiciel n'est actuellement pas interfacé avec le logiciel de prescription médicamenteuse.

Les réfrigérateurs de stockage de la pharmacie disposent d'un enregistrement permanent de la température et d'une alarme reliée aux services techniques de la clinique. Un dispositif dégradé est en place pour faire face au déclenchement de l'alarme pendant les périodes de fermeture des services techniques. Ce dispositif dégradé s'appuie sur le cadre de garde et le pharmacien en dernier recours.

Concernant les interfaces, le transport des armoires de médicaments, après réassort, vers les services de soins, est effectué exclusivement par le magasinier de la pharmacie. Ce rôle ayant été identifié comme critique et reposant sur une personne unique, la clinique a mis en place une organisation pour qu'en cas d'absence, cet agent soit toujours remplacé par la même personne ayant une qualification de préparateur en pharmacie.

La gestion des déchets produits par l'unité de reconstitution des cytostatiques, est organisée et inclut un circuit spécifique adapté aux concentrés de cytostatiques. La gestion de ces déchets est confiée au prestataire en charge du transport des Déchets associés aux soins à risque infectieux de la clinique et fait l'objet d'un contrat.

Le pharmacien RMPECM rencontre 2 fois par semaine les médecins oncologues de façon informelle, pour échanger sur les bonnes pratiques, les indications, les remboursements. Elle ne participe pas aux Réunions de concertation pluridisciplinaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres sont chargés du déploiement opérationnel de la prise en charge médicamenteuse dans les services de soins. Ils ont accès au fichier partagé centralisant les plans d'actions de l'établissement et peuvent ajouter leurs propres objectifs dans les thématiques correspondantes et les gérer en mode projet.

Dans plusieurs services - chirurgie ambulatoire, oncologie, médecine polyvalente notamment - les cadres ont réorganisé leur réunion hebdomadaire d'équipe afin de faire remonter les difficultés rencontrées par les professionnels de terrain, les analyser en groupe, identifier les causes, et choisir les actions d'amélioration, ou encore informer des suites données aux fiches d'évènements indésirables ayant été transmises à la cellule qualité. Cette dynamique a été relancée à l'occasion de l'arrivée de la nouvelle responsable qualité de l'établissement en 2016.

Lors de la visite tous les professionnels rencontrés connaissaient le dispositif de déclaration des évènements indésirables de l'établissement, son but, ainsi que les modalités de signalement par l'outil informatique.

Plusieurs d'entre eux l'avaient déjà utilisé, et indiquaient avoir eu un retour, soit par le biais de leur cadre, soit via l'outil informatique qui leur permet suivre l'état d'avancée de la problématique soumise.

Plusieurs professionnels ont également indiqué avoir bénéficié d'une sensibilisation sur la prise en charge des chambres implantables, organisé dans la cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources / compétences pharmaceutiques de la polyclinique Marzet repose sur la présence à temps plein du pharmacien gérant, plus celle d'un second pharmacien, 1 jour par semaine. Les 2 pharmaciennes se remplaçant l'une l'autre en cas d'absence afin d'assurer une présence

pharmaceutique dans l'établissement tous les jours ouvrables de l'année.
La PUI de l'établissement étant fermée les nuits, week-ends et jours fériés, l'accès aux médicaments manquants est organisé comme suit :

- Possibilité de prendre dans le traitement personnel pendant les 24 premières heures d'hospitalisation selon protocole validé en CME ;
- Possibilité de prendre les médicaments dans les armoires des autres services de la polyclinique, grâce au livret par spécialité indiquant les dotations de tous les services ;
- Possibilité de se servir dans l'armoire de réserve située dans l'unité de soins continus de la polyclinique ;
- et en dernier recours, appel du cadre de garde pour organiser un dépannage auprès du Centre Hospitalier de Pau ou en officine de ville.

Tous les préparateurs et pharmaciens ont été formés à la reconstitution des cytostatiques. Cette activité repose sur la présence de 2 préparateurs par jour, 2 autres étant dévolus aux autres activités de la PUI dont l'organisation repose sur un effectif minimum de 4 préparateurs par jour.

Plusieurs formations/sensibilisation ont été organisées par les pharmaciennes depuis 2016, notamment sur les risques d'erreur médicamenteuse. Les modules d'e-learning proposés par l'OMEDIT Haute Normandie ont été effectués par de nombreux personnels sur les thématiques des risques autour du Chlorure de Potassium, l'utilisation des Insulines, les règles des 5B, les « Never events ». Ces formations par e-learning sont tracées par les pharmaciennes qui relèvent les feuilles d'émargement laissées dans les services de soins.

Afin de faciliter l'appropriation des outils de l'établissement ainsi que les règles de bonnes pratiques, un livret d'accueil des nouveaux arrivants a été rédigé par les pharmaciennes. Ce livret a été remis à la direction des ressources humaines 1 mois avant la visite des experts ; sa diffusion n'était donc pas effective au moment de la visite.

Les guides d'aide à la prescription rédigés par les pharmaciennes sont mis à disposition des professionnels dans la gestion documentaire informatisée (GED) de l'établissement. Ils concernent la durée de stockage des antiseptiques, la durée de conservation des gouttes, les modalités de dilution des injectables, la liste des médicaments écrasables, la liste des médicaments inappropriés à la pratique médicale française, les bonnes pratiques de prescription chez le patient âgé, ou encore les prescriptions des antibiothérapies de première intention chez les adultes. Plusieurs IDE rencontrées lors de la visite ne connaissaient pas l'existence de ces documents.

Depuis 2009, chaque service est équipé de 4 armoires pour le stockage des médicaments : 2 pour les formes sèches et 2 pour les formes intraveineuses, basées sur le système plein-vide. Le nombre d'armoires a été étudié pour pouvoir faire le réassort en pharmacie sans obérer la prise en charge médicamenteuse dans les services de soins. Il y a donc en permanence une armoire pour chaque forme dans le service et une en PUI pour réassort.

Le logiciel mis en place pour avoir accès aux traitements délivrés par les officines est déployé au niveau de la PUI et de la médecine polyvalente. Il existe un projet d'extension de la mise en place au niveau du service des urgences. Plusieurs difficultés ont été identifiées dans la mise en œuvre notamment la nécessité d'avoir la carte vitale du patient pour pouvoir accéder aux données, ce qui représente parfois une difficulté pour les patients arrivant aux urgences.

Le logiciel de gestion des stocks de la pharmacie et celui pour la prescription n'étant pas interfacés, les préparateurs enregistrent au quotidien les sorties de stock reliées avec les prescriptions papier et informatiques et les retours afin d'avoir un état des stocks à jour.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse à la polyclinique Marzet a été investiguée dans les services de chirurgie urologique et digestive, et oncologie hospitalisation complète.

La prescription médicamenteuse est partiellement informatisée dans certains services. Dans ceux-ci, la prescription des médicaments est tracée exclusivement sur un seul et même support à un moment donné ; ce support peut changer au cours d'un même séjour. Par exemple prescription papier avant intervention chirurgicale et informatisée en post-chirurgical. D'autres services, comme l'oncologie, la chirurgie ambulatoire, les urgences n'utilisent pas l'outil informatique pour ce qui concerne la prescription médicamenteuse.

Les règles de prescription ne sont pas toutes mises en œuvre. Dans le service d'oncologie, les prescriptions papiers ne précisent pas la durée de prescription, le médecin revoit sa prescription tous les jours mais ne la signe pas systématiquement. En chirurgie uro/digestive, les prescriptions pré-opératoires sont rédigées par l'anesthésiste lors de sa visite du soir la veille de l'intervention et non pendant la consultation d'anesthésie.

Une analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée les jours ouvrables par les pharmaciennes pour toutes les prescriptions, qu'elles soient papiers ou informatiques. Pour les prescriptions papier, des photocopies des prescriptions peuvent être descendues à la pharmacie 2 fois par jour pour validation, par ailleurs, la pharmacienne présente passe tous les matins dans le service de chimiothérapie-hospitalisation de jour afin de pouvoir avoir accès au dossier du patient pour réaliser les analyses pharmaceutiques.

La conciliation médicamenteuse est réalisée à l'admission du patient dans la polyclinique depuis décembre 2016, et se base sur l'analyse du traitement personnel du patient à l'entrée et les données du patient lorsqu'il est déjà connu de l'établissement.

Les préparations réalisées à la PUI dans l'unité de reconstitution des cytostatiques par les préparateurs respectent les règles suivantes : port des équipements de protection individuelle, préparation sous la hotte à la fois, reconstitution sans aiguille - sauf pour les petits flacons pour éviter les pertes de ces produits coûteux, double contrôle, validation pharmaceutique avant libération sur la base d'une check list.

Toutefois, dans les services de soins, les règles de bonne pratique de préparation de médicament, notamment la reconstitution de préparations intraveineuses ne sont pas systématiquement appliquées. En effet, selon les services, les préparations injectables sont réalisées tantôt dans les couloirs sur le chariot de soin, tantôt dans la chambre du patient, tantôt dans la salle de soins. Ce choix, assumé par l'encadrement, est argumenté par la configuration des locaux.

Les médicaments prescrits sont dispensés de façon globale dans les services de soins. Des dotations ont été définies en fonction des spécificités de service en collaboration entre les pharmaciennes et les prescripteurs. Pour les médicaments prescrits hors dotation, la dispensation est nominative.

La livraison des médicaments est effectuée dans les armoires de service scellées, par le magasinier de la PUI. Les stupéfiants sont livrés dans le service par les pharmaciennes, quant aux cytostatiques, ils sont transportés directement dans le service de chimiothérapie-hospitalisation de jour par un pneumatique reliant directement la PUI et la salle de soin de ce service. Ce dispositif a fait l'objet de tests préalables afin de s'assurer de l'état des poches après transport (en particulier pour les produits connus pour mousser) et a été validé par les pharmaciennes.

Cependant, les règles d'administration des médicaments ne sont pas toutes connues et mises en pratique.

- Plusieurs blisters ont été retrouvés découpés dans l'armoire de la chirurgie uro/digestive pendant les investigations, ne permettant plus d'identifier le nom du médicament ou la date de péremption.
- Certains traitements sont laissés à la disposition du patient, sans que la mention " patient autonome" ne soit retrouvée dans le dossier ;
- La liste des médicaments écrasables n'est pas connue des IDE rencontrées en investigation ;
- enfin, l'administration de la prémédication n'a pas été retrouvée dans le dossier d'anesthésie au cours de l'audit d'un patient traceur.

Concernant le stockage des médicaments, ceux identifiés comme à risque par la polyclinique, font l'objet d'un étiquetage spécifique dans les armoires des services de soins ainsi qu'à la PUI conformément aux recommandations OMEDIT. Concernant le Chlorure de Potassium, une affiche d'information/sensibilisation est apposée sur toutes les armoires de médicaments de services.

Les réfrigérateurs des salles de soins sont réservés exclusivement au stockage des médicaments. Ils sont régulièrement nettoyés et font l'objet d'un relevé quotidien de température. Ces éléments sont tracés et disponibles sur place.

Les chariots d'urgence font également l'objet de contrôle quotidien des scellés, ainsi que d'un contrôle mensuel des périmés. Ces éléments sont également tracés et disponibles dans la salle de soin.

La CME, qui tient lieu de Comité du médicament et des dispositifs médicaux, s'est réunie 4 fois en 2016. Des problématiques de prise en charge médicamenteuse ont été évoquées au cours de 2 de ces réunions. Toutes ont fait l'objet d'un compte rendu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la prise en charge médicamenteuse à la polyclinique Marzet se décline autour de plusieurs dispositifs dont plusieurs sont pérennes et d'autres ponctuels :

La ré-évaluation annuelle de l'état d'avancée du contrat de bon usage des médicaments ;

Un tableau de bord mensuel incluant plusieurs indicateurs, propres à l'établissement, ainsi que des indicateurs OMEDIT gérés par la pharmacienne RMPECM, et transmis aux cadres, à la comptabilité et à la direction ;
Le suivi de la consommation des antibiotiques, notamment les pénèmes, clindamicine, tavanic (le logiciel du laboratoire prestataire ne permet actuellement pas l'extraction des données de bactériologie) ;
L'inventaire tous les mois des armoires des services de soins, incluant la vérification des périmés ;
Les fiches de signalement d'évènements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse (19 en 2015 et 11 en 2016),
L'évaluation des pratiques professionnelles sur la prescription chez la personne âgée qui a été réalisée 5 fois sur l'établissement avec la grille de la Haute Autorité de Santé ;
L'évaluation des pratiques professionnelles sur les chambres implantables débutée en 2016 pour laquelle les actions d'amélioration sont en d'évaluation ;
Deux comités de retour d'expérience menés sur des problématique de prise en charge médicamenteuse l'un en 2016 et l'autre en 2017 ;
L'audit proposé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux sur la prise en charge médicamenteuse réalisé par un organisme externe en 2014 ;
L'audit réalisé par la médecine du travail, externe à la clinique, sur les risques toxiques au niveau de l'URC en 2016 ;
L'enquête sur la traçabilité de la ré-évaluation à 48, 72 heures des traitements anti-infectieux réalisés en 2016.

Ces évaluations sont régulières, structurées et pilotées par la RMPECM en fonction des résultats obtenus et des grandes orientations données par le CBUM.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration autour de la prise en charge médicamenteuse sont en cours à la polyclinique Marzet, notamment :

Suite au constat de difficultés importantes, l'établissement a décidé de changer de logiciel de prescription. Un cahier des charges a été établi avec l'aide des remarques des professionnels de terrain. Ce projet a été budgété, la solution retenue, le devis signé. L'installation de cette nouvelle solution est programmée pour fin 2017 avec pour objectif une informatisation complète du dossier et une implantation dans tous les services des soins ;

Le dispositif d'accès aux traitements délivrés par les officines de ville doit être étendu au service des urgences ;
Après avoir constaté que les commentaires des pharmaciens suite à leur analyse n'étaient pas lu des prescripteurs, la CME a décidé de les ajouter aux transmissions journalières de l'équipe de soins qui elles, sont systématiquement lues ;

Un groupe de travail sur le chariot d'urgence a été mis en place suite à un incident. Ce travail a pour objectif d'identifier facilement et rapidement si le chariot d'urgence est complet. Il a abouti à la mise en place d'un code couleur des scellés du chariot, avec un scellé de couleur rouge indiquant qu'un ou plusieurs médicaments sont manquants. Ce protocole est en cours de diffusion dans la polyclinique.

Plusieurs outils permettent le suivi des actions d'amélioration en cours :

- le fichier unique et partagé en réseau du PAQSS qui est mis à jour au fil de l'eau par la RMPECM ;
- le staff hebdomadaire du personnel de la PUI ;
- les points réguliers sur le contrat de bon usage des médicaments fait en CME (fév et oct 2016) ;
- les points faits en comité de pilotage qualité et gestion des risques sur la prise en charge médicamenteuse.

Plusieurs supports sont utilisés pour communiquer avec les professionnels à la polyclinique Marzet : le journal interne appelé « les news », disponible sur la GED ; les notes émanant de la direction et transmises aux cadres ; les alertes à afficher dans les salles de soins des services ; les mails pour transmettre des informations aux médecins qu'ils soient libéraux ou salariés, et également la campagne de la semaine de la sécurité de nov 2016.

Les pharmaciennes de l'établissement ont participé à la réunion « ville-Hôpital-clinique-officine » qui a eu lieu à Pau en 2016. Par ailleurs, elles mettent à disposition plusieurs livrets et/ou feuillets d'information sur des thématiques telles que les Anti-vitamines K ou les traitements anticancéreux oraux à destination des patients. Ces documents, proposés par les soignants, sont remis aux patients s'ils le demandent.

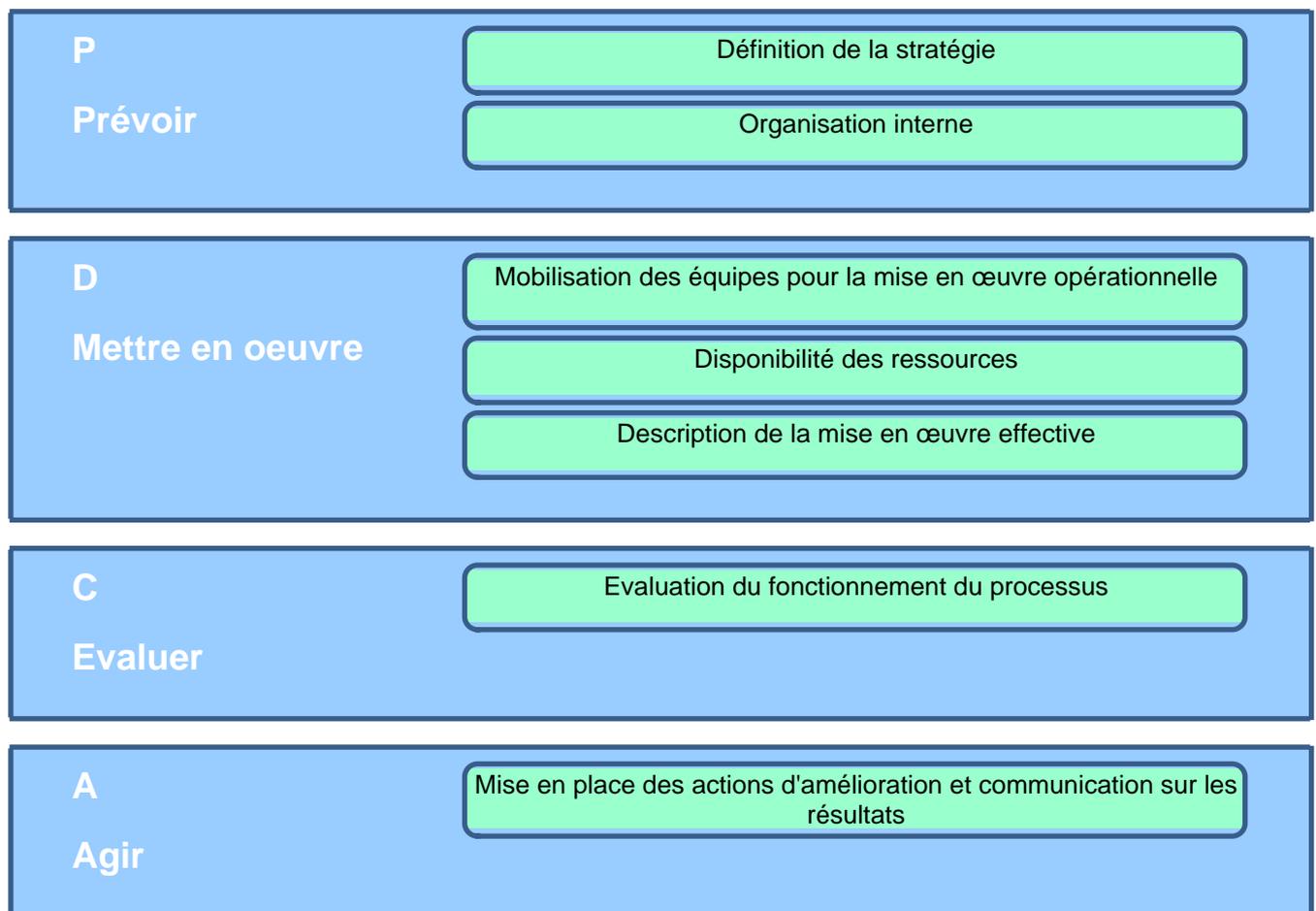
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de prise en charge des soins non programmés est définie dans le projet médical, le principe étant d'accueillir tous les patients sans exception 24h/24.

Deux axes se détachent : l'organisation du secteur au regard du transfert de l'activité chirurgicale sur le site de la clinique de Navarre fin 2018 et le développement de l'activité en complémentarité avec le Centre Hospitalier de Pau. Les objectifs fixés sont en cohérence avec les axes du CPOM/PRS.

La clinique dispose d'une autorisation d'urgences renouvelée récemment pour 5 ans soit jusqu'en 2022.

Quatre modes d'admission sont identifiés: médecine de ville, urgences post opératoires, urgences adressées par le 15 et urgences se présentant spontanément.

Les circuits ou filières de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients : soins immédiats de courte durée, patients debout, couchés, se présentant pour une urgence vitale.

Le service est doté d'une zone de surveillance de très courte durée composée de deux chambres seules et de six box comprenant une salle de déchoquage et une salle isolée géographiquement accueillant ainsi les patients à risques (agitation, risque BHRé, risque Ebola). Il est complété par des locaux "techniques " nécessaires : deux salles d'attente, bureau d'accueil, infirmerie, réserves. La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques et la réglementation en matière de sectorisation, surveillance et confidentialité.

Une convention signée avec le réseau territorial des urgences, permet l'accès aux soins pour tous, en permanence et en proximité grâce à un maillage fin du territoire et de son offre de soins.

A partir de ses missions et de ses besoins, le service a identifié et priorisé ses risques en s'appuyant sur les recommandations de la SFMU, les analyses des événements indésirables, les résultats des indicateurs et les retours ponctuels des patients. Les mesures de réduction des risques sont déclinées en objectifs opérationnels à la fois dans le compte qualité et le programme d'actions institutionnel. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi: responsabilités pour chacune des actions, planification et suivi des actions dans des délais fixés dans un échéancier puis communication des résultats.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Les pilotes identifiés sont l'encadrement médical et paramédical. Les rôles et responsabilités sont déclinés dans leur fiche de poste et dans la fiche de mission des pilotes.

Une commission des admissions et consultations non programmées (CACNP) est en place. Elle se réunit une fois par an et plus si nécessaire.

Le règlement intérieur permet la déclinaison des principes et des modalités d'organisation du secteur.

L'équipe opérationnelle est répartie de la façon suivante:

- de jour: présence d'un médecin urgentiste, d'un cadre infirmier à temps partagé avec le service de médecine polyvalente, d'une infirmière diplômée, d'une aide-soignante, d'une secrétaire administrative et d'une assistante sociale à temps partiel;

- de nuit: présence d'un médecin urgentiste, d'une infirmière diplômée et d'un agent de sécurité.

Ces ressources sont parfois renforcées en cas d'affluence.

Au vu des difficultés de recrutement médical aux urgences, l'établissement met en œuvre les solutions permettant de couvrir la permanence médicale du service. Il a recours à une société d'intérim. Les gardes non couvertes sont également assurées par un pool de 4 médecins urgentistes remplaçants. La direction collecte les plannings des urgentistes et des praticiens de la structure puis adresse chaque semaine l'état des gardes par spécialité, gardes des urgences, y compris. Lorsque la spécialité n'est pas agréée sur le site, le médecin peut transférer le patient en s'appuyant sur le service de régulation du réseau territorial des urgences.

Un plan de formation (médical et paramédical) est établi annuellement et en cohérence avec les objectifs du service et de l'établissement.

La formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation tient compte de l'identification des besoins. Les trois infirmières du service sont formées.

Les modalités de recrutement et d'intégration des nouveaux arrivants sont définies.

De nombreuses procédures encadrent l'activité et sont intégrées à la base documentaire.

Une procédure "Prise en charge du patient aux urgences" décrit les différentes étapes du parcours du patient, intégrant la prise en charge des populations spécifiques (enfants/adolescents/personnes âgées, handicapées, démunies, présentant des troubles psychiatriques).

Les besoins en équipements sont identifiés. Un dispositif de maintenance préventive et curative des

équipements est prévu à échéance fixe par le biais de la GMAO de l'établissement. La gestion des pannes/dysfonctionnements est organisée.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité (bloc opératoire, pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, radiologie...).

L'établissement a développé une offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés directement dans les services de soins. Seul le service d'oncologie est concerné.

Les admissions directes, dans ce service, sont encouragées pour libérer les lits de courtes durées. L'intervention du médecin urgentiste est organisée en cas de besoin.

En externe, l'établissement a formalisé des conventions avec procédures d'organisation du recours aux spécialistes.

Les besoins en systèmes d'information sont identifiés. Le système d'information aux urgences s'appuie sur le logiciel de prescription en vigueur dans l'établissement, le logiciel administratif et d'enregistrement de l'activité.

L'informatisation est partielle, cependant la continuité de la prise en charge du patient est organisée. Un dossier papier type est utilisé.

En cas d'hospitalisation hors les murs, le service des urgences s'assure de transmettre l'ensemble des données patient au service d'aval en rédigeant un compte-rendu et en joignant la photocopie du dossier papier. Pour les circuits courts, les consignes de sorties sont remises.

Une organisation permet la connaissance des lits disponibles en temps réel, de jour comme de nuit.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement du secteur d'activité communique auprès de son équipe sur la politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés de l'établissement. Du fait de la taille réduite du service, les échanges ponctuels sont favorisés. Des réunions de service structurées sont réalisées également.

Selon les besoins et les risques spécifiques du secteur, l'encadrement décline cette politique en plans d'actions recensés dans le programme d'actions de la cellule qualité. En tant que pilote du processus, il s'assure du suivi des plans d'actions et rend compte à son équipe des évolutions des objectifs propres au secteur.

Il s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...). En cas de dysfonctionnement identifié, un point est effectué avec l'équipe avec mise en oeuvre d'une note d'information ou d'une procédure.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur en participant à l'élaboration des procédures ou autres documents, à la déclaration, l'analyse et le traitement des EI, au traitement des plaintes et réclamations. Le médecin coordonnateur et l'encadrement participent aux RMM.

Les professionnels ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement dont ceux concernant la satisfaction des usagers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Le tri des patients est du ressort de l'infirmière formée à l'accueil et l'orientation (IAO) lorsque l'activité le justifie et le permet.

Des formations sont proposées tous les ans en rapport avec les besoins énoncés par les professionnels. Les formations planifiées et pérennes (IAO, gestes d'urgence, gestion de l'agressivité, risque NRBC) font partie du plan de formation annuel de l'établissement. Les nouveaux arrivants sont encadrés grâce à un tutorat.

Des listes de gardes et astreintes permettent à tout moment la demande d'un avis spécialisé.

Les documents utiles sont accessibles et à jour, exception faite pour les protocoles médicaux. Les documents d'information des patients sont disponibles.

L'accès au logiciel de gestion documentaire est effectif par l'obtention d'un code d'accès et d'un profil utilisateur. Le plan hôpital sous tension est intégré au Plan Blanc. Les procédures sont actualisées selon les évolutions de l'activité et de la réglementation.

L'hygiène des locaux est assurée par l'équipe de bio nettoyage.

Les structures des urgences adultes disposent d'une salle d'accueil, d'une zone d'examen et de soins, d'une salle d'accueil des urgences vitales, d'une unité d'hospitalisation de courte durée; ils sont appropriés à la qualité et à la sécurité des soins. Les moyens nécessaires à l'accueil des personnes privées de liberté sont disponibles.

Les moyens nécessaires à la mise en oeuvre du Plan Blanc, y compris en cas de risque épidémique et NRBC, sont disponibles.

En cas de panne d'un équipement, un matériel de prêt est mis à disposition des professionnels.

Les interfaces entre le service des urgences et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques et administratifs sont opérationnelles.

La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel par consultation informatique et/ou appels téléphoniques. Chaque soir, une liste des lits disponibles est diffusée aux professionnels.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles établies. L'accès à l'intégralité des documents pour les patients déjà hospitalisés dans l'établissement nécessite de passer par les archives, ce qui est un frein pour l'obtention des informations en temps utile.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne des urgences. Les règles de sécurité sont appliquées. Les conditions d'accueil et les organisations de prises en charge sont conformes aux dispositions prévues. La permanence des soins est assurée.

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés ainsi que les temps de travail pour l'ensemble des professionnels en conformité avec la réglementation. Il est tenu compte de la qualification des médecins et des paramédicaux pour la répartition des tâches. Un tableau, accessible à tous, permet d'identifier les ressources en professionnels de garde ou d'astreinte, ainsi que les moyens de les joindre.

Le respect des droits du patient : modalités d'accueil, confidentialité, intimité, recherche du consentement, informations aux patients et aux familles est assuré. L'information des patients est complétée par un affichage thématique (charte, vérification identité...). Les IDE, majoritairement formés à l'accueil et à l'orientation des patients, assurent l'accueil et le tri des patients ainsi que toutes les vérifications d'identité. Pendant la présence du patient aux urgences, une information aux familles est assurée par l'équipe soignante (médecins/ ide).

Les règles de sécurité sont appliquées et conformes aux dispositions prévues. La maîtrise du risque infectieux est effective.

Les circuits sont définis selon le degré d'urgence et la typologie des patients. Selon la filière identifiée par l'infirmière, un code couleur est attribué et tracé sur le dossier (vert pour les consultations de courte durée, jaune pour les consultations de longue durée et rouge pour la filière urgences vitales ou prioritaires).

Les circuits de prise en charge (AVC, polytraumatisés, infarctus du myocarde) sont opérationnels. Dès les premiers soins mis en œuvre, un transfert dans une structure adaptée peut être organisé. Le mode de transport est choisi en accord avec le régulateur du SAMU 64B.

Les informations relatives à la prise en charge sont tracées dans les différents formulaires du dossier papier utilisé aux urgences. Une évaluation systématique de la douleur est réalisée et tracée. Les prescriptions médicales sont réalisées sur support papier. Le dossier suit le patient en cas d'hospitalisation. Les documents utiles sont prévus et adressés en cas de transfert.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de l'évaluation du processus est assuré par les pilotes en concertation avec la cellule qualité. Le service recueille et analyse ses dysfonctionnements. Un bilan annuel est effectué en commission des urgences. Des retours d'expérience sont réalisés selon les situations rencontrées.

Une EPP "analyse de processus" est en cours. Le suivi continu des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est assuré.

D'autres évaluations sont réalisées à l'échelle de l'établissement (audit hygiène, manipulation des voies veineuses, traçabilité de la douleur, recherche du consentement éclairé...). La satisfaction des patients est évaluée. Le résultat est présenté en CDU suivi d'actions d'amélioration insérées dans le PAQSS.

A / AGIR

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

Après analyse du résultat des indicateurs, la commission des urgences et les différents acteurs concernés mettent en place des actions d'amélioration intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

Tous les ans, les besoins non satisfaits malgré les actions d'amélioration mises en place dans le PAQSS sont étudiés.

Les différentes analyses permettent d'identifier les points à risque nécessitant une surveillance particulière, les dysfonctionnements répétitifs impliquant des objectifs d'amélioration à échéance brève. Tel fut le cas pour les demandes d'examen radiologiques et biologiques en nuit profonde.

La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe, notamment auprès de la CDU, de la CME, de la Direction, et des professionnels concernés.

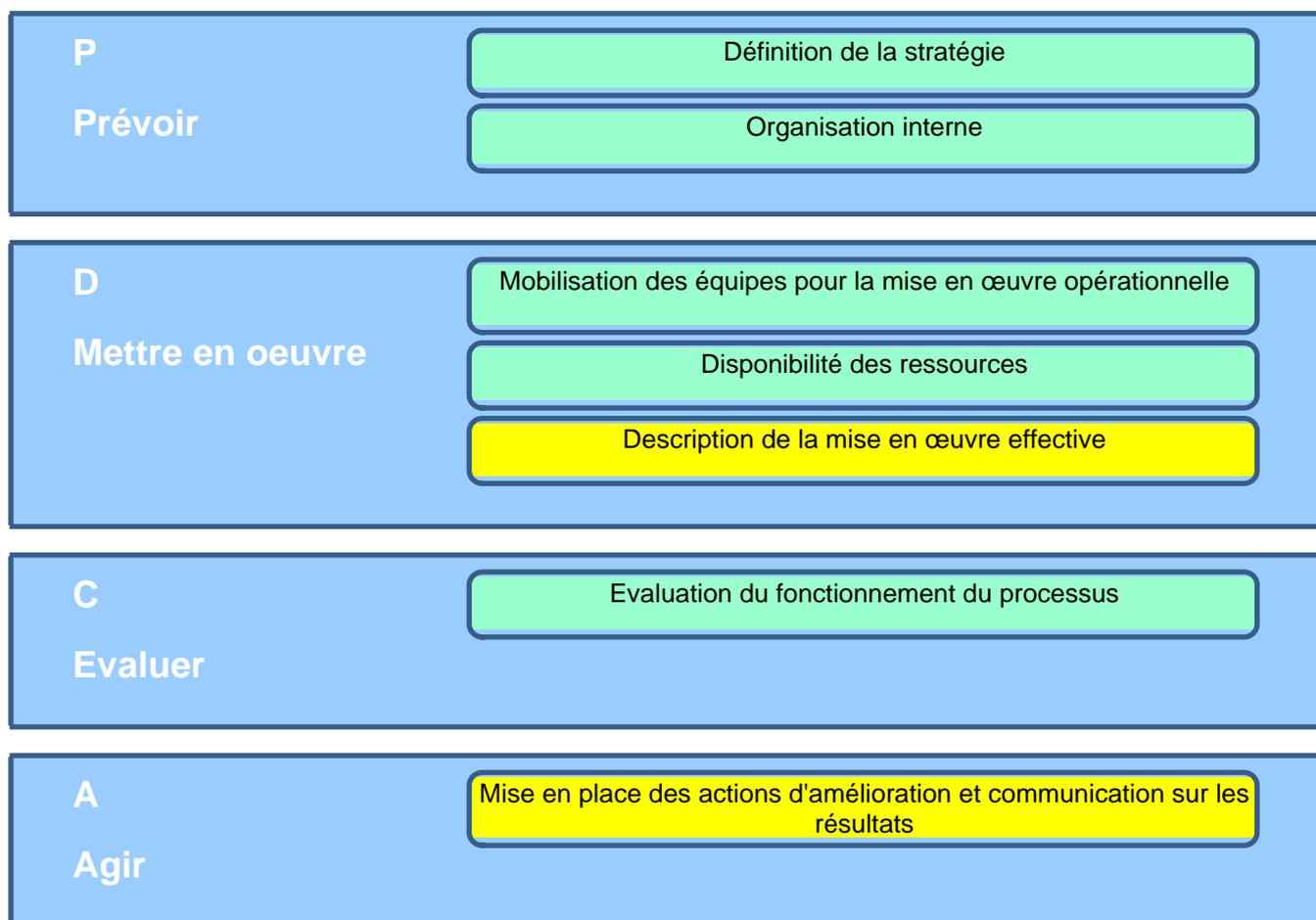
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 se compose de 11 salles dont 9 salles de chirurgie et 2 salles d'endoscopie. Sept salles ISO 7 sont réservées à la chirurgie viscérale, l'urologie, l'ORL, la stomatologie, l'endoscopie et la lithotritie; quatre salles ISO 5 à la chirurgie vasculaire, l'orthopédie, l'ophtalmologie.

La politique de prise en charge du patient au bloc opératoire est définie et fait l'objet d'une procédure détaillée. Une cartographie des risques a été élaborée, elle est réactualisée périodiquement et la dernière version date de mai 2017; les risques principaux sont retrouvés dans le compte Qualité tels que le non respect de la planification du bloc, le défaut d'analyse des pratiques, le non respect des bonnes pratiques d'ouverture de salle, d'hygiène, de remplissage de la check-list; elle précise les échéances des actions et les modalités de suivi, intégrées au PAQSS. Suite au rachat de la clinique en 2013, le projet d'établissement prévoit le regroupement de la chirurgie sur l'autre site du groupe et la disparition de cette activité sur le site Marzet.

ORGANISATION INTERNE

Le conseil de bloc est la structure de régulation composée des représentants des différentes catégories professionnelles intervenant au bloc opératoire qui valide et veille à l'application de la charte, propose et valide les protocoles, examine les dysfonctionnements, suit les indicateurs d'activité; il se réunit 4 fois par an. La commission de bloc composée d'un chirurgien, d'un anesthésiste et du chef de bloc est l'instance décisionnelle qui valide la programmation le jeudi pour la semaine suivante

La charte de bloc réactualisée en février 2017 définit le rôle des instances, les modalités de programmation, l'organisation fonctionnelle du bloc, les astreintes du personnel et des praticiens. La charte d'ambulatoire a également été réactualisée.

L'encadrement est assuré par un cadre de bloc en charge de la programmation et du personnel et d'une IBODE référente en charge du matériel et de l'interface avec la stérilisation.

Les ressources humaines sont définies par secteur, bloc, SSPI, stérilisation, en adéquation avec les besoins. Les aides opératoires sont salariées soit de l'établissement soit des praticiens, avec le cas échéant validation des acquis répertoriée par la cadre.

Le besoin en ressources documentaires a été défini et les procédures rédigées en collaboration avec la responsable Qualité, également référente hygiène. Les circuits du personnel et des patients sont définis par des procédures.

Le logiciel dossier patient est accessible; la programmation est diffusée sur un fichier Excel disponible dans les services d'hospitalisation.

L'interface avec la stérilisation est organisée et la marche en avant respectée.

Le pilotage du secteur ambulatoire est assuré par un infirmier référent et un médecin anesthésiste coordonnateur.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes, stables, sans recours à l'interim, sont impliquées dans le bon fonctionnement du secteur et la rédaction des protocoles. Il a remédié à une sous- déclaration d'événements indésirables décelée lors de la précédente certification, par la mise à disposition d'un logiciel déclaratif dédié et une sensibilisation du personnel (40 FEI en 18 mois). La sensibilisation des équipes est effectuée en commission de bloc et par des réunions de service. Des évaluations périodiques de compétences sont effectuées tous les deux ans.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel a participé à plusieurs types de formations : formation aux gestes d'urgence, à la manutention, aux bonnes pratiques de stérilisation, à la gestion du stress, à l'accompagnement VAE des IBODES. Les nouveaux arrivants sont doublés et tutorés. Les documents sont accessibles sur la GED. Les locaux sont spacieux, les salles bien équipées disposent d'arsenaux attenants en plus des arsenaux centraux.

Le cadre de bloc est PCR, formé à cette activité; le zonage du bloc, le suivi des dosimétries actives et passives est effectué, le personnel de bloc formé.

Le service bio-médical se compose d'une ingénieure également infirmière et d'un technicien.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La programmation qui avait fait l'objet d'une recommandation lors de la précédente certification par

manque d'outils de maîtrise a été revue et réorganisée, inscrite dans la refonte de la charte, validée en commission; elle est désormais validée le jeudi en Commission de bloc et les rajouts ou changements d'ordre éventuels ne peuvent être effectués que par le cadre de bloc.

La permanence des soins est assurée avec astreinte du personnel de bloc et de SSPI et astreinte des praticiens par spécialité; les listes sont diffusées sur intranet.

La traçabilité des DMI est effective en version papier dans le dossier patient et sur la feuille de bloc et en version informatisée sur le logiciel de traçabilité et de renouvellement.

La check list est en place sur support papier, retrouvée constamment dans les dossiers. Un audit patient-traceur ayant mis en évidence un remplissage non conforme aux bonnes pratiques, des sensibilisations du personnel et des praticiens ont été menées.

Le bionettoyage est effectué par des ASH de l'établissement sous la responsabilité du cadre de bloc. Les techniques, la périodicité, le mode de bionettoyage sont définis dans une procédure.

Les prélèvements environnementaux sont effectués à périodicité définie et les résultats suivis par la responsable Qualité-référente Hygiène.

Le traitement de l'air est suivi par le service biomédical et les relevés de suppression tracées quotidiennement.

Une stérilisation certifiée est incluse dans le bloc, la marche en avant est respectée.

Le fonctionnement de la SSPI est assuré par des infirmières formées à cette activité; l'évaluation de la douleur est tracée, la sortie procédurée sur score d'évaluation. Une infirmière dispose d'un temps partiel douleur optimisant le suivi des patients.

Cependant, les pratiques de transfert du patient ne permettent pas de garantir la sécurité du patient. La configuration des locaux et l'exiguïté de l'entrée du bloc côté ambulatoire génère un risque de croisement de circuit au niveau de la sortie des boxes externes et de l'entrée-sortie des patients en ambulatoire.

Les modifications apportées au circuit patient suite à la précédente certification ne permettent pas de garantir le respect des bonnes pratiques de transfert des patients. Lors de la précédente certification, les experts-visiteurs avaient relevé que le transfert du patient du lit à la table d'opération ne respectait pas les règles d'hygiène du fait de l'absence de SAS de transfert et de double brancardage. Les orientations stratégiques de l'établissement et l'abandon programmé à l'horizon 2018 de la chirurgie sur le site Marzet ont conduit à abandonner le projet de création d'un SAS et à se contenter d'une matérialisation au sol couplée à l'utilisation d'un brancard externe et interne. L'organisation actuelle, en l'absence de possibilité de stockage de lits au bloc et de plateau-transfert de table d'opération, impose soit un grand nombre de changement de support dans l'aller-retour bloc-service (6 pour les interventions courantes) soit une exclusion de changement de brancard (chirurgie bariatrique ou prothétique). L'unité d'ambulatoire de 30 lits répartis en chambres individuelles et box est attenante au bloc opératoire. La transmission d'information se fait exclusivement sur dossier papier. La gestion des flux est organisée par l'infirmière effectuant l'appel systématique de la veille; les entrées sont échelonnées en fonction de l'ordre de passage. L'appel du lendemain est en place depuis février 2017 et porte uniquement sur des patients cibles en fonction d'une liste d'interventions définie par le médecin coordonnateur, comprenant la chirurgie des dents de sagesse, des hernies inguinales, des varices et les arthroscopies genou-épaule, soit environ le tiers des patients. La sortie est signée par le chirurgien après validation du score de mise à la rue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le cadre dispose d'indicateurs quantitatifs d'activité: taux d'occupation de salles, de débordement, d'annulation, regroupés sur un tableau de bord.

La tenue du dossier d'anesthésie est évaluée avec un très bon score, confirmé par les investigations lors des parcours.

Des audits qualitatifs ont été effectués notamment concernant le remplissage de la check-list et les procédures d'ouverture de salles. La déclaration d'événements indésirables de secteur est effective. L'analyse systémique des causes profondes des événements indésirables graves est effectuée en RMM et en CREX.

Plusieurs EPP sont en lien avec l'activité opératoire: pertinence des cholécystectomies, utilisation de la check-list, information en orthopédie, consentement à la chirurgie et autorisation d'opérer des mineurs, traçabilité des DMI.

L'activité ambulatoire est également évaluée quantitativement sur un tableau de bord et qualitativement par le suivi des patients cibles dont un bilan est réalisé.

A / AGIR

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

Une réorganisation de l'activité opératoire a été engagée depuis la précédente certification grâce à des actions d'amélioration telles que la mise en place d'outils de maîtrise de la planification, de logiciel de déclaration d'événements indésirables, de fiches de préparation d'intervention.

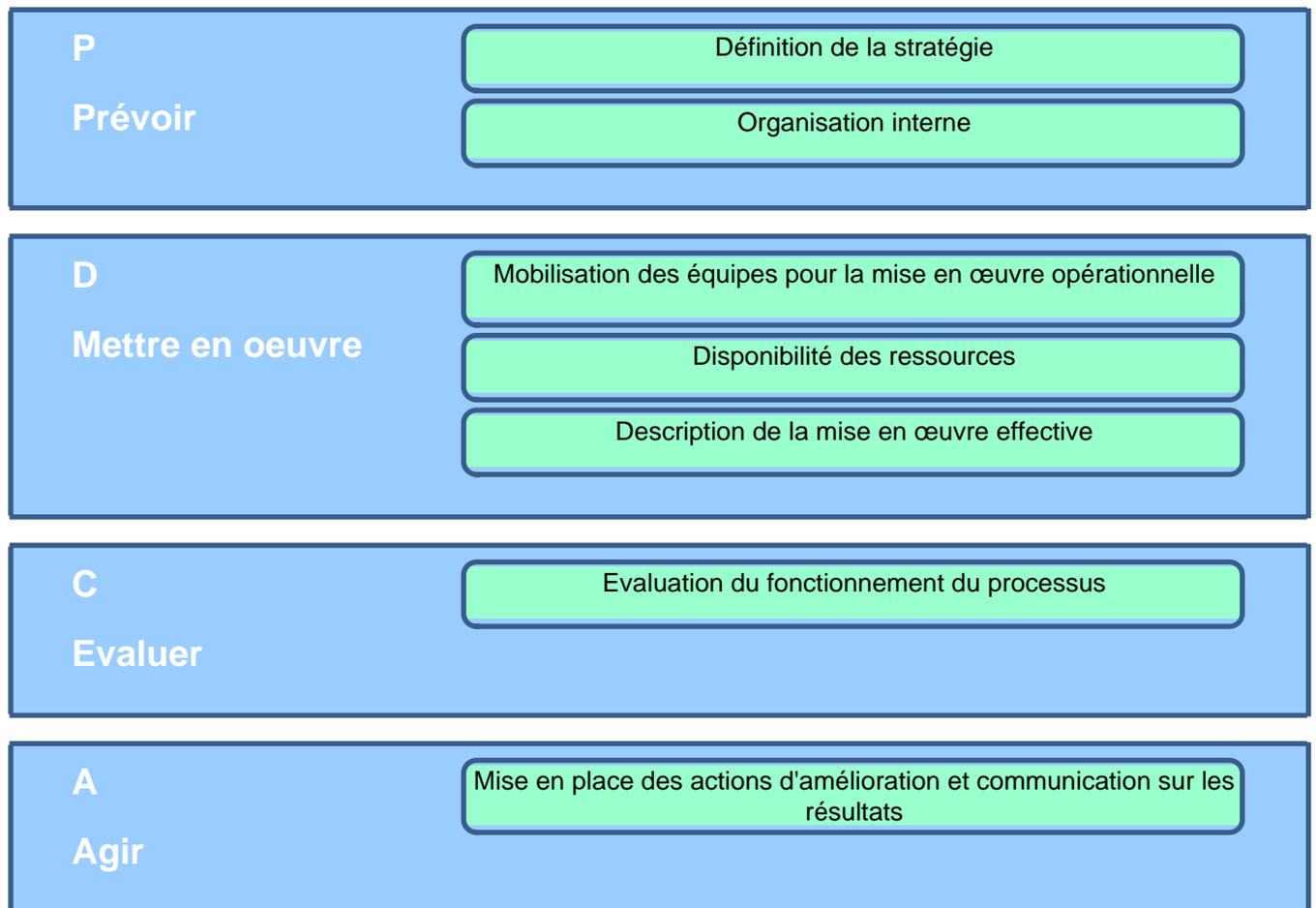
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie comporte très majoritairement des actes d'endoscopie digestive mais également urinaire et bronchique. Les locaux sont constitués de deux salles d'endoscopie encadrant la salle de traitement des endoscopes situées au sein du bloc général.

La politique du secteur est définie dans un manuel Qualité rédigé en janvier 2017 détaillant les ressources du secteur, le risque infectieux en endoscopie, la traçabilité de l'endoscope, du patient et de l'opérateur, le processus de traitement des endoscopes souples thermosensibles à canaux et le fonctionnement en mode dégradé.

Une cartographie a été élaborée, régulièrement réactualisée, définissant les risques principaux du secteur, retrouvés dans le Compte Qualité tels que le risque de défaut d'intimité, le défaut de port de masque de protection des agents de traitement des endoscopes, le non-respect des circuits propre-sale. Les actions, intégrées au PAQSS, sont suivies.

ORGANISATION INTERNE

L'ingénieure bio-médicale également infirmière de formation est la pilote du processus assistée d'une infirmière référente identifiée.

La charte réactualisée en février 2017 est commune au bloc opératoire et au secteur d'endoscopie.

Le personnel, infirmières, aides soignantes et ASHQ est dédié au secteur.

L'encadrement est assuré par le cadre de bloc assisté de l'IDE référente.

Le plan de formation intègre les formations spécifiques au secteur notamment en matière de traitement des endoscopes et de prévention du risque infectieux.

Les besoins en processus support, management et interventionnel ont été identifiés et les procédures adéquates élaborées. L'une d'entre elles détaille les différentes étapes du traitement manuel ou automatisé des endoscopes souples. Des documents de traçabilité de l'endoscope et de l'acte ont été mis en place. Les circuits ambulatoire pour coloscopies et fibroscopies ou externe pour les cystoscopies sont définis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le personnel dédié est stable et impliqué dans le fonctionnement du secteur et la rédaction des diverses procédures; il a participé à l'élaboration du Manuel Qualité. Suite à la parution du guide technique de traitement des endoscopes souples de 2016, il a été sensibilisé aux nouvelles directives et associé à la mise en place de nouvelles procédures comportant notamment le rajout de tests supplémentaires d'étanchéité.

Des réunions de secteur sont organisées et tracées.

La conformité des pratiques est évaluée par la pilote et la référente.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Quatre cabinets de gastro-entérologues assurent l'activité d'endoscopie en partage avec un autre établissement du groupe.

Le personnel se compose d'une infirmière dédiée avec deux suppléantes en cas d'absence, et de deux agents formés au traitement des endoscopes et à la prévention du risque infectieux dans la gestion du matériel d'endoscopie.

Le pool d'endoscopes comporte des gastroscopes et coloscopes souples, des cystoscopes souples, des urétéroscopes souples, un fibroscope bronchique, chaque endoscope étant identifié par son numéro de série présent dans la GMAO de l'établissement. La maintenance préventive et curative est gérée par le service biomédical via le GMAO en lien avec le service Hygiène avec un tableau de suivi en fichier partagé.

Le plateau technique d'endoscopie est composé d'une paillasse de traitement des endoscopes à 6 bacs, d'un laveur-désinfecteur, d'une armoire de stockage qualifiée pour 72 heures. Les locaux disposent d'un système de ventilation et d'aspiration des vapeurs. Les agents portent masque et lunettes de protection.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La programmation de l'activité endoscopique répond aux règles de programmation du bloc général avec validation en commission de bloc le jeudi pour la semaine suivante.

La permanence des soins est assurée par une astreinte des gastro-entérologues et l'astreinte du personnel de bloc.

L'interface et l'échange d'informations avec le service ambulatoire voisin est organisée sur support papier.

L'information du patient est assurée avec remise de la feuille d'information de la Société Française

d'Endoscopie Digestive et consentement éclairé intégré au dossier.
L'utilisation des deux check-list spécifiques à l'endoscopie digestive et bronchique est effective.
Les règles d'identitovigilance sont respectées avec port de bracelet en ambulatoire.
Le dépistage du risque ATNC est organisé et effectif, le statut figurant dans le dossier.
Le traitement des endoscopes est soit manuel sur la paillasse à six bacs soit automatisé dans le laveur-désinfecteur admettant deux endoscopes; les actions sont tracées dans le registre de traçabilité du nettoyage-désinfection des endoscopes.
La traçabilité de l'endoscope est assurée dans le registre d'endoscopie et dans le dossier du patient ainsi qu'en mode informatique dans le service biomédical, ainsi que celle de l'acte et de l'opérateur.
Les contrôles microbiologiques sont effectués à périodicité définie par le personnel formé aux techniques de prélèvement et les résultats analysés et diffusés par la référente Hygiène. Des contrôles systématiques sont effectués en retour de maintenance. Des prélèvements trimestriels sont effectués sur l'eau d'alimentation et de rinçage terminal des laveurs-désinfecteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le cadre dispose d'indicateurs quantitatifs d'activité. L'établissement a participé à l'audit national endoscopie en 2015 avec des résultats favorables en ce qui concerne les procédures de traitement manuel et automatisé des endoscopes.
Une EPP a été consacrée au nettoyage-désinfection des endoscopes.

A / AGIR

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

Suite à la réalisation de l'EPP plusieurs actions ont été mises en place telles que le tableau de suivi des prélèvements partagés entre le bloc, le service biomédical et le service Qualité-Hygiène, la mise à disposition de bacs de transport des endoscopes jusqu'à la zone de nettoyage, la formation du personnel aux techniques de prélèvement, la rédaction du manuel Qualité.