



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE CHARCOT

51-53 rue du commandant charcot
69110 Sainte Foy Les Lyon
JANVIER 2018

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	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	43

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	
Adresse	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte Foy Les Lyon
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
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	690000203	SA CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte-Foy-Les-Lyon
Etablissement de santé	690780366	CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE CHARCOT	51-53 rue du commandant charcot 69110 Sainte Foy Les Lyon

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	50	/	16
MCO	Médecine	34	6	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Visite de contrôle du dépôt de sang par l'EFS (entreposage et UVI) : octobre 2014 et novembre 2015
---	--

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	médecine	A définir	programmé	simple	MCO
2	Adulte	chirurgie hospitalisation complète	A définir	programmé	simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	A définir	programmé	simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

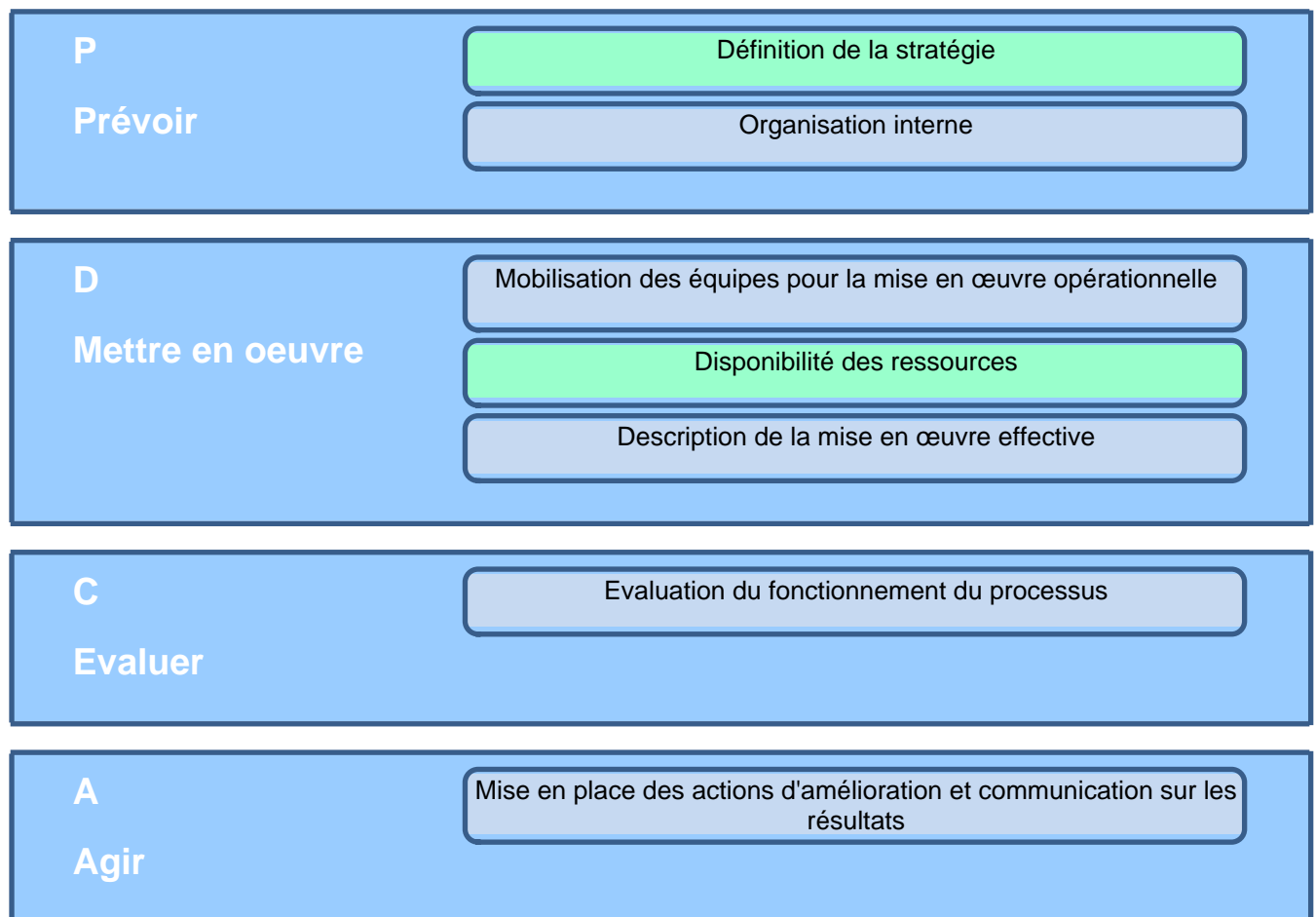
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré un projet d'établissement 2015-2019, comportant les grandes orientations de l'établissement, en collaboration avec la CME, et le Comité de pilotage, vigilances et risques (COPIVIRIS), structure de pilotage de la démarche qualité et risques. Ce projet d'établissement, validé dans sa dernière version en 2015 par le COPIVIRIS les instances et la CDU, comporte un volet qualité et gestion des risques (QDGR) déclinant quatre axes :

- Promouvoir et maintenir une démarche qualité dynamique et pérenne ;
- Prendre en compte les besoins et la satisfaction des usagers et du personnel ;
- Tendre vers l'excellence des pratiques professionnelles et favoriser le développement professionnel continu ;
- Maintenir la dynamique de maîtrise globale des risques à priori et à posteriori afin de maîtriser les processus.

Ce volet est marqué par le fort engagement de la direction et des instances. La direction de la clinique est impliquée dans la démarche, en intégrant un organe opérationnel comme la cellule qualité. Il a pour objet de décrire le système de management de la qualité et de la gestion des risques. La politique qualité et gestion des risques, dont les orientations stratégiques se sont basées sur des problématiques de terrain, est diffusée à travers un ensemble d'outils de communication (flyers, gestion documentaire, note d'information, réunions d'équipe par l'encadrement). Le développement des EPP est intégré au projet d'établissement, à travers l'axe 3, permettant de répondre aux obligations de développement professionnel continu des professionnels. Les EPP émanent des groupes de travail, en fonction des problématiques constatées.

La clinique s'est mobilisée dans l'élaboration du compte qualité, à partir d'une cartographie des processus, défini pour chacun par une fiche d'identité. La méthodologie d'évaluation des risques choisie est l'analyse de criticité et du niveau de maîtrise, avec un système de cotation à 5 degrés spécifique à l'établissement. A partir de la définition de la fiche identité du processus de chaque thématique, l'analyse des risques et des processus a été menée pour chaque secteur et chaque thématique selon la même méthodologie. Les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques prioritaires et le choix des plans d'actions, via les pilotes de chaque thématique, suivi d'une validation par le COPIVIRIS.

Suite à l'analyse des risques, un plan d'actions d'amélioration a été proposé par les groupes de travail, qui a été approuvé par le COPIVIRIS avant d'être présenté aux instances.

Un Programme d'Action Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) unique existe, et est le résultat de l'ensemble des réflexions des groupes de travail (données issues des résultats d'audits, évaluations, indicateurs internes et externes, événements indésirables, enquêtes). Le PAQSS est structuré à partir de la définition d'objectifs, type d'actions, priorité, responsable, échéance et suivi, articulé avec le compte qualité. Le référent qualité et risques utilise un système informatisé de suivi de plans d'actions du PAQSS, qui concerne tous les secteurs de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le management de la qualité et de la gestion des risques est piloté par le COPIVIRIS, qui se réunit en fonction des besoins. Le COPIVIRIS est composé de membres représentant la direction, la cellule qualité, les différentes instances et vigilances.

Les informations sont rapportées au COPIVIRIS, qui a ainsi une vision transversale des programmes et des actions d'amélioration au sein de la Clinique. Il a pour mission d'entretenir la dynamique de la démarche jusqu'au stade de la mise en place des actions d'amélioration. Il s'assure de leur réalisation, dans le respect des délais, et de leur efficacité. Il centralise et fédère les différents projets d'amélioration de la qualité et la gestion des risques au sein de l'établissement. Un organigramme est formalisé. Le Comité des vigilances est rattaché au COPIVIRIS. Le COPIVIRIS et les instances possèdent un rôle de validation, de contrôle et d'impulsion de la démarche qualité. Des fiches de fonction du référent qualité et risques et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins sont établies. Le référent qualité et risques participe à toutes les instances de façon systématique. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est nommé.

Au regard des besoins en compétences et des risques identifiés, l'établissement a sollicité des pilotes et co-pilotes parmi les professionnels qui ont participé à l'élaboration du compte qualité. Ils ont reçu une formation préalable sur l'analyse de processus et possèdent leur fiche technique (« missions des pilotes de processus »). Ils sont chargés de mettre en place les actions d'amélioration, de communiquer les décisions prises en instances, et faire remonter les interrogations, difficultés rencontrées par les équipes.

Un plan de formation annuel est édité et comporte des formations sur la thématique qualité et gestion des risques. Le référent qualité et risques forme les professionnels concernés aux méthodes CREX selon la méthode Alarm et mène une campagne de sensibilisation. La mise en œuvre des actions d'amélioration se traduit principalement par le rôle des référents, et plus récemment celui des pilotes et co-pilotes des processus, avec le soutien méthodologique du référent qualité et risque. Des référents, parmi les

professionnels, ont été sollicités et se sont portés volontaires dans certains domaines (hygiène, douleur...). Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont recensées par le référent qualité et risques.

Un dispositif de gestion électronique documentaire est en place, il est connu des professionnels.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée. Elle est sous la responsabilité de la directrice, qui répond systématiquement dans un délai de huit jours. L'évaluation de la satisfaction des usagers est effective, avec un taux de retour conséquent. Les résultats sont communiqués mensuellement aux secteurs d'activité et présentés en Commission des Usagers (CDU).

Les représentants des usagers sont impliqués dans la politique qualité et gestion des risques de l'établissement sur leur thématique (accès au logiciel de la gestion documentaire, enquêtes de satisfaction, plaintes, plan d'action de la CDU...), et ont permis un label « droits des usagers », par l'organisation d'une campagne de sensibilisation auprès de l'ensemble du personnel de l'établissement sur ce thème. Par ailleurs, un projet « usagers » est en cours, dont l'objectif est de favoriser la réponse aux attentes des patients (renforcement du rôle des RU auprès des patients). La procédure de gestion des événements indésirables (EI) est formalisée et la déclaration est informatisée. La procédure indique les modalités de déclarations, de traitement des EI et des EI graves, le retour au déclarant. Il existe une charte non punitive d'incitation au signalement des événements indésirables, erreurs médicamenteuses ou dysfonctionnement.

La gestion de crise est organisée (plan blanc). Un plan de maintenance est suivi par les services biomédical et technique. Les demandes d'interventions sont réalisées via un logiciel et géré par GMAO.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les groupes de travail par processus ont identifiés des risques majeurs, récurrents ou fréquents qu'ils rencontraient et ont établi leur hiérarchisation selon la matrice institutionnelle.

La déclinaison du PAQSS institutionnel est faite sous forme de plans d'actions adaptés à chaque type de processus (médecine, chirurgie complète et ambulatoire, bloc opératoire et endoscopie).

La mobilisation des professionnels, la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité gestion des risques et l'appropriation de la culture qualité des soins sont effectives, sous l'impulsion de la direction et de la cellule qualité et professionnels référents.

Les professionnels rencontrés dans les services de médecine et de chirurgie connaissent les outils et méthodes relatifs à la démarche qualité et gestion des risques. Un livret « certification V 2014/Le livret des essentiels » a été délivré à tout le personnel. Les professionnels ont suivis des formations internes sur le patient traceur par la cellule qualité, suivi d'expérimentations.

Les professionnels sont informés des résultats des actions par les référents et les cadres, ou à travers le journal interne. Au regard des résultats, les actions correctives peuvent être identifiées soit par les équipes elles-mêmes, soit par les groupes de travail, soit par les référents. Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables, à leur traitement et à la mise en place d'actions correctives (comité des FSEI). Lors des visites dans les services, les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Pour le développement de la démarche qualité et gestion des risques, l'établissement dispose d'un référent qualité et risques. De plus, la cellule qualité composée de la directrice, la directrice des soins et le référent qualité et risques assurent la transmission des méthodes et l'accompagnement des professionnels dans la démarche.

Le plan de formation comprend annuellement des formations relatives à la démarche qualité et gestion des risques. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés à la démarche qualité, à travers le livret d'accueil et au cours de réunions d'informations. Une demi-journée d'intégration de tout nouvel arrivant est formalisée à travers l'approche de différents thèmes (hygiène, qualité, risques, médicament...) ; celle-ci ayant été remplacée par du e-learning. Les ressources documentaires (veille réglementaire, bonnes pratiques, dispositions légales, protocoles, procédures, fiches, éléments du dossier, etc.), sont disponibles par un dispositif de gestion documentaire informatisé, accessible et connus par tous les professionnels. Une réactualisation des protocoles, procédures et documents d'enregistrement est faite régulièrement, avec pour information aux professionnels « un système d'alerte nouveauté ».

En appui de la démarche qualité et gestion des risques, l'établissement déploie une stratégie de développement durable, intégré au projet d'établissement (semaine européenne du développement durable).

A l'échelle de l'établissement, les locaux et équipements sont conformes, adaptés et entretenus pour la réalisation des activités. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés régulièrement. La maintenance préventive et curative en GMAO est déployée pour assurer la disponibilité des matériels et équipements, la sécurité des biens et des personnes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs. L'établissement suit l'état d'avancement et l'impact de ses démarches. Les professionnels connaissent la gestion documentaire et savent l'utiliser.

La coordination entre professionnels est assurée par l'opérationnalité des outils informatiques partagés et la structuration des flux (bed-management, identification des parcours...).

Le comité des fiches des événements indésirables a été ouvert aux professionnels de chaque secteur, ce qui permet une participation et diffusion plus large. Elle traite mensuellement les déclarations d'événements indésirables, qui ne sont pas prises en charge par d'autres instances / groupes de travail (CREX) ... Le dispositif de gestion des événements indésirables informatisé est connu et utilisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il permet leur déclaration et en facilite l'analyse, le retour, l'exploitation statistique par la cellule qualité. L'analyse de risque a posteriori par la cellule qualité permet de réajuster la fréquence et la gravité des éléments de la cartographie des risques.

Les professionnels sont inscrits volontairement en tant que référents ou membres de commissions et possèdent les informations nécessaires pour l'exercice de leur mission.

L'exploitation des plaintes et des réclamations est conforme aux attendus et permet une réponse dans les délais aux patients insatisfaits : l'assistante de direction recense les plaintes et réclamations, qu'elle inscrit sur un registre spécifique. Une enquête peut être menée par la direction, qui répond dans un délai de huit jours au plaignant. De la même manière, le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers par l'intermédiaire des questionnaires de satisfaction est déployé et recueilli. Cette analyse est systématiquement présentée en CDU. Ces deux dispositifs contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Quatre séances plénières de CDU ont été organisées en 2016.

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs selon les besoins (infirmières référentes et personnes ressources). La cellule qualité assure le soutien méthodologique de la démarche.

Chaque admission intègre une planification centralisée des lits, rattachée au planning opératoire partagé pour l'activité chirurgicale. Les procédures sont mises à jour (alerte pour réactualisation périodique), les comptes rendus des instances et des réunions sont mis en ligne, ainsi que les résultats d'audits et enquêtes.

Le parc informatique des différents services permet à tous les personnels d'accéder en temps réel au système d'information, ainsi que les dossiers archivés. Les personnels savent utiliser les différentes fonctionnalités. Les services technique, biomédical et informatique sont à disposition des professionnels, dont les demandes d'interventions se font via un logiciel interne.

Les EIG font l'objet de CREX, animé par le référent qualité et risques, qui accompagne les professionnels aux méthodes (analyse des causes profondes). Les questionnaires de sortie sont systématiquement remis aux patients à leur admission, dont les professionnels sont destinataires des résultats mensuellement, ainsi que la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du système de management de la qualité et de la gestion des risques est réalisée à l'échelle de la clinique ou des secteurs d'activité par des audits, des EPP et des indicateurs spécifiques à l'activité. L'établissement a participé à la semaine sécurité (chambre des erreurs et prochainement bloc des erreurs).

Le coordonnateur des risques associés aux soins est identifié et assure l'animation des RMM sur un rythme de quatre réunions par an, avec la participation des professionnels concernés et est garant de la traçabilité des comptes-rendus (charte et bilan annuel).

Des indicateurs ont été définis en fonction de la nature des actions, nécessitant une surveillance en continu (taux d'interventions non programmées, délai brancardage, formation VAE IBODE..) sur le PAQSS. Ils sont suivis par le référent qualité et risques et permettent d'alerter l'établissement et les professionnels sur les seuils des points critiques.

L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances, à partir d'un « planning EPP » assurant leurs suivis (état d'avancement) et leurs fiches de synthèse annuelles respectives. Il en est de même pour les CREX et RMM. Leurs plans d'actions sont réajustés annuellement en fonction des résultats des évaluations.

De nouveaux objectifs d'amélioration sont fixés au regard des résultats des indicateurs définis et de l'état d'avancement des actions. Le suivi des plans d'actions approuvés en COPIVIRIS et des autres instances est assuré par chaque groupe de travail, après supervision par la cellule qualité.

Pour les risques du compte Qualité, la méthodologie de maîtrise des risques identifiés est déployée et suivie de manière globale. Des tableaux de bord synthétiques des indicateurs de la clinique sont établis et listés par thématique (stratégie, parcours patient, identitévigilance...), ainsi qu'un autre recensant les indicateurs de surveillance et amélioration du processus. Certains indicateurs sont intégrés au livret d'accueil du patient (scope santé). La clinique recueille les indicateurs hôpital numérique et les indicateurs nationaux qualité sécurité des soins.

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

L'établissement procède à un bilan annuel des actions mises en œuvre, orchestré par la cellule qualité, envisageant les perspectives de l'année future.

De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints à travers le PAQSS.

La communication sur la démarche qualité est réalisée en interne auprès des professionnels par l'encadrement, le réseau des référents, les réunions d'informations et les supports de communication régulièrement diffusés (journal interne, compte-rendu des groupes de travail, commissions et instances...) et en externe, par la communication des indicateurs nationaux à destination du public et les projets de labellisation.

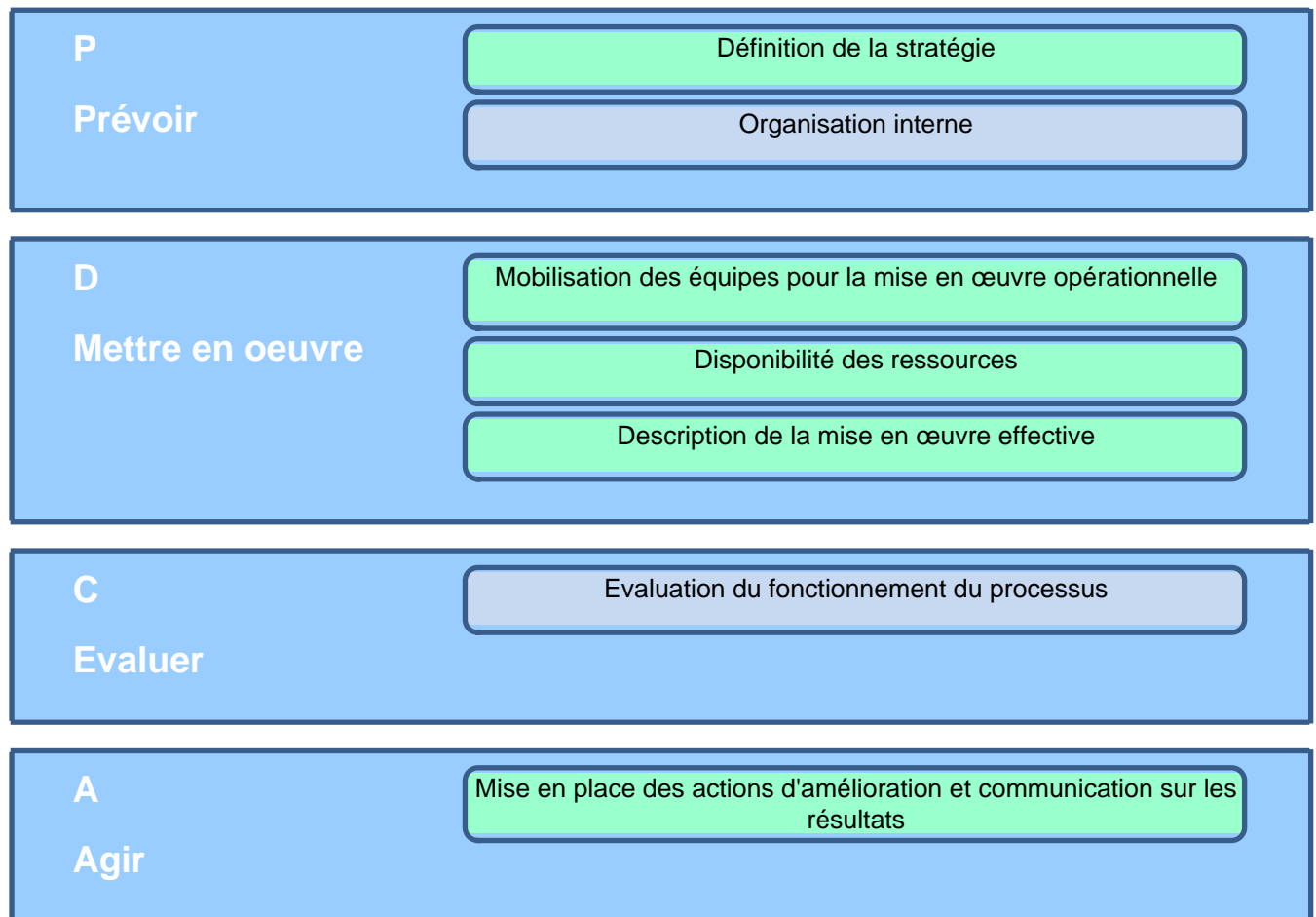
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

En lien avec le programme national de lutte contre les infections associées aux soins (PROPIAS), l'établissement a défini une politique de prévention du risque infectieux, intégrée dans le projet d'établissement 2015-2019 dont les actions sont : le développement d'une culture partagée de sécurité et de qualité des soins concernant la lutte contre les infections nosocomiales, la coopération EOH/CGR/CME/correspondants en hygiène, la sensibilisation des professionnels et la formation. Cette politique s'appuie aussi sur les données issues des évaluations des pratiques professionnelles, des indicateurs et enquêtes. Par ailleurs, l'établissement s'est engagé en 2015 au juste usage des antibiotiques (procédure de bon usage des antibiotiques, plaquette d'information du bon usage des antibiotiques, fiche fonction référent antibiotique, formation des professionnels, surveillance, consommation et résistance des antibiotiques grâce à des indicateurs).

Chaque année, le bureau du CLIN décide du programme au regard du bilan de l'année précédente. Celui-ci est ensuite validé par le CLIN, puis en CME. Il est composé de quatre chapitres (prévention, formation, surveillance, évaluation).

L'analyse des risques a été étudiée à partir d'une fiche d'identification et de l'élaboration d'une cartographie des risques, dont les sources sont issues d'une visite de risques pilotée par le médecin hygiéniste. Comme pour tous les processus, les risques ont fait l'objet d'une cotation en criticité et maîtrise par le COPIVIRIS, faisant alors émerger les risques prioritaires. Ceux-ci ont alimenté le compte qualité, dont le principal porte sur la prescription des antibiotiques. Le programme de prévention du risque infectieux est décliné en plan d'actions validé et suivi en CLIN et EOH et intégré dans le PAQSS unique de la clinique, en lien avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le CLIN est composé d'un bureau (président neurochirurgien et pharmacien, cadre hygiéniste et médecin hygiéniste), qui préparent les différentes propositions pour une validation au CLIN. Le comité anti-infectieux et COMEDIMS, compte-tenu de la taille de l'établissement sont intégrés au CLIN (ces deux thèmes sont systématiquement abordés). Une convention avec un infectiologue permet d'accompagner les praticiens de la clinique pour certains patients le nécessitant (conseil et prescription). Cette convention structure et détermine son champ d'intervention.

Les missions des pilotes et copilotes, du cadre hygiéniste sont définies et inscrites dans le règlement intérieur du CLIN. Les fiches de missions des correspondants en hygiène sont formalisées. Le cadre hygiéniste assure l'animation du groupe de correspondants en hygiène (réunions trimestrielles). Par ailleurs, il assure les formations en interne des correspondants hygiène et autres professionnels (hygiène et VVC, hygiène en endoscopie digestive, hygiène et développement durable, gestion des déchets, formation AES...), et organise les formations externes avec le CCLIN régional. Le plan de formation intègre régulièrement des formations organisées sur les précautions complémentaires et standards, des formations diplômantes et des journées régionales (CCLIN Est). Le pharmacien est en cours de formation d'un diplôme de chimiothérapie anti-infectieuse et infectiologie. L'accueil d'un nouveau salarié fait l'objet d'une procédure (« recrutement et intégration d'un nouveau salarié ») précisant toutes les étapes d'intégration.

Le CLIN se réunit 3 fois/an et dispose d'un programme annuel. La réflexion sur l'antibiothérapie est intégrée au CLIN, avec le suivi des consommations d'antibiotiques et l'analyse des résistances bactériennes. Les protocoles relevant des bonnes pratiques en matière d'hygiène, de bionettoyage, de contrôle de l'environnement sont formalisés et intégrés dans la GED de la Clinique. Les procédures et protocoles sont régulièrement réactualisés, avec la participation des correspondants en hygiène et membres du CLIN. Lors des travaux, le CLIN est systématiquement consulté pour la prévention environnementale. L'achat de matériel nécessaire à la protection du personnel et des patients contre les infections associées aux soins est effectif.

Un programme de maintenance des réseaux d'eau et air préventive et curative par le carnet sanitaire est intégré au GMAO. Le contrôle de l'environnement (eau, surface, air) est formalisé, avec un carnet sanitaire spécifique au bloc opératoire, stérilisation et URCC.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes de professionnels est portée par les actions de communication du bureau du CLIN et des correspondants en hygiène. Des affichages sur les surveillances et actions d'amélioration mises en place conduisent à la sensibilisation des professionnels, renforcée par la nomination d'un binôme de correspondants en hygiène dans chaque secteur d'activité. Ceux-ci participent aux réflexions

menées sur les actions correctives, les expérimentations et les audits. Le cadre hygiéniste sensibilise régulièrement les équipes soignantes à travers les surveillances (ISO, BMR, AES...). Les indicateurs nationaux (ICALIN) sont affichés dans le hall d'accueil de la clinique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels en charge de la prévention du risque infectieux disposent des compétences requises au regard des formations diplômantes ou continues acquises parmi les membres du bureau du CLIN, jusqu'au professionnels de terrain. La clinique a mis en place les ressources suivantes pour mettre en œuvre la politique et la stratégie de la maîtrise du risque infectieux :

- un cadre infirmier hygiéniste à mi-temps titulaire d'un DU en hygiène hospitalière
- un bureau EOH constitué du pharmacien ayant un DU d'hygiène, un cadre infirmier hygiéniste, un médecin président du CLIN, et un PH hygiéniste mis à disposition par convention du centre hospitalier Lyon Sud
- un groupe de correspondants en hygiène animé par l'infirmière hygiéniste tous les trimestres avec un binôme infirmier/aide-soignant par service (listing composition des correspondants en hygiène)
- une commission des antibiotiques avec un médecin anesthésiste titulaire d'un DU en infectiologie et un pharmacien, également titulaire d'un DU en infectiologie, tous deux référents en antibiotiques de la clinique ainsi qu'un infectiologue externe par convention.
- un biologiste infectiovigilant.

Les personnels de terrain sont formés régulièrement aux précautions standards et particulières. Il existe un plan de formation annuel des professionnels, validé en CLIN. L'ensemble des professionnels est formé en interne avec le concours du cadre infirmier hygiéniste et du PH hygiéniste (21 formations internes depuis 2015). De surcroît, la clinique a régulièrement recouru à des formations externes (12 formations externes). Les protocoles sont intégrés dans la Gestion Documentaire (GED) de la clinique et sont accessibles à tous.

Des ressources matérielles nécessaires sont prévues pour assurer la sécurité et la prévention du risque infectieux (tabliers, masques, sur-blouses, collecteurs, matériel sécurisé pour les gestes invasifs).

Le choix des produits de bionettoyage ont fait l'objet, y compris en secteur médico-technique, d'un audit. Chaque service dispose d'un chariot de ménage, dont l'usage des produits est bien identifié par les professionnels concernés. Les locaux intermédiaires déchets (DASRI/ DAOM) et linge sale sont sécurisés et réglementaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'hygiène de l'environnement (eau, air, surface) est gérée conjointement entre l'ingénieur biomédical, le service technique et le CLIN : les prélèvements air, eau, surface sont effectués régulièrement par le cadre hygiéniste et le laboratoire, avec un calendrier prévisionnel et retour des résultats au CLIN. Une procédure décrit les actions à mettre en place, en cas de résultats d'alerte. Un carnet sanitaire du bloc opératoire permet une surveillance spécifique et le regroupement des données pour un secteur à risque. Un carnet sanitaire de l'eau est tenu par les services techniques.

Le tri des déchets est fait par les professionnels de l'établissement dans le cadre d'un circuit des déchets issu d'une procédure réactualisée en 2016, dans le cadre de la politique du développement durable. Le tri des déchets a été évalué par des audits successifs.

Le bionettoyage est tracé pour les différentes tâches sur une fiche pour chaque agent, avec une répartition entre les ASH et les aides-soignantes quant aux locaux. Les précautions standards et AES sont affichées dans les postes de soins et connues des professionnels. Les chambres sont dotées d'affichage sur les douches préopératoires et lavage de mains.

La dispensation des antibiotiques est nominative et délivrée pour 3 jours de traitement. Le logiciel de prescription intègre une alerte de réévaluation au bout de 3 jours. La consommation des antibiotiques est suivie (DDJ) par le pharmacien ainsi que leur résistance (la clinique participe au réseau national des antibiotiques).

Le risque ATNC est tracé et évalué par un audit de dossier.

Les taux de BMR et BHRé sont suivis, un bilan est présenté en fin d'année en CLIN. Un bilan d'écologie bactérienne est fait par le biologiste (voir en pièce jointe le compte rendu du CLIN février 2017).

Les consommations de SHA par service sont analysées, suivies et présentées, à chaque CLIN.

La surveillance des ISO sont effectives et présentées en CLIN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un programme d'audits et de surveillance est établi annuellement (EPP : Zéro bijoux, infections urinaires, antibioprophylaxie...). Le planning EPP permet de suivre l'état d'avancement de chacune d'entre elles. Chaque EPP fait l'objet d'un rapport présenté au CLIN, avec un calendrier de suivi. Une EPP sur l'antibiothérapie a permis une réévaluation systématique à la 72ème heure par un blocage sur la prescription informatisée. De plus, cette EPP a conduit à transmettre à tout nouveau praticien un guide de bonne pratique de prescription d'antibiotiques. Actuellement, une nouvelle EPP pilotée par le pharmacien et biologiste est en cours sur l'antibiothérapie des infections urinaires, ainsi qu'une autre sur les

infections associées aux soins, avec l'implication du personnel soignant. Ce programme intègre les enquêtes de prévalence et d'incidence (enquête de prévalence des infections nosocomiales).

Par ailleurs, l'établissement a complété le tableau d'indicateurs nationaux par d'autres indicateurs, au regard des besoins identifiés : tableau de suivi de la surveillance de l'environnement, nombre de personnes formées de moins de 5 ans, nombre de documents mis à jour...

Le suivi de ces indicateurs permet l'identification des actions d'amélioration à mettre en place.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration, suite aux indicateurs et audits, sont intégrées dans le PAQSS et suivies en termes de mise en œuvre. Plusieurs itérations d'EPP ont été menées, avec un suivi de l'évolution des actions d'amélioration (hygiène des mains et port de bijou).

Les indicateurs sont affichés dans les lieux ouverts au public et dans les livrets d'accueil. Les résultats sont diffusés aux professionnels par le journal interne (« le coin de l'hygiène ») ou par voie d'affichage, ainsi que pour les patients et usagers.

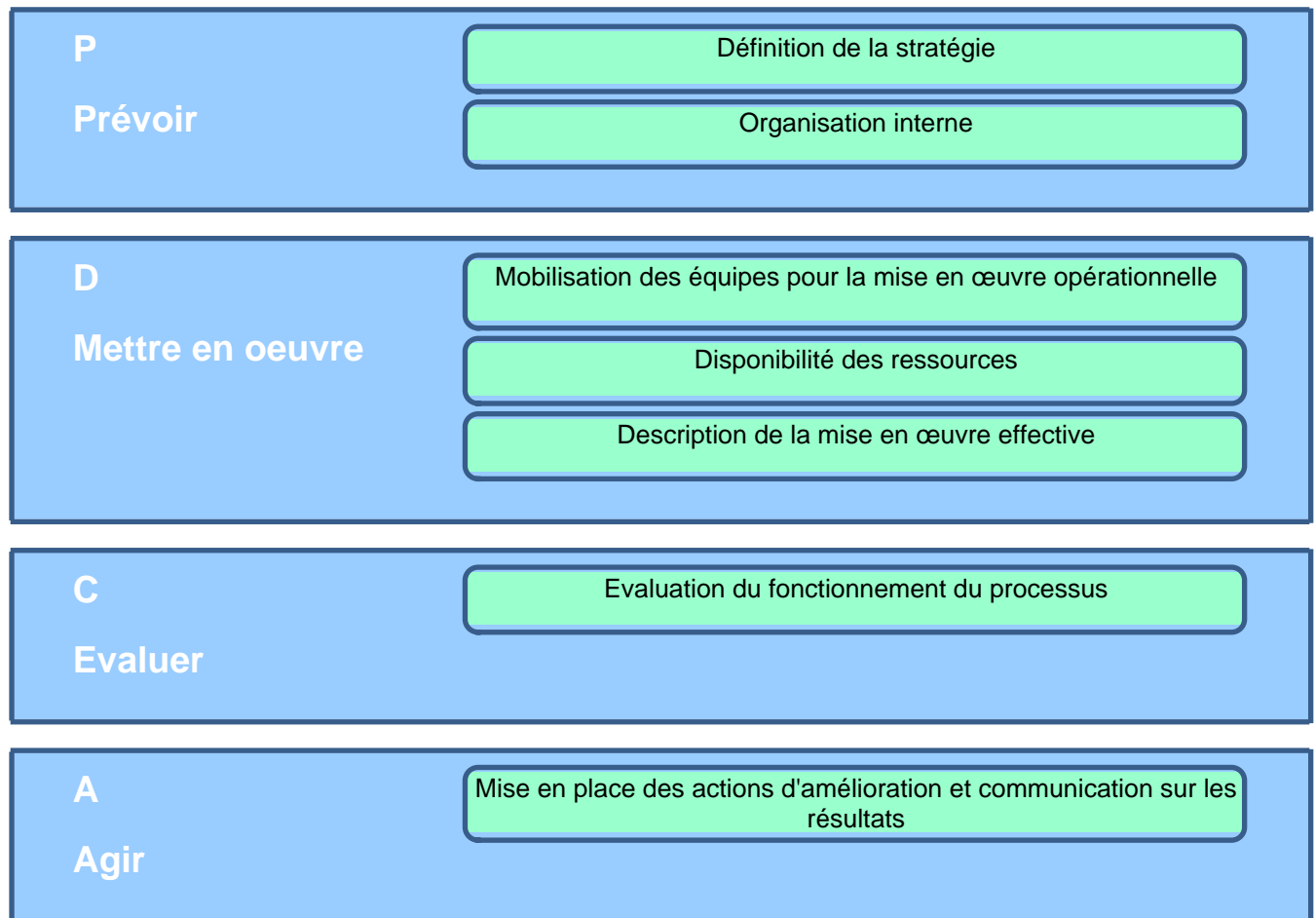
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une politique du droit des patients, formalisée dans le Projet d'établissement 2015-2019 de la CMC Charcot. Elle porte sur la garantie du respect des droits et libertés du patient, la mise à disposition des patients des informations accessibles, un personnel médical et paramédical mobilisés sur le respect des droits des patients, le droit des patients en fin de vie, le développement de la culture de l'information du patient et les contrôles pour s'en assurer (questionnaires de satisfaction, enquêtes).

L'analyse des risques a été étudiée à partir de l'élaboration d'une cartographie des risques, dont les sources sont issues d'une formation sur la bientraitance, des extractions des items relatifs aux droits des patients dans le parcours patient, des plaintes et réclamations, des enquêtes et des EPP. Les trois risques prioritaires (respect de la dignité et intimité, respect des libertés individuelles, information en cas de dommage lié aux soins), au regard des niveaux de criticité et maîtrise, ont notamment alimenté le compte qualité. La mise à jour de la politique des droits du patient en fonction de l'actualité est réalisée (intégration de l'information d'un dommage lié aux soins au projet d'établissement et ciblé dans la cartographie des risques).

Le Label « droit des Usagers » a été attribué à la clinique par l'ARS en avril 2017 pour son projet innovant sur la formation organisée en commun avec les représentants des usagers pour le personnel sur le droit des usagers.

La politique du droit des patients est déclinée en plan d'actions validé et suivi en Commission Des Usagers (CDU) et intégré dans le PAQSS de la clinique, en lien avec le compte qualité.

Les Représentants des usagers (RU) ont participé à la validation et au suivi de la mise en œuvre de cette politique.

ORGANISATION INTERNE

La clinique a établi une organisation pour piloter le processus : un pilote et co-pilote ont été missionnés (direction des soins et médecin médiateur), un groupe de travail pluri professionnel a été mobilisé (membres du groupe de soins palliatifs, groupe éthique et bientraitance et CDU). La CDU est organisée avec un règlement intérieur : ses missions sont définies, les Représentants des Usagers y siègent ; la fréquence des réunions est de 4 fois/an, son plan d'action et son bilan annuel sont élaborés. Le suivi des plaintes et réclamations est géré par la Direction, avec une réponse dans les huit jours. Le suivi des questionnaires de sortie et autres enquêtes (ISATIS) relève des missions du référent qualité et risques. La CDU en est informée, ainsi que les équipes de professionnels sur un rythme mensuel. Un groupe éthique et bientraitance a intégré un RU ; le médecin responsable de ce groupe a suivi une formation éthique. Un groupe en soins palliatifs se réunit 4 fois par an, en portant des réflexions sur les directives anticipées, l'aménagement des chambres et l'organisation de supervision des bénévoles. Des chartes de bientraitance et droits et devoirs du patient ont été élaborés. Un ensemble de procédures (annonce de dommage associé aux soins, accueil patient, sortie du patient...) et fiches d'enregistrement (consentement éclairé, directives anticipées, personne de confiance...) ont intégré la gestion documentaire électronique de la clinique. Un logiciel permet le traitement des questionnaires de satisfaction.

Concernant les locaux : une majorité de chambres est individuelle, en excluant le secteur ambulatoire. Les services sont dotés de paravents si besoin. Les portes des chambres sont systématiquement fermées et l'ambiance sonore est calme. Les professionnels peuvent utiliser le dispositif de signalement des EI pour saisir les situations pouvant être traitées en groupe éthique et bientraitance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'action sur les axes prioritaires tient compte des résultats des audits ou FEI. Les personnels de terrain ont été mobilisés par des formations spécifiques et leurs participations effectives aux groupes de travail ou commissions (formation créée en 2016 spécifiquement sur le droit des usagers pour la Clinique par les représentants des usagers de la Clinique conjointement avec la Direction des Soins et le Responsable Qualité pour l'ensemble du personnel). Les moyens de sensibilisation se sont traduits par des communications régulières via le journal interne, les affichages dans les secteurs d'activités et les réunions d'équipe par l'encadrement. Les professionnels ont participé à la réflexion sur les informations à donner aux patients dans certaines prises en charge (passeport ambulatoire, suivi de la traçabilité de la personne de confiance en médecine), ou sur les propositions d'aménagement pour respecter la confidentialité (restructuration du hall d'accueil dans le cadre de la création du circuit court ambulatoire). Les résultats des Questionnaires de sortie sont gérés par la cellule qualité, diffusés et affichés mensuellement dans les services pour une analyse en équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble du personnel a suivi une formation animée par les RU, qui a valu l'obtention d'un label « droits des usagers ». Le plan de formation prévoit régulièrement des formations en rapport avec les droits des patients, douleur, soins palliatifs et bien-être. Le dispositif d'accueil et d'intégration du nouvel arrivant aborde l'item sur les droits des patients.

Les chambres simples et doubles sont dotées majoritairement d'une salle de bain complète. Les chambres individuelles sont systématiquement utilisées pour les accompagnements de patients en soins palliatifs. Les chambres doubles sont spacieuses et permettent d'intégrer un paravent mobile en cas de soins au lit du patient. La clinique possède une chambre équipée pour handicapé, située dans chaque secteur.

L'ensemble des procédures et formulaires relevant du droit des patients sont accessibles via la Gestion électronique de documents (à titre d'exemple : annonce d'un dommage lié aux soins, contentions, gestion des plaintes, droits et informations du patient, directives anticipées, personne de confiance...). Le livret d'accueil est remis systématiquement en pré-admission, il contient toutes les informations liées aux droits des patients. Des actions ont été menées pour le respect de la l'intimité et la dignité du patient, comme la dotation de pantalons aux patients debout admis en bloc opératoire.

En revanche, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de l'intimité des patients en SSPI. Lors de la visite du bloc opératoire, les expert-visiteurs ont constaté une promiscuité dans la SSPI. En effet, la disposition de fauteuils pour des patients non anesthésiés et conscients font face à des patients couchés en phase de réveil.

De plus, l'organisation de l'établissement ne permet pas le respect de la confidentialité des informations à l'accueil administration. Lors de la présence des experts-visiteurs à l'accueil administratif, des éléments personnels et confidentiels ont été entendus à l'admission d'un patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les visites des services ont permis de constater que les portes des chambres sont fermées, le respect de l'intimité et de la confidentialité est assuré. Les professionnels ont facilement le réflexe de rabattre l'écran de l'ordinateur de leurs chariots de soins, lors du passage de public. En chambres doubles, la mise à disposition de paravents permet le respect de l'intimité lors d'un soin. La prescription systématique de la contention a fait partie des actions prioritaires (sensibilisation des praticiens), qui est suivi mensuellement par l'encadrement. Les procédures sur l'annonce d'un dommage lié aux soins sont connues et argumentées par les professionnels de terrain ; il en est de même sur les directives anticipées. L'information du patient sur ses droits figure dans le livret d'accueil, remis lors de l'admission. Les livrets d'accueil sont différenciés en Ambulatoire (passeport ambulatoire) et en Hospitalisation complète ; ils comportent l'ensemble des informations sur les droits des patients, ainsi que les noms des RU siégeant à la CDU. La charte du patient est affichée sur l'ensemble des circulations publiques et dans les chambres. Les consentements chirurgicaux et anesthésiques sont remis en consultation et contrôlés à l'admission, puis intégrés dans le dossier du patient. La personne de confiance est systématiquement tracée ; un suivi est réalisé en médecine pour les entrées directes pour une traçabilité totale. La CDU est informée de la gestion des plaintes et réclamations, sur la base d'un tableau de suivi géré par la Direction. Elle est aussi informée des FEI, des enquêtes de satisfaction, des demandes de dossiers, et du suivi des actions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi du respect des droits des patients au moyen d'indicateurs découlant des enquêtes et questionnaires de satisfaction, adaptés à chaque prise en charge : le taux de retour des questionnaires de sortie est suivi ; l'enquête ISATIS est réalisée chaque année.

Un tableau de bord d'indicateurs vient compléter les enquêtes (nombre de déclarations de maltraitance, nombre de personnes sensibilisées aux droits des patients...). Des audits sont réalisés (ex: contentions, bonnes pratiques d'annonce d'un dommage associés aux soins, traçabilité de la personne de confiance, enquêtes de satisfactions ciblées pour la chimiothérapie, enquête du circuit-court au moment de l'ouverture du service...). Un Quizz des connaissances sur les droits a été effectué auprès des professionnels suite à leur formation. Le bilan de la CDU est réalisé chaque année.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont suivies trimestriellement en CDU. Elles sont intégrées au PAQSS de la clinique. La communication des indicateurs et résultats d'audits auprès des personnels est effectuée par le journal interne et les affichages.

La communication auprès des patients est effectuée à travers le livret d'accueil et par affichage dans le

hall pour les indicateurs nationaux et diverses informations relevant de leurs droits (CDU, importance de l'identité-vigilance).
L'établissement communique à l'extérieur sur certains événements (« Octobre rose » soirée d'information pour les patientes atteintes du cancer du sein).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

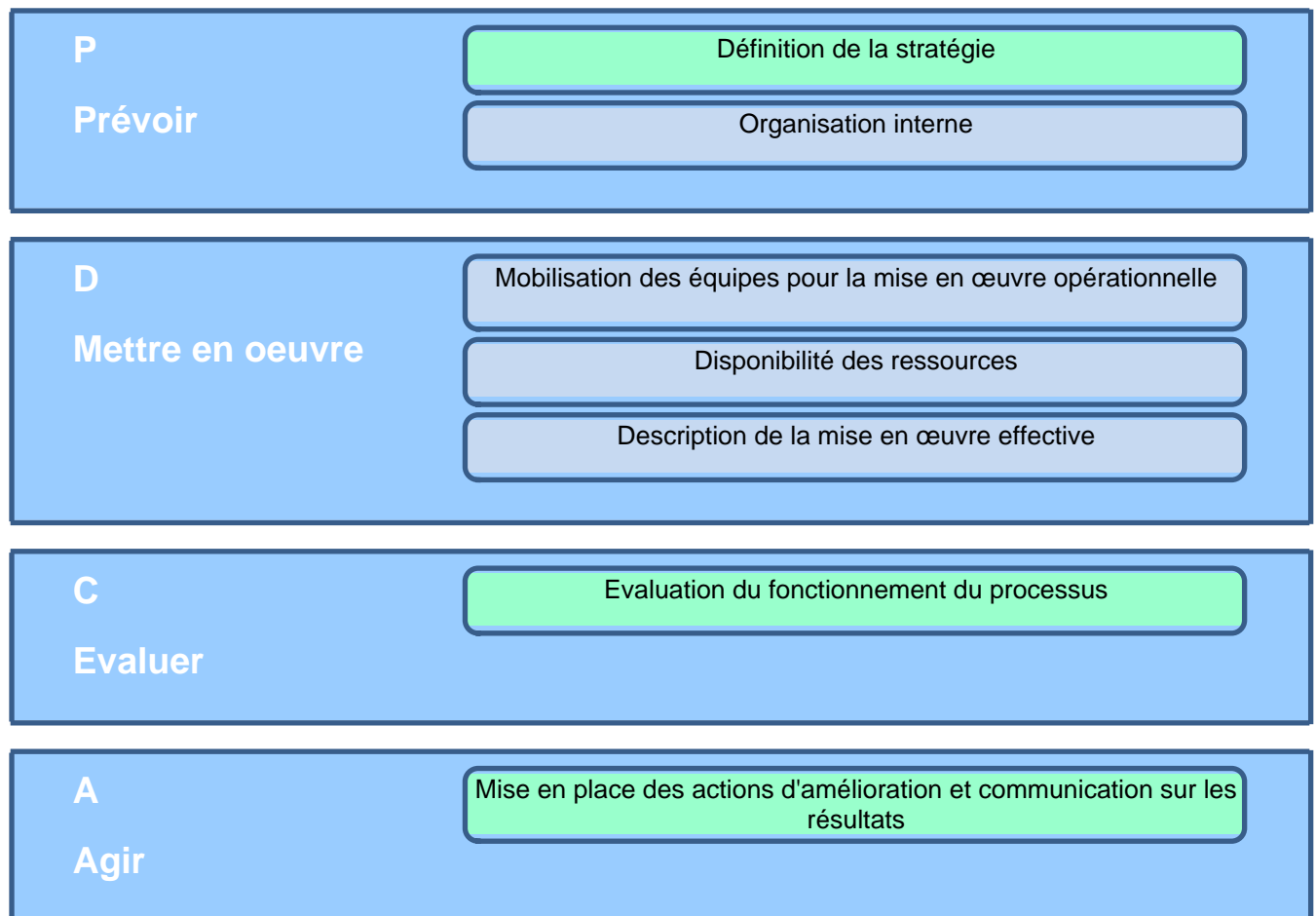
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 l'établissement sur la maîtrise des risques inhérents au parcours patient s'est appuyée sur le projet d'établissement 2015-2019. Il est en lien avec le projet médical et le projet de soins. Le projet médical est orienté vers la chirurgie orthopédique, le traitement du cancer, la médecine polyvalente, le développement de la prise en charge en ambulatoire, orientations inscrites dans le CPOM et sur le développement de la RAAC en lien avec les attentes de l'ARS.

Il prend en compte les attendus du schéma d'organisation des soins, sur les thématiques de médecine, de cancérologie, de chirurgie, des soins de surveillance continue et des soins palliatifs. Pour assurer une prise en charge au plus près des besoins des patients de nombreuses conventions ont été passées avec des établissements hospitaliers en recherche de compétences complémentaires, avec des SSR et des structures de soins à domicile.

La rencontre avec les pilotes institutionnels, directrice d'établissement, directrice de soins et président de CME a permis de préciser la méthode d'élaboration des cartographies des risques en place depuis 2012 et réactualisées en 2015. Cette élaboration s'est faite par service en lien avec les professionnels, a été validée par les instances Copiviris et CME. Il existe une cartographie commune au parcours patient et une dédiée à la prise en charge des chimiothérapies en ambulatoire. Elle a été élaborée aux regards des IQSS, des données des évaluations internes, des FEI déclarées et des EPP menées dont les patients traceurs.

Les principaux risques ont été identifiés, leur criticité évaluée. Cela a permis à l'établissement de choisir ceux à traiter en priorité, tout en restant vigilant sur d'autres risques non maîtrisés à criticité faible mais nécessitant un certain niveau de surveillance. Les objectifs des plans d'action sont retrouvés dans le compte qualité et sont en lien avec le PAQSS. Les actions font l'objet de calendrier d'échéances et sont mesurées. Ces choix stratégiques ont été validés par les instances et ont fait l'objet de communications.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour assurer la mise en œuvre des plans d'action définis, comme par exemple, les améliorations des organisations à l'accueil des patients et du handicap, à la programmation des interventions mais également des patients à risque de chutes. Des pilotes et copilotes opérationnels sur la base du volontariat, ont été nommés pour mettre en œuvre cette politique. Ces nominations ont été validées par le COPIVIRIS. Les fiches de mission précisent leur rôle et responsabilité. Des règlements intérieurs ou des chartes de fonctionnement, dans chaque unité, appuient l'encadrement de leur mission.

L'établissement a adapté ses ressources humaines au regard des objectifs définis, a mené des politiques de réorganisation des accueils, des locaux avec le développement de nouveaux types de prises en charge, comme la RAAC ou le développement de la chirurgie prothétique du membre inférieur en ambulatoire. Une cellule de coordination est en place permettant le placement des patients, mais également des convocations adaptées aux horaires préétablis du programme opératoire. La gestion des effectifs est anticipée au regard de la pré-programmation opératoire. Le recrutement médical est adapté aux besoins de la continuité des soins. L'établissement ne possède pas de SAU, mais un médecin urgentiste assure une consultation de 8 h à 22 h sur le site et permet de participer à la continuité des soins.

L'ensemble de la gestion documentaire est disponible à chaque poste sous format électronique. Les fiches de poste de chaque agent y sont retrouvées. La gestion documentaire en lien avec le parcours patient est en place et permet de retrouver les protocoles ou procédures, accueil du patient, accueil des populations spécifiques, dépistage du risque suicidaire, prise en charge des troubles nutritionnels, sortie du patient. L'ensemble de la traçabilité est sous format électronique, certains documents sous format papier restent archivés. Un système de mise à jour, géré par alertes informatiques est opérationnel.

Des ressources en matériel et locaux, aux vues des engagements dans le développement de la prise en charge en ambulatoire, ont pu être constatés : agrandissement du service ambulatoire, création d'un circuit court patient debout par exemple. Les équipements en matériel informatiques sont disponibles et favorisent la traçabilité des prises en charge et la coordination des soins. A noter un accès à distance pour les médecins de la prescription informatique, la possibilité de l'édition d'un traitement de sortie, et du compte rendu opératoire. Des interfaces nombreuses, entre autres avec le programme opératoire, permettent le suivi du patient et les anticipations dans les organisations comme celle du brancardage. Un lien existe également avec l'imagerie et la biologie, avec une implémentation directe des résultats dans le logiciel du dossier patient.

Pour assurer au patient un parcours le plus en lien possible avec ses besoins, les compétences extérieures sont recherchées et s'appuient sur des conventions.

L'établissement est membre du réseau régional de cancérologie de Rhône-Alpes. Un centre de coordination en cancérologie est sur site depuis 2005. Des conventions sont en place pour la radiothérapie et la médecine nucléaire. D'autres coopérations sont en place avec des services de réanimation et des établissements de SSR. Une convention est en place avec le site Nephrocare et le service de médecine sert de recours pour les patients insuffisants rénaux traités en dialyse. Les

néphrologues sont intégrés à l'équipe médicale de l'établissement, avec des accès réciproques au logiciel dossier patient. D'autres conventions sont en place pour les soins à domicile ; l'établissement suit le programme Prado. Une convention est en place également avec le service de radiologie et le laboratoire d'analyses biologiques sur site et s'appuie dans les deux cas sur une charte qualité partagée. Des intervenants extérieurs diététiciennes, kinésithérapeutes et psychologue ont également accès aux données du dossier informatisé et tracent leurs interventions.
Une convention avec l'hôpital d'Arbresle permet la mise à disposition de consultations d'addictologie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées autour des axes prioritaires définies dans le PAQSS et au regard des risques identifiés comme prioritaires, retrouvés dans le compte qualité. Un travail encadré par les responsables d'unités s'est axé sur les problèmes d'organisation à l'accueil des patients, l'anticipation des hospitalisations, l'amélioration des échanges entre les intervenants pour anticiper la prise en charge des patients handicapés. Cette mobilisation est favorisée par une communication soutenue, notes d'informations, réunions de service, flash info, lettre de la qualité mensuelle et par l'intranet de l'établissement.

La déclaration de FEI permet en comité des FSEI, les réponses aux déclarants et de juger de l'efficacité des plans d'action mis en place. Des CREX sont en place et en particulier sur l'analyse des chutes. Des formations sont proposées au décours des entretiens individuels, ou au regard des axes prioritaires définis.

Une cellule de coordination a été mise en place ainsi qu'une infirmière de coordination pour les projets RAAC et de prise en charge de la chirurgie prothétique du membre inférieur en chirurgie ambulatoire. Les professionnels sont sensibilisés aux risques identifiés comme prioritaires dans leur prise en charge, ces risques sont suivis et les résultats sont communiqués. Des CREX sont organisés sur les erreurs médicamenteuses et font l'objet d'analyses conjointes avec celles des chutes. Des actions correctives peuvent suivre les analyses des FEI, tout particulièrement celles en lien avec les risques prioritaires identifiés. Des indicateurs sont suivis. Les résultats des campagnes de recueil des IQSS sont connues. L'établissement a participé au recueil des IQSS en ambulatoire et a identifié des axes d'amélioration. Des audits en lien avec le processus sont menées, comme le patient traceur et permettent une mise en situation.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont adaptées aux besoins des activités et suivent la charge de travail. Des appels à des consultants externes sont en place, comme par exemple des consultations de médecin homéopathe, d'infirmière compétente en addictologie, de psychologue et d'une diététicienne.

A noter également l'appel à un onco-gériatre en cas de besoin, médecin radiothérapeute et qui participe au 3 C. Les ressources documentaires sont disponibles dans les postes de soins. Il existe une politique d'accueil des nouveaux arrivants, tutorat, formation à l'utilisation du logiciel métier, l'accès à la documentation sur l'intranet. Les besoins en formation sont évalués et adaptés aux besoins des prises en charge (formation à la bientraitance, formation à l'hypnose, DU douleur et de soins palliatifs, formation aux gestes d'urgence...). Les professionnels sont formés régulièrement, e-learning sur la transfusion sanguine validant DPC par exemple, en service de médecine. D'autres formations sont délivrées en interne.

Les locaux ont été adaptés aux besoins de la prise en charge, en ambulatoire avec un circuit court, nouvellement créé. Le service de médecine, lors de la rénovation, a pu bénéficier de la création d'un salon des familles, par exemple. Les besoins en matériel comme les casques réfrigérants sont à disposition dans le service d'oncologie. Des protocoles de prise en charge en fonction de l'état du patient sont en place, personnes âgées, handicap, maladie chronique, enfants et adolescent, mais également protocole RAAC. Toute prise en charge suit un protocole qui fait office de Projet Personnalisé de Soins, au regard de la pathologie du patient et du médecin référent.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation de son état initial et de l'ensemble de ses besoins dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge. L'établissement ne dispose pas de service d'urgence, néanmoins un médecin urgentiste est présent sur le site et permet des admissions en urgence en cas de besoin. La possibilité d'admission directe en secteur d'hospitalisation peut se faire en accord avec les médecins du service en sortie de consultation, ou après acceptation lors d'une demande d'un correspondant externe. Une consultation d'addictologie est en place, en cas de besoin.

Le service d'oncologie en ambulatoire est organisé avec une visite systématique du patient avant sa cure. Son protocole décidé en RCP est validé en fonction de l'évaluation de son état de santé, avant la cure. De plus il peut être fait appel aux compétences d'un Onco-gériatre, radiothérapeute sur le site.

L'éligibilité dans le cadre de la prise en charge en ambulatoire, ou en circuit court est anticipé par le

chirurgien en consultation et validé à la consultation d'anesthésie.

A l'admission des patients l'évaluation des besoins est réalisée par les soignants, dépistage de la dénutrition, du risque d'escarres. Une formation au dépistage du risque suicidaire a renforcé la pratique du dépistage. Ce risque est tracé, et l'appel au psychologue organisé en cas de besoin. Un projet personnalisé des soins est disponible pour chaque prise en charge. Les documents de consentement, avec la trace du bénéfice risque sont recueillies par les IDE sous format papier et intègrent le dossier du patient et seront archivées. Il en est de même de la personne de confiance. L'état du patient est réévalué, et le projet peut être modifié en cas de besoins. Les observations médicales sont tracées. Des réunions de synthèse sont organisées en médecine, ainsi que des staffs dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs. La RCP en cancérologie est réalisée tous les 15 jours.

La continuité des soins est assurée par un système d'astreinte 24 h sur 24. La prise en charge des urgences vitales a fait l'objet de formations régulières. Un numéro unique d'appel est en place lors de la présence sur site des anesthésistes.

Un travail a été mené sur les risques inhérents à la prise en charge des personnes âgées, travail mené sur l'analyse des chutes, leur prévention, mais également sur le risque médicamenteux. Le handicap est pris en charge et des chambres pour personnes à mobilité réduite sont à disposition dans les unités.

Il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'ARS, la liste des programmes régionaux est à disposition si besoin. Des actions d'éducation sont portées par les IDE, comme la gestion des stomies.

L'infirmière coordonnatrice dans le cadre de la RAAC et de la prise en charge de la chirurgie prothétique des membres inférieurs complète l'information donnée par le chirurgien sur les caractéristiques propres à cette prise en charge. De nombreux documents d'information sont à disposition des patients sur les techniques chirurgicales. En oncologie des informations sur les soins de support, l'intérêt des casques réfrigérants, le déroulement de la séance de chimiothérapie sont à disposition.

La prise en charge de maladies inflammatoires du tube digestif a amené à la réalisation de nutrition parentérale initiée en hospitalisation et poursuivie en ambulatoire. Des lits d'hospitalisation de médecine de jour permettent la réalisation de traitements adaptés à la prise en charge de ces pathologies chroniques.

La sortie des patients est organisée. Elle est anticipée dans le cadre de l'ambulatoire et les procédures RAAC. Elle s'accompagne de conseils post opératoires, de la présence du compte rendu opératoire, du courrier adressé au médecin traitant, ainsi que d'une ordonnance intégrant le traitement personnel du patient et des traitements en lien avec sa prise en charge. Pour les patients nécessitant une prise en charge en SSR, le dispositif trajectoire est en place. Il existe de plus des conventions avec des établissements SSR. L'établissement adhère au PRADO.

Un cabinet de kinésithérapeute est en place dans l'établissement. Leurs interventions menées dans le cadre de la RAAC sont tracées dans le dossier patient et ils participent au programme de récupération rapide après chirurgie, mais interviennent également pour d'autres types de prise en charge. Les patients insuffisants rénaux en dialyse peuvent être admis en service de médecine et une prise en charge avec les néphrologues est assurée, avec une mise en commun des informations sur le dossier informatisé. L'avis au spécialiste (compétences en interne ou en externe) est facilité et tracé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses EPP ont été menées, entre autres, sur les chutes, le respect de la mise en place des contentions, la prise en charge de la dénutrition. Une chambre des erreurs a été réalisée. Les indicateurs IQSS sont recueillis et des audits intermédiaires sont menés. L'établissement a participé au recueil des IQSS en ambulatoire. L'amélioration de la prise en charge en chirurgie ambulatoire s'est appuyée sur une analyse en situation de la prise en charge par caméra emportée. Des indicateurs d'activité par service sont suivis, l'indicateur e-satis et les résultats des IQSS sont communiqués. La satisfaction des patients est évaluée dans toutes les unités. L'établissement participe au groupe GRACE pour la chirurgie digestive. Analyse des FEI, indicateurs du plan cancer RCP, PPS et consultation d'annonce font également l'objet d'évaluations régulières.

A / AGIR

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

L'analyse des chutes a fait l'objet d'une modification du recueil des circonstances de la chute, et la mise en place d'un CREX. Ces analyses ont permis une amélioration du dépistage du risque ainsi que l'élaboration d'affiches d'information à destination des patients et de leur entourage. Elle a été couplée avec l'analyse des risques de confusion due à la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée. Pour renforcer la sécurité de préparation des cytotoxiques des courriers de sensibilisation ont été envoyés aux médecins pour validation des RCP en temps utile. Aux résultats des IQSS, des courriers de sensibilisation

sur les éléments à remettre au patient à son départ ont été systématiquement envoyés. Des adaptations du logiciel métier ont pu faciliter la réalisation de ces exigences. La mise en place de la cellule de coordination a permis de diminuer les désorganisations du bloc opératoire et est responsable de la convocation des patients en ambulatoire, envoi par SMS la veille ou appel téléphonique. Cette nouvelle organisation permet également de simplifier l'intégration des urgences et la modification du planning opératoire. De plus la vigilance du fait des nouvelles activités patient debout a été renforcée, dont l'évaluation préopératoire du handicap. L'appel du lendemain et son évaluation sur la qualité de la prise en charge de la douleur a permis de modifier et d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients en ambulatoire.

Toutes ces actions d'amélioration sont connues des professionnels, sont évaluées et les résultats en sont communiqués en CME, par la lettre de la qualité, par mise à disposition dans les services de soins et sont intégrés au PAQSS.

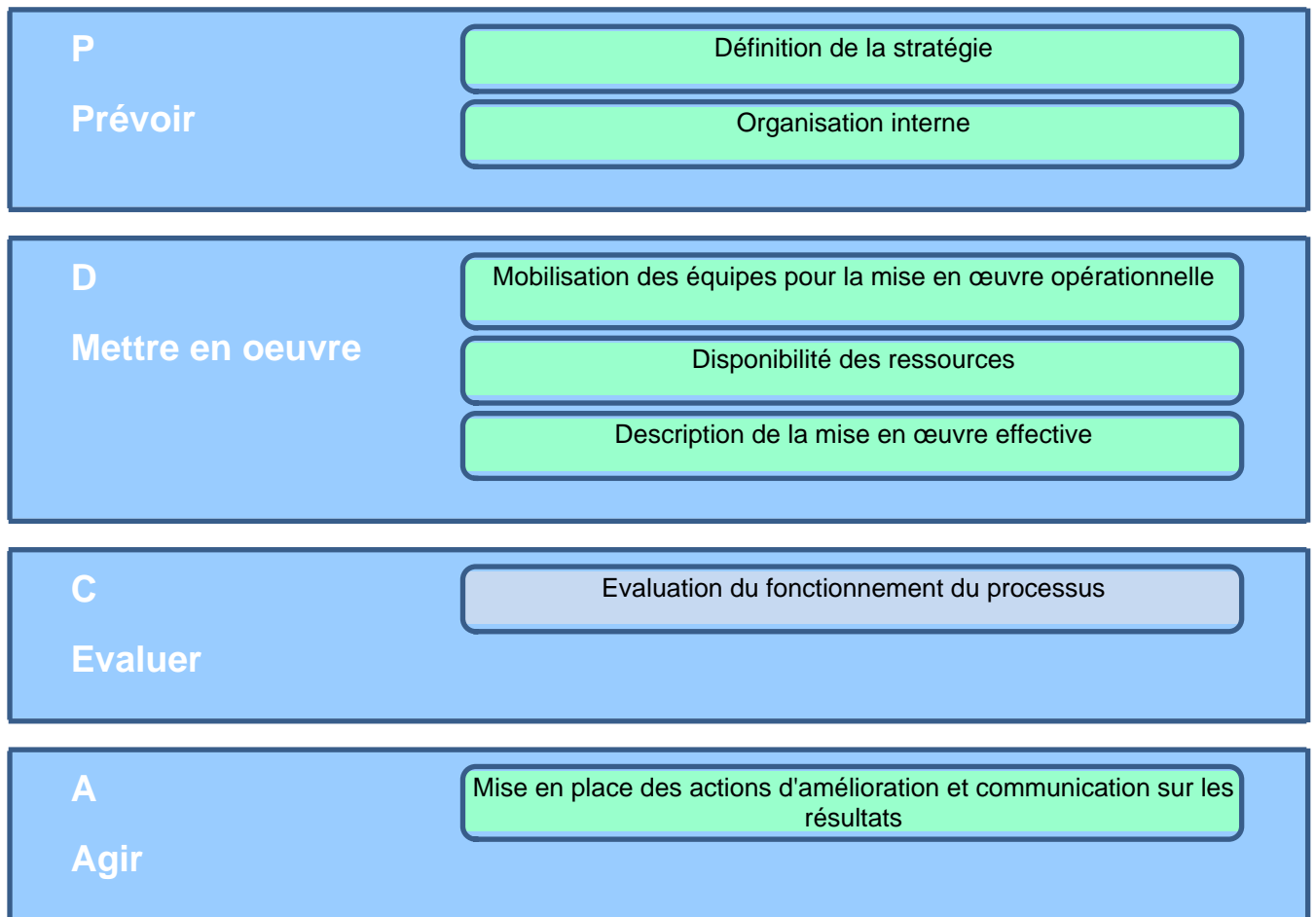
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique institutionnelle du dossier patient est définie dans le projet d'établissement 2015-2019, en lien avec le schéma directeur des systèmes d'information et en conformité avec le CPOM 2013-2018. Elle s'articule autour de 3 axes stratégiques : informatiser le dossier patient, poursuivre l'informatisation avec les autres fonctions internes et garantir la juste valorisation des activités. Le directeur, le directoire, les cadres de santé et les médecins ont participé à l'élaboration du projet d'établissement qui a été validé par la CME, le COPIVIRIS et la CDU. Le projet d'établissement et la politique du dossier patient sont accessibles dans le logiciel qualité-gestion des risques.

L'établissement a identifié les risques inhérents au processus dossier patient, à partir d'une réactualisation des cartographies élaborées en 2012 et tenant compte des données issues des fiches d'évènements indésirables et des exigences réglementaires. Les risques ont été mesurés en utilisant les outils de l'HAS. 14 risques ont été identifiés et 4 risques prioritaires ont été retenus dans le compte qualité : logiciel métier de chimiothérapie et celui de dialyse non communiquants, dossier inaccessible, perte de données et défaut de confidentialité. Les professionnels ont participé à l'analyse des risques.

Un plan d'actions comprenant : objectifs, actions d'amélioration, responsable, planification, modalités de suivi et état d'avancement est identifié sur les risques prioritaires. Le plan d'actions est intégré au programme global 2014-2018 d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié un pilote et 2 co-pilotes sur la base du volontariat, dont les candidatures ont été validées par le COPIVIRIS. Un IDE est référent du dossier patient informatisé. L'infirmier référent du dossier patient informatisé a pour mission de :

- Servir d'interface entre les besoins des services (synthèse des groupes de travail mensuels) et la société prestataire du logiciel.

- Former les nouveaux arrivants (secrétaires, soignants, médecins).

- Rédiger et mettre à jour les protocoles et notes d'information sur les mises à jour du logiciel.

Une assistante administrative est référente du logiciel administratif. Un groupe d'utilisateurs du dossier patient informatisé est constitué pour faire évoluer le logiciel. Le pilote et les co-pilotes font partie du groupe FEI. Les rôles, responsabilités et positionnements hiérarchiques sont définis au travers de fiches de procédures, fiches techniques et fiches de fonction (fiche technique de missions des pilotes de processus, fiche de fonction du référent dossier patient informatisé, fiche technique de l'organigramme hiérarchique).

L'établissement a mis en place une organisation pour la création d'un dossier patient dans le logiciel métier DPI 24h/24. Les besoins en formation sont identifiés dans le plan de formation 2017 de l'établissement, notamment sur l'évolution du logiciel administratif et du logiciel DPI. Une organisation est prévue pour l'accueil des nouveaux arrivants leur permettant l'utilisation du logiciel dossier patient ; de même pour la connexion au logiciel DPI pour le personnel intérimaire. Les documents utiles pour la gestion du DPI de la création à l'archivage et l'accès du patient à son dossier sont identifiés, formalisés et diffusés, notamment les règles de gestion du dossier patient et les règles d'accès du patient à son dossier.

Les ressources matérielles informatiques utiles sont identifiées en adéquation aux besoins : ordinateurs, serveurs connectés, serveur de secours et PC de sécurité. Le dossier informatisé d'hospitalisation intègre le volet infirmier, le volet médical, le volet prescription, le volet validation pharmaceutique, le volet consultation d'anesthésie, salle de réveil et bloc opératoire. Il est accessible par le service PMSI.

Une interface bidirectionnelle est en place entre le logiciel des données administratives et le logiciel dossier patient, pour limiter les doublons. L'IPP est mis en place, il est commun aux deux logiciels.

Les interfaces sont organisées avec les intervenants extérieurs (radiologie, biologie, laboratoire d'anapathologie) avec intégration automatisée en temps réel des comptes rendus et des résultats.

Un système de sauvegarde automatisé est prévu. Un plan de retour à l'activité des systèmes d'information est diffusé dans le logiciel métier qualité-gestion des risques.

Les locaux d'archivage sont identifiés et organisés sur site.

Un dispositif de communication est en place pour permettre aux professionnels de connaître les risques retenus sur le processus dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est organisé. Il est informé de ses droits en la matière, notamment au travers du livret d'accueil, du site internet, de la charte du patient hospitalisé et d'affichage. Une organisation est mise en place pour permettre la communication en temps utile du dossier entre professionnels. Le partage de données entre professionnels de santé via une plateforme régionale est initié.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables d'unités communiquent auprès de leurs équipes sur les axes stratégiques du dossier patient, lors de réunions de service annuelles ou bi-annuelles. Des actions de communication sur les risques sont réalisées, notamment par les responsables d'unité, la lettre mensuelle qualité gestion des risques dans laquelle un article sur le DPI figure systématiquement, les courriers aux praticiens, les réunions d'instance ou de groupes de travail et le flash info.

Les équipes participent au signalement et traitement des EI, aux démarches EPP, comme l'évaluation de la tenue du dossier patient en cancérologie ou l'évaluation de la tenue du dossier transfusionnel. Elles contribuent à l'élaboration des protocoles et font remonter au groupe "utilisateurs DPI" les besoins comme la possibilité d'édition des comptes rendus opératoires.

Des réunions de service sont organisées pour échanger sur les résultats des évaluations.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des outils et la formation des professionnels à la gestion du dossier patient sont disponibles : un IDE est détaché pour une mission de référent du DPI, en adéquation aux besoins. Les professionnels concernés sont formés à l'utilisation du logiciel DPI, l'évolution des logiciels (logiciel administratif et logiciel DPI). Le groupe "utilisateurs DPI" est compétent pour faire évoluer le logiciel.

Les nouveaux arrivants sont doublés pendant plusieurs jours/semaines et formés à l'utilisation du logiciel du patient informatisé. Ils reçoivent également une formation spécifique pour le dossier patient par l'infirmier référent.

Le qualicien forme tout nouvel arrivant, soignant, médecin, au logiciel de gestion électronique documentaire (BlueMédi).

Les professionnels disposent de documents applicables, accessibles dans le logiciel qualité-gestion des risques, notamment les protocoles d'utilisation du logiciel DPI. Les documents font l'objet d'actualisation.

Les patients sont informés de leurs droits d'accès au dossier via des documents comme le livret d'accueil, des affichages, la charte du patient hospitalisé.

Les ressources matérielles informatiques sont disponibles et en adéquation aux besoins : ordinateurs, serveurs connectés, serveur de secours et PC de sécurité. Un système de sauvegarde automatisé est en place. Un plan de retour à l'activité des systèmes d'information est diffusé dans la base documentaire du logiciel qualité-gestion des risques. Les locaux d'archivage sont sécurisés et accessibles 24h/24.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le DP est informatisé pour la majeure partie des pièces à l'exception de la feuille d'anesthésie, de la traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des résultats d'examens réalisés en dehors de l'établissement, qui n'auraient pas été scannés pour intégration. Certains chirurgiens ont conservé leur propre logiciel. Ils cotent leurs actes et envoient leur compte rendu au DIM. Les TIM intègrent les documents dans le logiciel DPI.

L'établissement a conservé des archives papier. Les DP papier contiennent les éléments du dossier non intégrés au DPI. Le DP papier est sorti des archives en cas de réhospitalisation ou à la demande. Une copie de la carte d'identité est retrouvée dans le DP.

L'IDE référent DPI assure particulièrement la veille des dysfonctionnements du logiciel DPI, la formation des professionnels, la reconstitution des éléments du dossier patient en cas de plainte ou de demande de dossier à partir des éléments papier archivés et des éléments du DPI. En cas d'arrivée d'un patient en dehors des heures d'ouverture de l'accueil, ce sont les médecins qui réalisent l'admission dans le logiciel DPI. Ils ont été formés par l'éditeur et/ou l'IDE référent DPI.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier patient grâce au dossier patient informatisé partagé. Par ailleurs, les médecins ont un accès sécurisé au logiciel DPI à distance, la secrétaire de chimiothérapie intègre les éléments du logiciel de chimiothérapie dans le DPI, les TIM intègrent les éléments du dossier papier dans le DPI. Les résultats des examens de radiologie, de biologie médicale et d'anatomopathologie sont intégrés dans le DPI.

Le patient peut accéder à son dossier dans des délais conformes à la réglementation.

Le dossier patient peut faire l'objet de communication, en temps utile, entre les professionnels impliqués dans la prise en charge au sein de l'établissement et avec les correspondants externes. En effet, les personnels de médecine peuvent consulter les éléments du dossier de dialyse. Les néphrologues peuvent prescrire dans le logiciel de dialyse et dans le logiciel DPI. La secrétaire de chimiothérapie intègre dans le DPI les éléments du dossier de chimiothérapie. Les produits sanguins labiles sont prescrits et suivis dans le logiciel DPI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le fonctionnement de son processus à l'aide des IQSS, des IHN, des EPP et autres indicateurs. L'établissement reconduit l'évaluation des IQSS l'année suivante de son recueil obligatoire. Un audit annuel a lieu sur la conformité des pièces obligatoires à retrouver dans le dossier du patient, un autre a lieu sur la tenue du dossier de cancérologie sur la base d'analyse de dossiers de chirurgie et de chimiothérapie. L'établissement évalue la traçabilité de l'identification de la personne de confiance. L'établissement évalue les délais de transmission des dossiers aux patients qui sont conformes aux objectifs réglementaires. Les résultats des données d'évaluation et leur progression sont communiqués aux professionnels, notamment par les lettres qualité gestion des risques, des courriers à l'attention des praticiens, les rapports d'évaluation, des réunions de service et d'instances. Le PAQSS comprenant les actions liées au processus du dossier patient est suivi par le COPIVIRIS.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre, au regard des évaluations réalisées. Ainsi, des actions de réduction de 2 des 4 risques retenus dans le compte qualité sont identifiées dans le compte qualité et le PAQSS 2014-2017. Le PAQSS 2014-2017 comprend également des actions de réduction de risques et/ou d'amélioration suite aux résultats des EPP, des IQSS ou autres indicateurs et des FEI. L'établissement met en place son projet de dématérialisation de l'ensemble des pièces du DP.

L'établissement tient compte des valeurs des évaluations pour mettre en place des évolutions du logiciel DPI, comme la possibilité d'édition des traitements de sortie et la possibilité d'édition des comptes rendus opératoires. Le PAQSS fait l'objet d'un suivi en COPIVIRIS.

Des actions de communication relatives au plan d'actions sont réalisées auprès des professionnels et de la CDU notamment par les responsables d'unité, la lettre mensuelle qualité gestion des risques et le flash info.

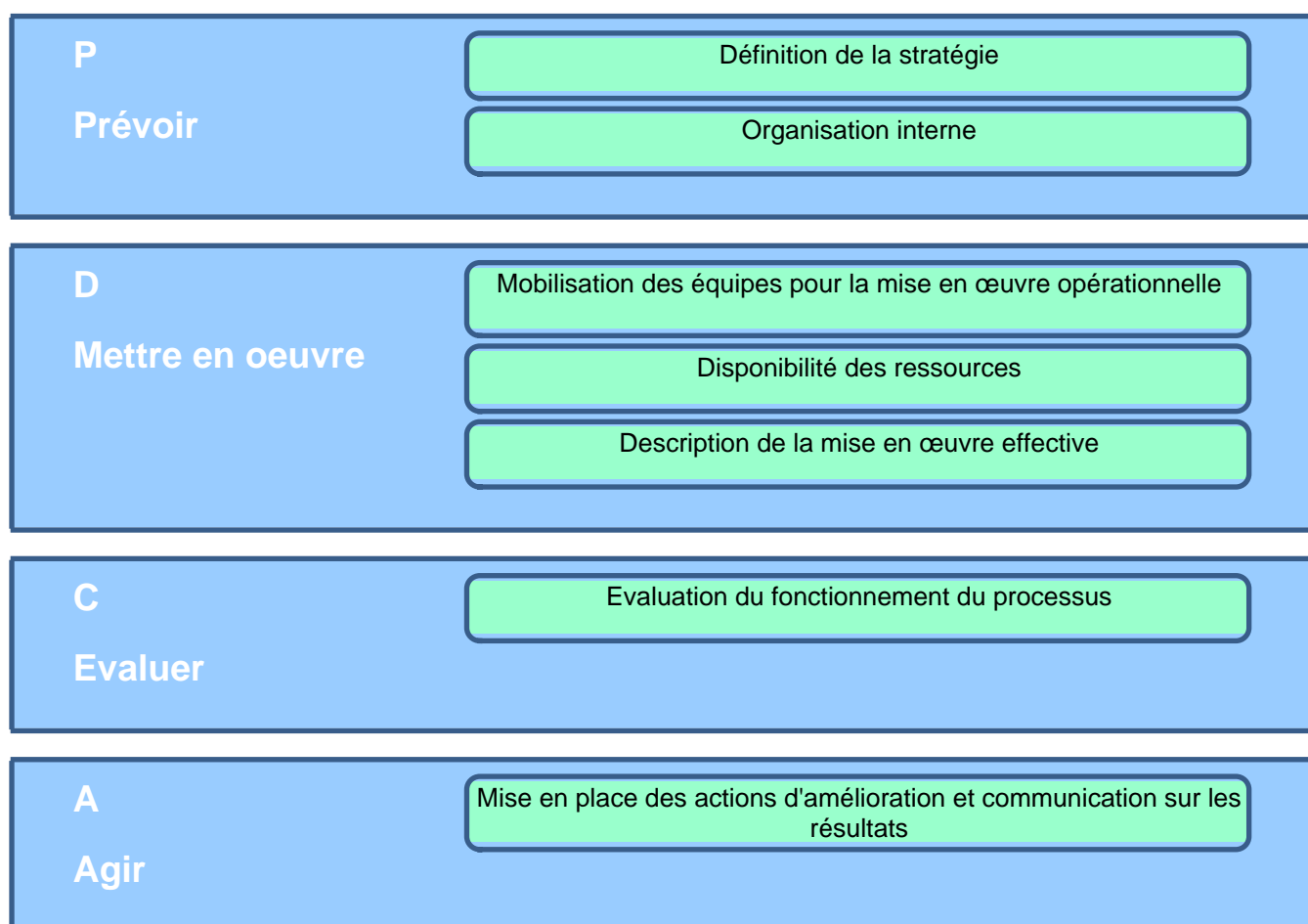
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans le CBUM 2014-2018, ainsi que dans le projet d'établissement 2015-2019, complétée d'une politique décrite dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette politique comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé et aux enfants. Les différents aspects de la prise en charge médicamenteuse sont abordés comme la sécurisation du processus, la veille réglementaire, l'efficacité de la prise en charge, le suivi des événements indésirables.

La CME élabore conjointement avec la direction la politique de la qualité de la prise en charge des médicaments, en fixe les objectifs et le calendrier de mise en œuvre.

Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base du contrat de bon usage, des analyses de risques, des résultats d'indicateurs internes.

A partir de la cartographie des risques réalisée par étapes du processus, l'établissement a mis à jour son identification des risques à l'aide du groupe de travail pluri-professionnel « prise en charge médicamenteuse du patient ». Cette cartographie a permis d'identifier 9 risques prioritaires, de les hiérarchiser à l'aide d'une échelle de mesure et d'identifier les moyens de maîtrise intégrés dans le compte qualité.

En revanche, les risques engendrés par le stockage et le recours aux solutés n'ont pas été identifiés. Les solutés ne sont pas considérés comme des produits pharmaceutiques par l'établissement. En conséquence les risques inhérents n'ont pas été identifiés et les pratiques ne sont pas sécurisées. En effet, il n'a pas été retrouvé de définition de l'organisation des commandes des solutés par les services au sein de l'établissement. Lors de la visite au bloc opératoire, il a été constaté que les commandes des solutés étaient attribuées aux brancardiers alors qu'une préparatrice en pharmacie est présente au bloc opératoire. Dans les services de médecine, de chirurgie 2, en USC et au bloc opératoire, les armoires de médicaments et de solutés ne sont pas sécurisées, l'étiquetage des solutés n'est pas adapté ainsi que le stockage de l'insuline.

ORGANISATION INTERNE

Le programme d'actions élaboré par le COMEDIMS se décompose en type d'actions, objectifs, actions d'améliorations, priorités de trois niveaux, pilote, échéance, dates de début et de fin, modalités et indicateurs de suivi et état d'avancement.

Le pilotage du processus est assuré par le pharmacien qui assure ses missions, conformément à celles définies dans la fiche de missions et en adéquation avec la déclinaison institutionnelle. Il est aidé d'un médecin anesthésiste. Il s'appuie également sur le COMEDIMS.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de la PUI et de l'URCC sont prévues (pharmaciens, préparateurs en pharmacie, magasinier). Le plan de formation intègre des formations en lien avec le circuit du médicament (éviter les erreurs médicamenteuses, formation sur le médicament et la perfusion, formation par la chambre des erreurs, e-learning sur les médicaments écrasables...). Le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est identifié. L'établissement possède un outil de gestion documentaire informatisé, qui intègre les ressources documentaires de la thématique comme les règles de prescription, la gestion des périmés, le transport des médicaments, l'administration des médicaments, le circuit des médicaments anti-cancéreux, la gestion des antibiotiques.

Les locaux, les matériels et les équipements nécessaires pour le fonctionnement de la PUI et de l'URCC et des secteurs cliniques sont définis. Le stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés et leur approvisionnement se situent sur une partie de locaux de la PUI, l'autre partie accueille l'unité de reconstitution des cytotoxiques. L'accès à la pharmacie est sécurisé.

L'informatisation du circuit du médicament est effective pour l'ensemble des lits, y compris la salle de surveillance post interventionnelle via un logiciel institutionnel spécifique, en adéquation avec le projet du système d'information. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre la pharmacie, les secteurs d'activité, le laboratoire, les réunions de concertation pluridisciplinaires. Les circuits intègrent notamment la gestion et le retour des périmés. La pharmacienne assure également des missions transversales avec l'encadrement des services, les référents, le service qualité.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, aidé des responsables de services, du responsable qualité et des praticiens impliqués,

organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs, plans d'action opérationnels. Un groupe PCMP a été constitué depuis 2012, constitué d'un représentant infirmier par service, des cadres de santé, de la responsable des soins, du pharmacien, d'un préparateur en pharmacie, et d'un anesthésiste (voir en pièce jointe la fiche fonction IDE référente PCMP). Ce groupe participatif se réunit tous les mois. Le groupe PCMP réalise plusieurs itérations d'audits de pratiques professionnelles. Exemple : traitement personnel, audit préparation et administration des médicaments injectables et per os, conformité des piluliers, évaluation des retours des traitements nominatifs de chirurgie (EPP qui a conduit à améliorer les organisations des distributions nominatives en chirurgie). La CME et le COMEDIMS sont garants de la déclinaison des plans d'action. Les professionnels ont été associés pour l'identification des risques prioritaires. Des actions de communication animées par le pharmacien, le responsable qualité sont organisés pour informer régulièrement l'ensemble des professionnels de la clinique sur la prise en charge médicamenteuse, via la "lettre qualité et gestion des risques", les "flash infos" et lors de la semaine de la sécurité.

La mobilisation des équipes autour de la prise en charge médicamenteuse est facilitée par la taille de la Clinique. La déclaration des événements indésirables et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés grâce au logiciel mis à disposition pour tous les professionnels et traité par le comité des FSEI, auxquels les professionnels participent. Les praticiens et les soignants participent aux CREX, RMM, EPP et définissent ensemble les actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles (1,5 pharmacien et 4,8 préparateurs en pharmacie, 1 manutentionnaire) permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse, en respectant les compétences de chacun. Les formations sont effectives, notamment sur l'erreur médicamenteuse pour les infirmières, réalisée par le pharmacien. Les effectifs tant en PUI, URCC et dans les unités de soins permettent d'assurer l'activité. Les pharmaciens et les préparatrices en pharmacie sont formées pour réaliser la reconstitution des cytotoxiques.

La formation des nouveaux personnels est organisée à l'aide d'un programme pour les praticiens et les soignants, intégrant l'utilisation du logiciel.

Le pharmacien est présent tous les jours de la semaine sauf les week ends et jour férié. En dehors de leur présence, une organisation est mise en place en cas de besoins urgents connue des professionnels : une armoire d'urgence présente dans le sas de la pharmacie accessible par un code. Une convention est établie avec la pharmacie centrale de Lyon.

Les ressources documentaires, comme les protocoles d'organisation du circuit sont accessibles par l'ensemble des professionnels sur la base documentaire informatisées, dans tous les secteurs de soins. Le logiciel de prescriptions intègre le livret thérapeutique et des bases sont accessibles.

A l'aide du logiciel les professionnels ont accès à des protocoles thérapeutiques (en anesthésie, intégrant notamment la spécificité de la gériatrie, la douleur). Des supports d'informations à destination du patient existent pour les anticoagulants et les chimiothérapies.

La prescription du médicament est réalisée à l'aide de deux logiciels, un pour la chimiothérapie et un pour l'ensemble des médicaments. L'information est accessible à tous les professionnels habilités. Le pharmacien peut consulter de son poste l'ensemble des prescriptions en lien avec la fiche signalétique du patient, intégrant l'historique et les allergies spécifiques, ainsi que les résultats de biologie. En cancérologie, les comptes rendus de RCP, liés à la chimiothérapie, sont intégrés au DPI. Les traitements personnels sont systématiquement analysés et prescrits en interne par les médecins. Le pharmacien peut ainsi procéder à la validation pharmaceutique systématique de tous les patients à risques et de tous les médicaments à risques prescrits, traitement personnel du patient compris, tracés dans le dossier.

Les locaux de la PUI et de l'URCC sont conformes, l'équipement est approprié à l'activité réalisée. L'accès de la pharmacie est sécurisé.

L'ensemble des salles de soins sont équipées d'une armoire de stockage des médicaments. Les piluliers préparés sont stockés dans une armoire. Les traitements personnels des patients sont séquestrés et identifiés par une étiquette. Les stupéfiants sont conservés dans un coffre fermé à clef. Chaque unité dispose d'un chariot d'urgence, et les professionnels disposent de chariots munis d'ordinateurs. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux est organisé et sécurisé.

L'ensemble des salles de soins sont équipées d'une armoire de stockage des médicaments. Les piluliers préparés sont stockés dans une armoire. Les traitements personnels des patients sont séquestrés et identifiés par une étiquette. Les stupéfiants sont conservés dans un coffre fermé à clef. Chaque unité dispose d'un chariot d'urgence, et les professionnels disposent de chariots munis d'ordinateurs. Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux est organisé et sécurisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé par le livret d'accueil de la nécessité de communiquer son traitement personnel, lors de la consultation d'anesthésie et à son admission. Les traitements personnels des patients sont stockés dans une armoire au nom du patient. Ils sont restitués à la sortie selon l'organisation définie en interne.

Les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement personnel du patient. Le traitement est transmis lors de la mutation du patient en interne. Les préparations des anticancéreux réalisées en URCC sont conformes aux bonnes pratiques. La pharmacie réalise des sur-conditionnements des médicaments afin d'en respecter l'identification à l'aide de deux outils.

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux, de l'admission à la sortie, sont connues des professionnels et appliquées. Les règles de prescription chez la personne âgée sont structurées, notamment les prescriptions en anesthésie et de chimiothérapie.

L'analyse pharmaceutique est assurée pour l'ensemble de l'établissement. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques et réunions de concertation pluridisciplinaires. Cette analyse inclut le traitement personnel du patient.

La délivrance nominative est assurée par la pharmacie pour le service de médecine conventionnelle, à l'aide de piluliers nominatifs. Le service de chirurgie possède une dotation globale sauf pour la nutrition parentérale et les antibiotiques, ainsi que la SSPI. L'administration des médicaments et la traçabilité des prises sont assurées en temps réel par les infirmières, dans l'ensemble des services et en SSPI.

Le contrôle des périmés est réalisé selon la procédure écrite. Le suivi des températures et l'entretien des réfrigérateurs sont assurés selon la procédure connue des aide soignantes et la traçabilité est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pharmacien assure le suivi de la mise en oeuvre des actions prévues dans le PAQSS, ainsi que le suivi des indicateurs internes. Le dispositif d'audit est structuré et a permis des audits notamment sur la conformité des piluliers, la préparation et l'administration des médicaments injectables et per os, réévaluation de l'antibiothérapie, audit de la prescription médicamenteuse du sujet âgé, gestion du traitement personnel, bonnes pratiques d'antibioprophylaxie, conformité des piluliers...

Des EPP sont menées également sur la prise en compte des traitements personnels des patients de la prescription à l'administration. 8 CREX ont été menées en 2016. Le pharmacien réalise un rapport d'étape annuel en lien avec les instances régionales et un bilan d'activité interne, qui mentionne les résultats des actions déployées en référence au PAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont suivies dans le cadre du plan d'actions d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et du contrat de bon usage. Le plan d'action couvre les différents champs de la thématique. Il est piloté par le pharmacien, en collaboration avec le COMEDIMS et la responsable qualité. Ces actions permettent de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats des audits internes, le suivi des événements indésirables.

Les résultats sont diffusés en interne via la lettre qualité ou les flash infos.

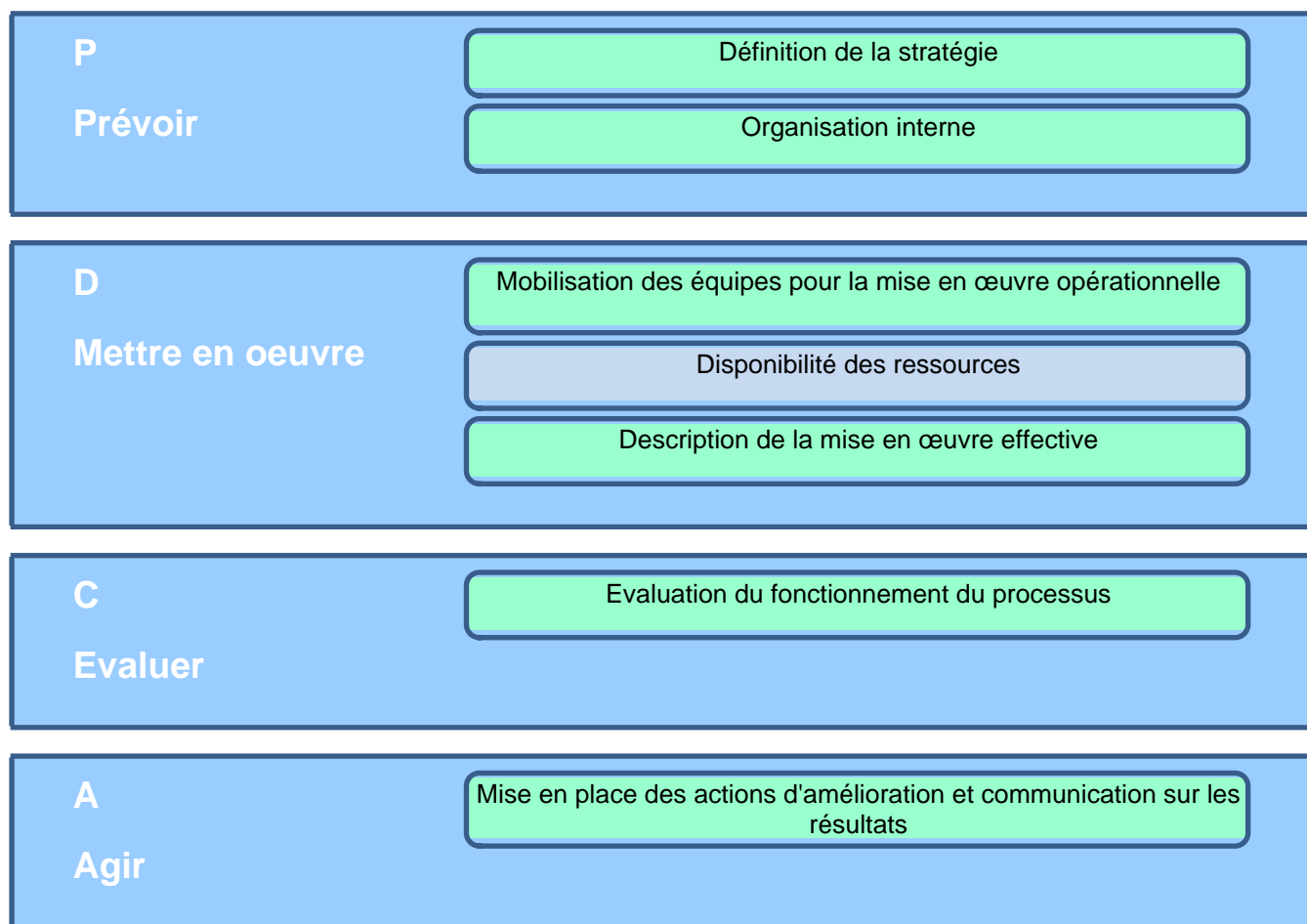
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

La clinique médico-chirurgicale Charcot possède un bloc opératoire unique de 12 salles, dont 2 dédiées à l'endoscopie et une salle de surveillance post interventionnelle centrale de 14 postes.

La stratégie du management de la prise en charge du patient au bloc opératoire est intégrée dans le projet d'établissement. Le respect des programmations est une des priorités de l'axe 2 du Projet d'Etablissement, ainsi que la "coordination renforcée avec le bloc opératoire". Cette stratégie est déclinée dans un manuel qualité du bloc opératoire et de l'endoscopie de 2016. L'identification des besoins repose sur une réflexion pluri-professionnelle. Elle tient compte des recommandations de bonnes pratiques et des objectifs de développement institutionnels, mais aussi de la réglementation, des indicateurs internes, des événements indésirables ou de CREX. L'établissement a eu recours à des méthodes innovantes, allant au-delà des attendus de l'HAS pour évaluer les risques relatifs aux différents parcours des patients en associant le patient (volontaire, patient témoin) à la démarche d'amélioration du parcours ; vidéo audit parcours avec caméra embarquée, bloc des erreurs.

A partir de la cartographie des risques réalisée selon les étapes du processus, l'établissement a mis à jour l'identification des risques à l'aide du groupe de travail pluri-professionnel. Cette cartographie a permis d'identifier 5 risques prioritaires, de les hiérarchiser à l'aide d'une échelle de mesure et d'identifier les moyens de maîtrise intégrés au compte qualité. Ces risques ont été identifiés dans le compte qualité et ont été validés en COPIVIRIS et communiqués aux professionnels via les flash info et "le livret des essentiels" et diffusés par mail aux membres de la CME.

L'articulation du compte qualité avec le PAQSS est maîtrisée via le plan d'actions, qui identifie les risques recensés dans le compte qualité. Dans le PAQSS, les risques sont également identifiés. Le suivi de cette politique est assuré par un programme d'actions qualité, qui formalise les actions préventives et de surveillance du bloc opératoire et de la SSPI. Ce programme d'actions, intégré au programme d'actions institutionnel, prévoit des formations, des EPP, des actions d'information. Les thèmes et les actions comprennent un responsable, une date d'échéance, et l'état du suivi.

Cette politique comporte des objectifs d'amélioration (améliorer la prise en charge des patients, assurer la continuité des soins).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est définie pour piloter le processus, avec l'identification des missions et des responsabilités formalisées dans une fiche thématique. Le pilotage de ce processus est confié à la responsable du bloc opératoire et à un copilote médecin anesthésiste, lesquels travaillent en lien avec le COPIVIRIS, la CME et le comité de bloc opératoire. Le règlement intérieur de ce comité définit les organisations qui permettent la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. La cellule de programmation réalise la mise en oeuvre du programme opératoire.

Les effectifs en place permettent de couvrir les besoins et les compétences de l'activité opératoire. Des fiches de fonction existent pour les professionnels exerçant au bloc opératoire et en SSPI. Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens mis en place dans l'établissement. L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement du bloc opératoire et de la SSPI est décliné dans des procédures, des modes opératoires, des supports de traçabilité, lesquels sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. La modification ou création d'un document sont portées à la connaissance des professionnels par la responsable de bloc opératoire, par l'intermédiaire d'un cahier et par un affichage en salle de repos.

L'architecture du bloc opératoire tient compte des évolutions et des recommandations actuelles. Cinq salles sont en ISO 5 et sept autres en ISO 7 et sont en adéquation avec les activités réalisées (ophtalmologie, orthopédie ...). Des contrats de maintenance et un plan de maintenance préventive et curative sont organisés et gérés par l'ingénieur biomédical à l'aide de la GMAO et l'équipe technique de la Clinique.

Les locaux sont fonctionnels et la qualité de l'air, de l'eau sont assurées. Une organisation est connue et décrite dans une procédure, lors de la réalisation de travaux dans le bloc opératoire.

Le dossier informatisé du patient est décliné dans toutes les salles du bloc opératoire ainsi qu'en SSPI. Il permet la validation de la check-list, les prescriptions médicamenteuses et la traçabilité des actes. Il permet également la programmation, la régulation de l'activité du bloc. Une partie du dossier d'anesthésie est en format papier ainsi que la traçabilité des Dispositifs Médicaux Implantés.

La gestion documentaire informatisée est accessible par ces mêmes postes informatiques. Le logiciel de gestion du bloc opératoire permet la planification de l'activité et sa diffusion à l'ensemble des secteurs. Le dossier patient est informatisé ainsi que le circuit du médicament.

Les interfaces entre le bloc, la pharmacie, la stérilisation, l'imagerie médicale, le laboratoire et l'anatomo-pathologie, les services d'hospitalisation et les secteurs d'activité technique et logistique sont organisées via les moyens informatiques mis à disposition, pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. La communication aux professionnels est organisée par l'intranet et lors des réunions

de service.

En UCA, le parcours du patient est organisé grâce à l'outil informatisé, qui permet de suivre les étapes du patient dans le service ambulatoire. Un circuit court a été organisé avec une zone d'accueil spécifique aménagée au sein du bloc pour accueillir les patients qui arrivent debout.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable de bloc, pilote du processus, organise avec le comité de bloc opératoire la déclinaison de la démarche institutionnelle, ainsi qu'avec le groupe bloc lors des réunions mensuelles dans lesquelles participent les infirmières, le responsable qualité et un médecin anesthésiste. Elle informe les équipes des orientations et des événements particuliers.

L'encadrement assure une communication active et régulière, facilitée par la taille de la Clinique auprès des équipes et des praticiens.

La participation des acteurs médicaux et paramédicaux au bloc dans l'analyse des événements indésirables est favorisée. Le dispositif de déclaration des événements indésirables est en place, connu et maîtrisé par les professionnels. Le bloc et la SSPI sont présents dans la démarche d'EPP et dans les CREX (2 en 2016), comme le suivi des indicateurs internes. Les professionnels sont impliqués dans le comité des FSEI et de fait participent aux choix des actions mises en oeuvre. Ils sont informés des décisions de suivi de leur déclaration d'EI.

Outre la culture sécurité développée dans l'établissement, la clinique s'est attachée à améliorer l'accueil des patients en mobilisant l'équipe du bloc opératoire autour d'un projet : suivi de la prise en charge d'un patient par une web caméra. Ce projet a permis la création d'un groupe bloc, constitué des professionnels du service (cadre, médecins, IDE, aides-soignants, brancardiers). Ce groupe avait pour vocation de visionner le parcours du patient filmé (avec son accord), de faire l'analyse des points forts et des points à améliorer et d'être source de proposition sur le thème de l'accueil d'un patient au bloc opératoire. Un bloc des erreurs a également été organisé, en deux sessions, avec un scénario entièrement établi par le cadre infirmier hygiéniste, la chef de bloc ainsi que deux IDE bloc. Le public visé par cet exercice était : les chirurgiens, les anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire ainsi que les brancardiers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs du secteur opératoire permettent d'assurer la continuité des soins particulièrement la nuit, les week-ends et les jours fériés à l'aide d'une planification d'astreinte (médecins et paramédicaux). Le personnel du bloc opératoire se compose d'IBODE, et d'IDE de bloc opératoire formées pour travailler au bloc. La VAE des infirmières du bloc opératoire est planifiée en 2016 et 2017 au plan de formation, mais également la formation aux actes spécifiques aux IBODE. Les IDE sont formées pour travailler en SSPI, ainsi que les brancardiers et les IADE (dépendants des médecins anesthésistes).

L'accueil du nouvel arrivant médical est organisé, selon la procédure accueil d'un nouveau médecin à la Clinique Charcot et pour les paramédicaux à l'aide d'un e-learning et d'un compagnonnage.

La gestion documentaire est accessible à tous les professionnels, à partir des ordinateurs présents dans les salles et SSPI, dans les divers bureaux.

Les procédures de vérification des salles de bloc à l'ouverture, la réalisation de la check-list, la prise en charge d'une urgence chirurgicale, la protection du personnel contre les rayons, la tenue des professionnels au bloc... sont déclinées au regard des recommandations et des bonnes pratiques, rédigées et actualisées avec la participation des professionnels. Elles sont archivées dans la gestion documentaire informatisée. La charte de bloc est formalisée et a été réévaluée dans sa 6ème version en juillet 2017.

Les locaux sont optimisés pour respecter au mieux les circuits des professionnels, des patients, du matériel, du linge et des déchets. La configuration des salles permet d'assurer le contrôle en continu des pressions. Les contrôles particuliers sont planifiés à fréquence définie avec la cadre hygiéniste.

Les zones de stockage sont optimisées avec un rangement adapté. La disponibilité du matériel d'urgence (respirateur) est définie et opérationnelle. Les équipements prévus sont en place et sont gérés par l'ingénieur biomédical, qui assure la maintenance préventive et curative en lien avec la responsable de bloc. Les outils informatiques en place permettent d'avoir accès au dossier du patient, aux prescriptions médicales, à l'enregistrement des données d'ouverture de salles, la check-list.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en oeuvre les organisations définies en matière de programme opératoire et de bonnes pratiques professionnelles, notamment sur le respect de la tenue réglementaire de base au bloc opératoire, bio-nettoyage au bloc opératoire, la marche en avant, le respect du patient.

La concertation entre professionnels est organisée lors de la cellule de programmation, qui se réunit le jeudi et valide la programmation de la semaine N+1. Le programme opératoire est entièrement informatisé et accessible par tous les acteurs du bloc opératoire. La régulation de l'activité opératoire est assurée par la responsable de bloc selon la programmation hebdomadaire définie et des ajustements journaliers nécessaires. L'activité de chirurgie ambulatoire est intégrée au programme opératoire. La fiche

de liaison entre les services et le bloc est informatisée.

Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations médicales et de l'infirmière coordinatrice. Des supports lui sont communiqués, comme les consignes postopératoires dans le cadre de pose de prothèse en ambulatoire, les consignes sur la préparation de l'opéré ou vivre avec une prothèse, mais aussi des supports pour recueillir son consentement.

Le transport du patient vers le bloc et dans le bloc est assuré par une équipe de brancardiers, identifiés en extérieur et intérieur. Ils accompagnent les patients en brancard ou à pieds. Ces professionnels assurent également le bio-nettoyage entre deux interventions et participent à l'installation des patients en salle d'opération.

La check-list informatisée est en place et a été évaluée dans sa complétude. L'ensemble des vérifications nécessaires au démarrage de l'activité chirurgicale (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salles) est assuré et tracé dans le logiciel. Les sorties de SSPI sont validées selon les règles définies. Les règles de sécurité sont appliquées lors des interventions (contrôle en salle opératoire, identification des patients, traçabilités, conformité de la réalisation de toutes les étapes de la check-list, bonnes pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux).

Afin d'améliorer la fluidité du transfert des patients et de réduire le délai d'attente du patient au bloc opératoire (axe d'amélioration du bloc opératoire dans le cadre de son PAQSS), la clinique a mis en place l'informatisation du transport du patient (module brancardage).

Les contrôles d'air, d'eau et de surfaces sont opérationnels, en lien avec le CLIN. Les vigilances sanitaires dont l'hémovigilance, sont opérationnelles et a fait l'objet d'actions spécifiques menées par l'hémovigilant. La réglementation concernant la radioprotection du salarié et des patients est appliquée et suivi par un PCR et fait l'objet de formation régulière des personnels.

Le comité de bloc est en place et exerce ses missions selon un règlement intérieur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Pour assurer le pilotage du processus, des indicateurs sont identifiés : indicateurs quantitatifs comme le nombre d'interventions programmées par mois, par an et par opérateurs, le taux d'occupation des salles, le nombre d'heures de dépassement, le délai de brancardage ...

Des indicateurs qualitatifs (le nombre de déclaration d'événements indésirables, le nombre de chutes, le nombre de CREX et de RMM...). Ils sont recueillis quotidiennement pour certains et analysés mensuellement par la responsable du bloc.

Ces indicateurs sont présentés et examinés lors des comités de bloc. Des audits internes, des EPP sont en place (le tri des déchets, le remplissage du 3ème temps de la check-list). L'exploitation des résultats permet à l'établissement d'identifier des actions correctrices et de les tracer dans le PAQSS.

Le risque résiduel est constamment surveillé par le biais de l'analyse des événements indésirables, audits, visites des risques par organismes externes, EPP, déclarations directes au près du coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins. Lorsque les EPP et audits au bloc opératoire sont finalisés, l'itération suivante, afin de réévaluer le risque résiduel, comporte systématiquement de critères d'évaluation supplémentaires pour affiner l'analyse.

A / AGIR

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

La communication des différentes évaluations est assurée auprès des professionnels lors des réunions du groupe du bloc et par les flash info adressés à l'ensemble des salariés de la Clinique.

Les résultats des questionnaires de satisfaction sont affichés en salle de repos du personnel et discuter en équipe.

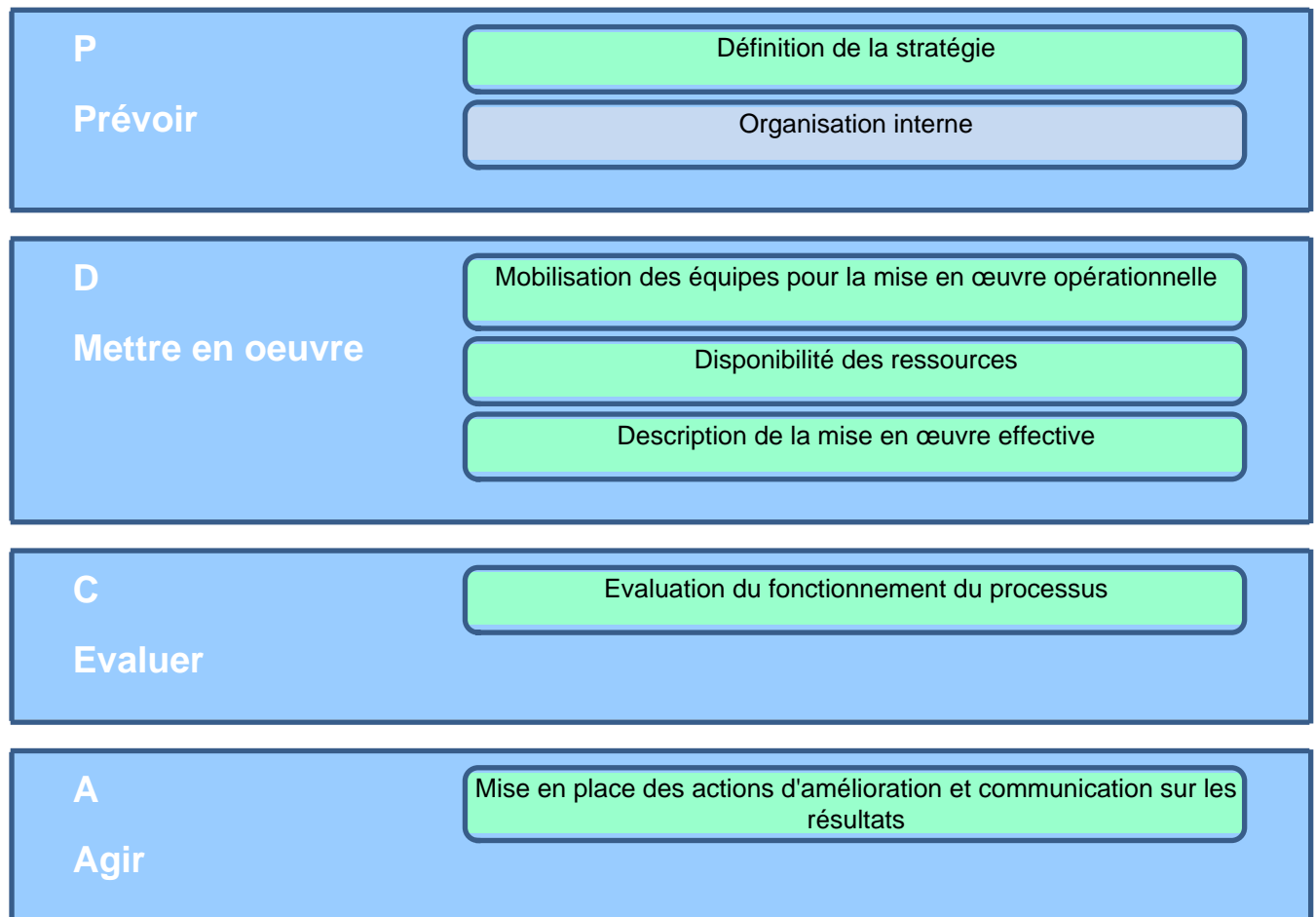
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie est intégrée au sein du bloc opératoire, qui se compose d'une salle réservée aux endoscopies urologiques et d'une autre salle pour les endoscopies digestives et pulmonaires. La salle de traitement des endoscopes est située entre les deux salles. L'accès à la SSPI est partagé avec le bloc opératoire.

La stratégie de l'activité d'endoscopie est intégrée dans le projet d'établissement. Cette stratégie validée par le COPIVIRIS est déclinée dans un manuel qualité du bloc opératoire et de l'endoscopie de 2016 et dans un programme d'action formalisé et priorisé.

La cartographie des risques a été actualisée en 2016 et est différenciée de celle du bloc opératoire. Elle a été réalisée dans le cadre d'une réflexion pluri professionnelle, en tenant compte notamment des événements indésirables et de la réglementation en vigueur. Cette analyse a permis d'identifier 4 risques prioritaires hiérarchisés à l'aide d'une grille. Au regard de chaque risque, des objectifs d'amélioration sont définis dans le plan d'actions 2017 du bloc et de l'endoscopie. Ce plan d'actions comprend également des actions, les délais, les modalités de suivi et des responsables. Il vient s'ajouter aux différents plans d'actions réalisés par processus qui constituent le PAQSS de l'établissement. Les actions d'amélioration contenues dans le compte qualité sont en adéquation avec celles du plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la responsable de bloc en tant que pilote et par un médecin endoscopiste, copilote, nommé par le COPIVIRIS. Leurs missions, rôles et responsabilités sont déclinés dans une fiche de missions. Ils s'appuient sur le comité de bloc et d'endoscopie qui se réunit selon les modalités définies dans le règlement intérieur. Et sur la cellule de programmation laquelle se réunit le jeudi pour valider la programmation de la semaine N+1.

Il existe un organigramme et des fiches de postes de la responsable de bloc, de l'IDE en endoscopie, de l'AS en stérilisation des endoscopes.

L'établissement met à la disposition de ce secteur, les ressources humaines nécessaires et adaptées en nombre et en compétences, dont la formation continue est prévue. Le planning du personnel prend en compte l'activité programmée et organise une astreinte de nuit, de week-end et jours férié, mutualisée avec celle du bloc opératoire. Les ressources documentaires spécifiques à l'endoscopie sont listées dans la gestion documentaire institutionnelle informatisée et comprend des protocoles, des procédures, des fiches de traçabilité (désinfection des endoscopes, prélèvements bactériologiques des endoscopes, traçabilité du pré-traitement des endoscopes...). La charte de fonctionnement du bloc opératoire et de l'endoscopie validée par le directoire, la CME et le comité de bloc, décrit le fonctionnement du secteur. Le manuel qualité du bloc opératoire et de l'endoscopie précise les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient en endoscopie. Les ressources matérielles telles que les locaux, le parc d'endoscopes, les laveurs-désinfecteurs d'endoscope, la paillasse manuelle et l'armoire de stockage des endoscopes sont prévues pour toutes les activités d'endoscopie de la Clinique. La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques et la réglementation. Les endoscopes sont en nombre et en qualité adaptés aux besoins de l'activité, en incluant les éventuels dysfonctionnements. Un contrat de maintenance et un plan de maintenance préventive et curative sont organisés par l'ingénieur biomédical de la Clinique à l'aide de la GMAO.

Le secteur endoscopie bénéficie de l'informatisation du bloc opératoire pour la programmation des patients sur les vacances d'endoscopie et de l'ensemble de la traçabilité.

Les interfaces entre le secteur d'endoscopie, le bloc opératoire, le biomédical, la cadre hygiéniste et les services de soins sont organisées et permettent une articulation cohérente de l'activité et la concertation entre les professionnels des différents secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison du plan d'actions en relation avec les risques identifiés en équipe est assurée par le pilote et le copilote du processus. Ils en assurent également la communication active et régulière auprès des équipes, facilitée par la taille de la Clinique. La sensibilisation des équipes et les retours sur ces actions en lien avec l'endoscopie sont assurés lors des réunions des équipes, par voie d'affichage ou dans un cahier d'informations destiné aux équipes et par mail pour les praticiens. Des lettres qualité sont adressées aux professionnels. Une vidéo sur la prise en charge d'un endoscope, décontamination/stockage a été réalisée en interne en sus de la gestion documentaire classique, afin d'

aider les équipes dans l'appropriation du processus de prise en charge. Cette vidéo est disponible et visible sur le réseau commun.

L'encadrement et la cadre hygiéniste s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures, ou modes opératoires et plus particulièrement de la traçabilité. Les équipes sont formées et utilisent le logiciel de déclarations des événements indésirables. Ils sont informés des résultats grâce au retour effectué par le comité des FSEI. Des actions correctrices (comme le stockage des endoscopes) ont été identifiées avec la participation des professionnels. Ceux ci ont également participé à des EPP sur la check-list en endoscopie, l'hygiène des mains et la traçabilité du risque de la maladie de Creutzfeld Jacob en endoscopie.

La déclinaison du plan d'actions en relation avec les risques identifiés en équipe est assurée par le pilote et le copilote du processus. Ils en assurent également la communication active et régulière auprès des équipes, facilitée par la taille de la Clinique. La sensibilisation des équipes et les retours sur ces actions, en lien avec l'endoscopie sont assurés lors des réunions des équipes, par voie d'affichage ou dans un cahier d'informations destiné aux équipes et par mail pour les praticiens. Des lettres qualité sont adressées aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le cadre de bloc et l'infirmier hygiéniste, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, dans le secteur d'endoscopie. Les responsables d'endoscopie (chef de bloc et hygiène), s'assurent de la conformité des pratiques. Des actions correctives sont déployées si nécessaires.

Une vidéo sur la prise en charge d'un endoscope, décontamination/stockage a été réalisée en interne en sus de la gestion documentaire classique, afin d'aider les équipes dans l'appropriation du processus de prise en charge. Cette vidéo est disponible et visible sur le réseau commun. Ce projet a été mené conjointement, sur une idée du cadre infirmier hygiéniste, par l'équipe, qui a filmé les bonnes pratiques devant être appliquées.

Le parc des endoscopes est en nombre supérieur aux besoins de l'activité de l'établissement. Cela permet, en cas de panne, de pouvoir disposer du matériel nécessaire à l'activité sur place évitant ainsi toute rupture de l'activité. Il existe un contrat de maintenance sur l'ensemble du matériel d'endoscopie. La GMAO informatique permet de lancer les maintenances curatives avec effet immédiat auprès de l'ingénieur biomédical. Il existe une traçabilité informatique de l'ensemble du processus de prise en charge des endoscopes digestifs, du lavage jusqu'au stockage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La programmation des actes d'endoscopie est sous la responsabilité de la responsable du bloc, qui s'appuie sur le logiciel de planification pour réguler l'activité d'endoscopie réalisée sur 6 vacations par semaine. La permanence des soins en urgence 24h /24, 7j/7 s'appuie sur la liste des astreintes des IDE de bloc opératoire, des anesthésistes et des endoscopistes. Le patient reçoit les informations utiles à son acte d'endoscopie et les consignes à respecter lors des consultations médicales. Les risques patients particuliers sont gérés dès la consultation initiale. Le risque ATNC est évalué et tracé dans le dossier du patient informatisé. La gestion des traitements anticoagulants et des allergies sont anticipés et intégrés dans la planification.

Chaque patient est porteur d'un bracelet d'identification. Le patient est accueilli par une IDE de la salle d'endoscopie qui s'assure de l'identité. L'ensemble des informations relatives à la prise en charge pré et post opératoire est intégrée dans le dossier patient. La check-list d'endoscopie est systématiquement réalisée et intégrée au dossier patient. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées et transmises à chaque étape. Les sorties de SSPI sont validées par un anesthésiste et tracées dans le dossier du patient.

Les contrôles microbiologiques sont réalisés et tracés. Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les procédures définies.

Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables. Le risque infectieux est maîtrisé par l'EOH. Les interfaces entre le secteur et le biomédical, les laboratoires, la radioprotection sont opérationnelles.

Le secteur d'endoscopie est concerné par le comité de bloc en place. Les compte rendus sont rédigés et accessibles aux professionnels.

La traçabilité des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est assurée. La traçabilité des actes d'endoscopie, des endoscopes utilisés, en prêt ou en maintenance est opérationnelle. Elle inclut les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage). Les éléments relatifs à l'acte opératoires telles que les horaires, les personnes présentes, les actes réalisés sont enregistrés dans le logiciel de bloc et d'endoscopie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Afin d'assurer le pilotage du processus, des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont identifiés dans le manuel qualité du bloc opératoire et de l'endoscopie comme le taux d'occupation des salles, le nombre d'événements indésirables, les absences des praticiens non signalées, la conformité des prélèvements

microbiologiques sur les endoscopes, nombre de pannes par endoscopes. Un retour des évaluations entreprises est réalisé auprès des équipes. Des audits internes produisant des informations sur la qualité du processus sont réalisés (suivi bactériologique des réseaux d'eau pour les lave-endoscopes, audit concernant la prise en charge des endoscopes (désinfection et stockage) par le médecin hygiéniste ayant conduit à un changement de pratiques, audits de pratiques de désinfection des endoscopes par le cadre infirmier hygiéniste, comparaison des taux de polypectomie par rapport aux résultats nationaux, audit sur la conformité de remplissage de la checklist. Les questionnaires de sortie sont régulièrement analysés au sein de l'unité et communiqués par voie d'affichage au sein du bloc opératoire.

A / AGIR

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

La démarche qualité de l'endoscopie a permis de mettre en place des actions d'amélioration comme le stockage des endoscopes. Les actions et évaluation mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats sont communiqués aux professionnels du secteur d'endoscopie via les flash info notamment.