



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL PRIVE CLAIRVAL

**317 boulevard du redon
13009 Marseille
JUILLET 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	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	19
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	61

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL PRIVE CLAIRVAL	
Adresse	317 boulevard du redon 13009 Marseille
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	130037823	SAS HOPITAL PRIVE CLAIRVAL	317 boulevard du redon 13009 Marseille 09eme
Etablissement de santé	130784051	HOPITAL PRIVE CLAIRVAL	317 boulevard du redon 13009 Marseille

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	196	/	18
MCO	Médecine	97	29	/
SSR	SSR	30	15	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine oncologique	Chimiothérapie	HDJ	Simple	MCO
2	Adulte	Hospitalisation ambulatoire	ETO + CCE	HDJ	Simple	MCO
3	Personne âgée	Chirurgie cardiaque	Pontage coronarien	HC	Transfert	MCO
4	Homme	Chirurgie ORL	Intervention des végétations	Ambulatoire	Simple	MCO
5	Homme	SSR HDJ	Education après infarctus du myocarde	HDJ	Parcours interne	SSR
6	Homme	SSR service de rééducation cardiaque	Pontage coronarien	Transfert interne	Parcours interne	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

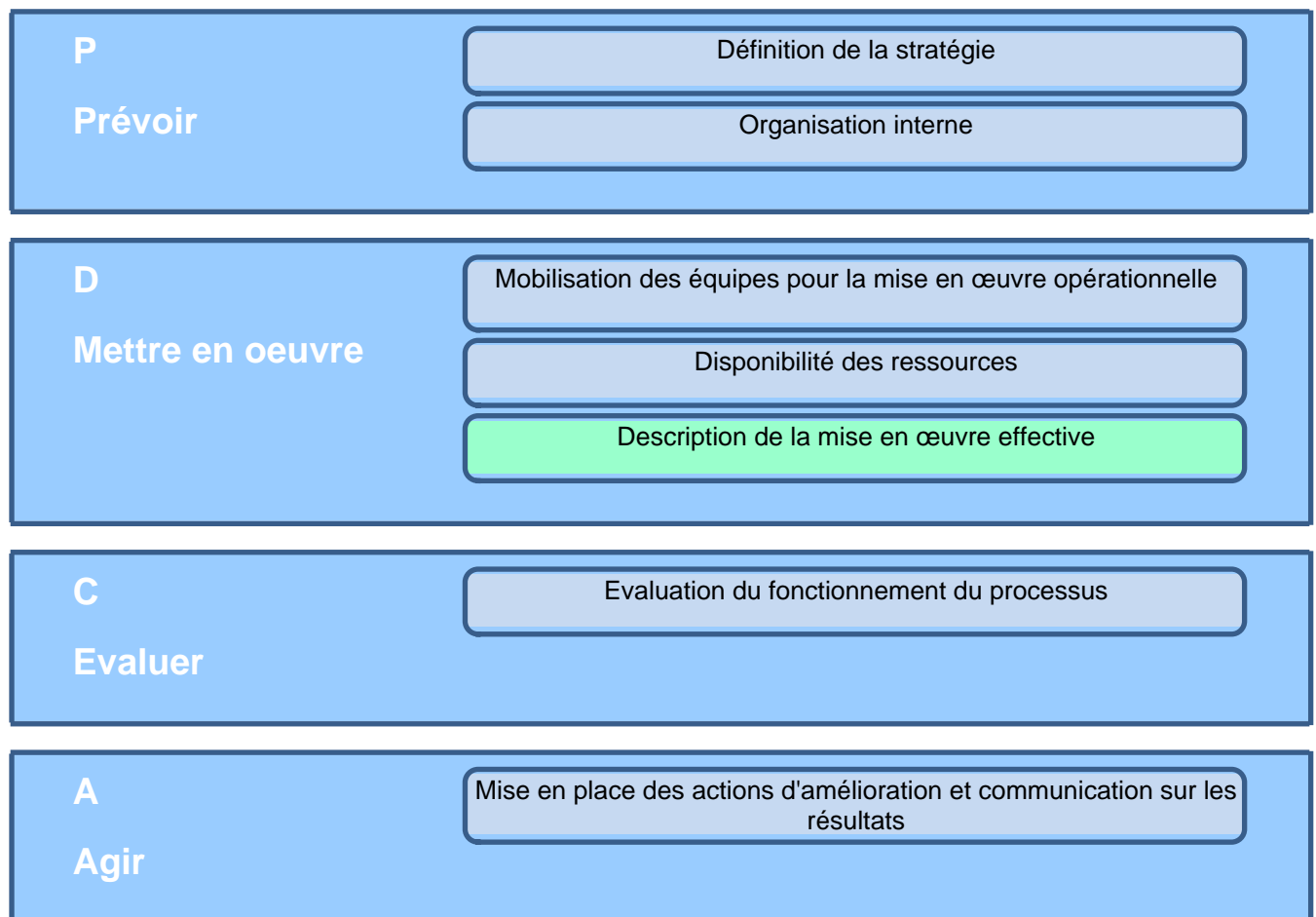
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie qualité et sécurité des soins de l'Hôpital privé Clairval est inscrite dans le projet d'établissement 2016-2020 en tant qu'enjeu institutionnel majeur. Pour se faire, chaque composante du projet d'établissement (dont le projet médical, le projet social et qualité de vie au travail, le projet de soins infirmiers, le projet pharmacie, le projet innovation et Performance Parcours Patient...) comprend un axe qualité. La stratégie qualité et sécurité des soins est déclinée dans une politique qualité et sécurité des soins véritable projet d'amélioration des pratiques et de la maîtrise des risques qui précise les orientations stratégiques, les principes organisationnels et les axes de travail. Cette politique affiche également quatre axes principaux que sont le maintien de la dynamique d'évaluation sur l'ensemble des processus, la poursuite du programme de gestion des risques (a priori, a posteriori et gestion de crise), la poursuite de la collaboration avec les représentants des usagers, partenaires et sous-traitants, le maintien de la dynamique qualité gestion des risques présente au sein de l'établissement. La stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), définie et intégrée à la politique qualité de l'établissement, se concrétise dans un programme EPP, impliquant tous les secteurs d'activité.

La politique qualité et sécurité des soins, élaborée par le Comité Qualité COVIR EPP, s'appuie sur les orientations nationales en matière de sécurité du patient, les objectifs qualités du CPOM, le contrat de bon usage du médicament, les critères Hôpital Numérique, les résultats des indicateurs nationaux, les résultats des précédentes certifications, les exigences de la nouvelle certification V2014, les résultats de la satisfaction des patients, le bilan de la CDU-plaintes et réclamations, la gestion des risques a priori et a posteriori, les résultats des ACRES et des RMM, la veille réglementaire.

Les premières cartographies des risques ont été élaborées de manière globale. Elles ont fait l'objet de plusieurs mises à jour et ont évolué en 2010 en Parcours Patients Coordonnés (PPC). A l'occasion de la préparation à la V2014, ces cartographies et les PPC ont été revus en 2016, dans le cadre d'une approche processus. Plusieurs groupes de pilotage ont été mis en place regroupant l'ensemble des processus HAS et les parcours de soins définis dans l'établissement. Ces groupes ont procédé à l'analyse des thématiques en prenant en compte les réalités de terrain et se sont appuyés sur une auto-évaluation, réalisée à partir du manuel de certification. Chaque processus est déployé selon les modalités suivantes :

- Description du processus sur la carte d'identité (PDCA : prévoir, faire, évaluer, améliorer),
- Identification des risques (via cartographies) selon une méthodologie commune et utilisation d'échelles de fréquence, gravité et maîtrise communes à l'ensemble des processus.
- Choix des risques prioritaires et analyse,
- Proposition d'actions d'amélioration adaptées et modalités de suivi (via indicateurs).

Le Programme d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS, dénommé revue de direction qualité puis revue de processus) regroupe l'ensemble des plans d'amélioration de la qualité à mener issu des différentes analyses de processus, des parcours et des risques. L'implication de l'ensemble des pilotes est recherchée activement par une déclinaison de ce programme d'actions en plans d'amélioration continue par processus. Cette démarche, collective et coordonnée, place le PAQSS comme véritable outil de pilotage et de coordination de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins, pour assurer les résultats attendus à partir des objectifs définis dans la politique dont il est la déclinaison opérationnelle. La structure des plans d'actions permet de préciser pour chaque action, les responsables, l'échéance de début et les modalités de suivi. Le suivi s'appuie sur de nombreux indicateurs propres à l'établissement. La priorisation de ce PAQSS est traduite au sein des objectifs qualité inscrits au Compte Qualité, pour lequel les risques des différents processus ont été hiérarchisés.

La politique qualité sécurité des soins est validée conjointement par la direction et la Conférence Médicale d'Établissement (CME). Elle est présentée aux représentants des usagers, à l'encadrement puis communiquée à tous les services de l'établissement. Une lettre d'engagement, co-signée par le directeur et le président de CME, est diffusée à l'ensemble des professionnels. La validation des risques prioritaires et actions associées est assurée par le Comité Qualité COVIR EPP, en concertation avec les représentants des usagers lors des CDU.

La saisie dans le compte qualité est assurée par les pilotes de chaque processus en concertation avec le service qualité au regard des données fournies suite à l'identification et l'analyse des risques par processus. Les pilotes disposent d'un accès à l'interface SARA pour réaliser la mise à jour du compte qualité. Le président de CME certifie l'exactitude des données et des informations communiquées dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique et le suivi de la démarche qualité gestion des risques sont réalisés par le Comité qualité COVIR EPP, central dans la gouvernance de l'établissement, en interactions étroites avec la CME et le comité de direction (CODIR) et en relation avec la CDU. Chaque composante du Comité Qualité COVIR EPP assure des missions spécifiques (comité qualité : pilotage de la démarche, COVIR : gestion des risques, bureau COVIR : suite des événements indésirables et comité EPP : suivi des EPP) en lien avec

d'une part les instances (CLIN, CLAN, CLUD, COMEDIMS etc.) et d'autre part avec les professionnels de l'établissement, notamment les personnels d'encadrement.

Le pilotage opérationnel du processus Management de la qualité et de la gestion des risques est confié au service qualité composé d'une responsable qualité et gestionnaire de risques et d'une adjointe qualité. Les missions de ces pilotes sont définies dans une fiche de poste commune à tous les pilotes. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée. La liste des membres des instances et comités ainsi que les responsabilités respectives sont définies et diffusées au sein de l'établissement. Les vigilants chargés de la mise en œuvre des actions liées aux vigilances réglementaires sont identifiés et assurent leurs missions. Les rôles, missions et responsabilités des acteurs, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques, du responsable du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse sont formalisés et retrouvés dans des fiches de mission ou de fonctions respectives.

Le plan de formation de l'établissement prend en compte les exigences en matière de qualité et sécurité des soins (management intégré, ACRES/RETEX, patients traceurs, audit de processus, Compte qualité.....) et les demandes des professionnels exprimées lors des entretiens annuels. Des temps d'information sur la démarche qualité au sein de l'établissement sont également programmés pour les nouveaux arrivants.

La gestion documentaire, centralisée par le service qualité, est organisée autour d'une procédure institutionnelle. Les documents utiles (manuels assurance qualité, procédures, modes opératoires, enregistrements) sont formalisés et mis à disposition des professionnels. Le service qualité tient un registre des documents applicables pour garantir la validité des documents, le suivi, l'actualisation et la diffusion. Le système documentaire est informatisé, accessible à tous les professionnels via l'intranet de l'établissement, sur chaque PC, et tenu à jour par le service qualité. Une édition papier en classeur est disponible au standard principal en cas de panne du système d'information ((ouvert 7jours/7 et 24h/24).

L'ensemble des moyens et outils de communication sont précisés dans la politique qualité et dans la politique de communication (interne et externe). Le service qualité dispose de différentes ressources informatiques :

- Un logiciel de gestion documentaire dont le changement est programmé d'ici la fin de l'année
- Un logiciel de gestion des événements indésirables et d'analyses des causes racines
- Un logiciel de saisie et d'analyse des questionnaires de satisfaction
- Le recueil en ligne de la satisfaction du patient via le dispositif « e-satis »
- L'intranet local.

La gouvernance est traduite dans un organigramme du service qualité, un organigramme des vigilances et des risques et un schéma de gouvernance impliquant les instances stratégiques, organisationnelles et opérationnelles de l'établissement.

Le comité qualité COVIR EPP et le service qualité, de par leur place et leurs missions dans la gouvernance de l'établissement, garantissent les relations avec les autres unités, secteurs ou instances. Ils ont en charge d'assurer l'interface opérationnelle entre les pilotes, les professionnels de santé et les différentes instances en charge du pilotage des orientations et des programmes. Ils coordonnent ainsi les différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU. Ils sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (processus droits des patients).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour affirmer la place centrale de la qualité et de la gestion des risques dans l'établissement, conformément à l'engagement écrit de la Direction et du Président de CME, chaque projet institutionnel (médical, de soins, social) comprend un axe qualité qui se retrouve également dans les projets de service existants ; le déploiement de la démarche permet de couvrir tous les secteurs de l'établissement. Sur l'impulsion du comité qualité COVIR EPP, avec supervision du comité de direction et de la CME, le management est basé sur une organisation déclinée par processus, dans un contexte de gouvernance partagée. Pour ce faire, chaque processus est confié à des pilotes et copilotes, responsables de service et personnes ressources le plus souvent, et ce en lien avec de nombreux groupes de travail, comités et commissions et instances dans leur domaine d'expertise respectif. Les pilotes ont participé à l'élaboration du compte-qualité, la mise à jour des risques et la définition des actions d'amélioration. Ils sont impliqués dans la déclinaison au quotidien.

En parallèle de cette déclinaison, le comité qualité COVIR EPP a œuvré à développer une culture qualité en réalisant avec les professionnels des pré visites de certification, des audits patients traceurs sur l'ensemble des unités de soins MCO et SSR (14 au total), des audits de processus sur 100% des processus identifiés et des sessions de travail pour l'élaboration et la validation des cartographies des risques par parcours patients. Avec l'aide du responsable qualité et du RSMQ, l'implication des professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins et la mobilisation de l'encadrement se sont orchestrées en travaillant par parcours de soins (9 au total) pour faire vivre cette démarche au plus proche des unités de soins. Pour correspondre aux réalités de terrain, le recensement des risques s'est appuyé sur les pratiques des professionnels, les événements indésirables, les résultats d'audits et d'indicateurs spécifiques à chaque secteur.

La sensibilisation des professionnels de terrain sur la situation de leur secteur et sur leurs objectifs d'amélioration est assurée par les responsables de service qui organisent ensuite les participations aux projets. Un important dispositif de communication ciblée sous différentes formes (affiche, information thématique), diffusion des tableaux de bord...) contribue fortement à l'information des professionnels sur les démarches en cours. Les professionnels, les représentants des usagers participent annuellement à la semaine sécurité des patients organisée par le service qualité et le RSMQ. Lors de ces journées, des actions visant à faire évoluer la culture sécurité ont été réalisées à destination des professionnels et des patients.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux obligations réglementaires mais aussi par rapport aux objectifs spécifiques de chaque processus et parcours. Certains dispositifs institutionnels fonctionnent en continu et permettent des contrôles de conformité par le management notamment de proximité : événements indésirables, plaintes et réclamations, questionnaires de sortie... La pratique des audits est intégrée dans la démarche qualité / gestion des risques de l'établissement avec un nombre important d'auditeurs internes formés et permet, de façon ponctuelle ou régulière, de s'assurer des bonnes pratiques et d'engager en tant que de besoin des actions correctives.

L'analyse des événements indésirables est réalisée par le bureau du COVIR, qui assure l'animation des analyses des causes profondes. Des RMM se développent dans l'ensemble des disciplines et des retours d'expérience sont assurés (REMED par exemple). Chaque secteur est informé des événements le concernant. Tous les services constitutifs d'un parcours de soins (9 parcours) sont impliqués dans une ou plusieurs démarches d'amélioration des pratiques. Des groupes de travail thématiques mobilisent les professionnels des différents services sur des thèmes transversaux ou spécifiques. Les indicateurs, événements indésirables, dispositifs d'amélioration des pratiques professionnelles, résultats d'audit sont communiqués et débattus lors des réunions de service.

Les actions correctives, issues des plans d'actions du compte qualité, sont identifiées et suivies par les pilotes de processus. A la suite des EPP, des RMM, des CREX, des actions correctives sont proposées en cohérence avec les travaux en cours et ce avec les professionnels selon les situations analysées. Les groupes de travail, les instances, sont force de proposition d'actions correctives ou d'amélioration en cas de dysfonctionnement relevés, de baisse de résultats ou de constat d'événements récurrents.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnes ressources, pour mener les travaux engagés sur les volets de la qualité et de la gestion des risques et déployer la dynamique, sont clairement identifiées dans l'établissement. Une responsable qualité gestion des risques, une adjointe qualité et la chef projet informatisation du dossier patient constituent le service qualité. Elles peuvent s'appuyer sur un médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (également médecin anesthésiste, Président du CLIN et vice-président de la CME), un coordinateur EPP et un pharmacien désigné responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Des correspondants complètent ces ressources : chaque vigilance sanitaire est représentée (identitovigilance, pharmacovigilance, réactovigilance, hémovigilance, biovigilance, matériovigilance) ainsi que l'identitovigilance. Un correspondant pour la vigilance attentat est également désigné ainsi qu'un référent antibiotique et deux IDE référentes (Hygiéniste et douleur) qui s'appuient sur un réseau de référents hygiène et de référents douleur.

La responsable et l'adjointe qualité forment les nouveaux arrivants : gestion documentaire, système de signalement des événements indésirables. Le bilan annuel des formations réalisées atteste de l'intégration des axes qualité et sécurité des soins au plan de formation de l'établissement comme une formation de l'ensemble des pilotes au pilotage de la V2014 (patient traceur, processus, utilisation du compte qualité), une formation aux méthodes d'analyse de causes, formation de la majorité des professionnels aux situations de crise.

L'ensemble des documents qualité (procédures, modes opératoires, documents d'enregistrement) répond à des règles décrites dans une procédure (élaboration, gestion des documents qualité internes et utilisation du logiciel de gestion documentaire) et sont révisés à périodicité définie (tous les 4 ans au moins). Les responsables de processus et les professionnels sont sollicités pour les mises à jour comme le témoignent les documents consultés. Les documents couvrent l'ensemble des domaines du processus (gestion des plaintes, communication de dossier, gestion de crise, transfusion, signalement d'un événement indésirable...). Les documents sont tous informatisés et accessibles sur l'intranet de l'établissement par tous les professionnels. Un message d'information est envoyé sur la boîte mail de chaque responsable d'unité ou de service concerné par la diffusion d'un document. Chaque responsable de service et/ou personnel identifié doit prendre connaissance du nouveau document et s'engager à le respecter. Le responsable de service informe l'ensemble de son personnel concerné de l'existence du document. Les pilotes disposent d'un "Kit Processus" qui comprend l'ensemble des éléments nécessaires à la conduite de leurs missions et au suivi des actions et des indicateurs.

En parallèle de ce dispositif, l'intranet de l'établissement donne accès à diverses informations comme la réglementation, les comptes rendus, les nouveautés, les projets...et le signalement des événements indésirables (lien pour accès à un logiciel dédié). Les unités de soins visitées disposent de postes informatiques en nombre pour consulter les documents et signaler les événements indésirables. Les professionnels sont formés dès leur arrivée pour y accéder et les utiliser.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Afin de favoriser l'information des usagers et de renforcer leur implication dans la démarche l'

établissement met à leur disposition différents outils de communication : le livret d'accueil du patient et le site internet qui mentionnent toutes les informations utiles (droits, plaintes, consultation de dossier...), un livret douleur, la charte de la personne hospitalisée, l'affichage des résultats de la démarche qualité (SCOPE SANTE, questionnaires de satisfaction, e-SATIS...), des journées et semaines thématiques (hygiène des mains, sécurité du patient, gestion des médicaments...) et une chaîne de télévision interne. Les représentants des usagers nommés dans l'établissement ont pu participer aux groupes processus (droits des patients et patient en fin de vie) ainsi qu'à l'élaboration de la politique qualité.

Les professionnels rencontrés mettent en œuvre les organisations définies et respectent les circuits : signalement actif des événements indésirables, gestion documentaire connue et mobilisée au quotidien, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations, mise en œuvre du document unique révisé en lien avec le CHSCT, animation de retours d'expérience.

La coordination de la démarche est assurée par le service qualité, et la déclinaison de la stratégie par le comité qualité COVIR EPP, en collaboration étroite avec la Direction et la CME d'une part, les instances et les professionnels d'autre part. Le service Qualité et Gestion des risques, en collaboration avec la direction des soins, accompagne les pilotes de processus pour le déploiement de leur plan d'amélioration et leur apporte toute aide méthodologique. Une revue de processus élargie à l'ensemble des pilotes leur permet de présenter leur état d'avancement. Cette coordination est facilitée par une communication importante et fluide.

Des cartographies des risques sont effectives pour l'ensemble des processus et des parcours, actualisées annuellement. Le PAQSS intègre les plans d'actions de l'ensemble des vigilances, le programme global d'évaluation, les plans d'actions issus du Compte qualité.

Le signalement des événements indésirables est effectif comme en témoigne l'augmentation significative des FSEI (plus de 600 en 2016). Un retour au déclarant est réalisé via les responsables d'unités sur les actions menées ou à mener. L'analyse des événements graves par des méthodes spécifiques est décentralisée au niveau des secteurs d'activité, en lien avec les pilotes de processus concernés et le soutien méthodologique du service qualité. Diverses méthodes d'analyse des causes en profondeur (CREX, REMED, ACRES) sont déployées dans les différents secteurs grâce à la formation d'un certain nombre de professionnels à ces outils.

Cependant, l'établissement ne suit pas l'impact des activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins. Les événements porteurs de risque (EPR) signalés aux sociétés savantes, ne sont pas systématiquement portés à la connaissance de l'établissement, pour bénéficier du système institutionnel d'analyse des événements indésirables, même si l'établissement a déjà sollicité le corps médical et si certaines fiches de signalement (FEI) peuvent être reliées à des EPR. Le président de CME et la vice-présidente, coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, ont proposé de re-sensibiliser les médecins concernés à établir en même temps que leur signalement d'EPR, une fiche de signalement interne afin d'utiliser les données pour améliorer la sécurité des soins.

Suite à la dernière visite de certification, le développement des EPP s'est renforcé sous l'impulsion d'un comité EPP composé de professionnels représentatifs de l'ensemble des secteurs (praticiens, responsables d'unité, soignant, administratif, logistique, référents transversaux, IRP, pharmaciens, DSI, RAQ/Réf Risques) et des différents représentants d'instances de l'établissement (CLIN, CLUD, CDU, COMEDIMS, Csth, CHSCT, CLAN,...). La volonté affichée est de mener communément des EPP dans l'ensemble des secteurs d'activité (administratif, médico-technique, paramédical et médical) afin de favoriser la coordination et la cohésion des démarches. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont menées depuis plusieurs années dans l'ensemble des unités de soins. Certaines, très anciennes, sont devenues des indicateurs de pratique clinique. L'ensemble des démarches engagées est répertorié à travers un tableau de bord des actions EPP où elles sont classées en EPP administratives, médicales, paramédicales et médicotechniques (69% sont en étape 5); une fiche projet aussi appelée « Fiche récap » existe pour chacune des actions conduites. Les réunions de concertation pluri professionnelle sont organisées dans 6 secteurs (neurochirurgie, digestif, sénologie, ORL, oncologie, éducation thérapeutique). Les RMM se sont développées dans l'ensemble des secteurs à risque, et des patients traceurs sont réalisés dans tous les secteurs.

Le recueil de la satisfaction des usagers est soutenu par l'implication des professionnels à s'assurer du retour du questionnaire. L'établissement participe annuellement à l'enquête e-satis. La politique du groupe ajoute un score de satisfaction spécifique (NPS) à ceux déjà en place. L'exploitation des réclamations est réalisée au niveau de la Commission des Usagers (CDU), sous l'impulsion de la présidente, également médiateur non médical, qui enclenche les actions correctrices avec les référents concernés, dès réception d'une réclamation écrite ou orale. Un tableau synthétique des réclamations et des actions menées est présenté en réunion de CDU. Le suivi des contentieux est réalisé par une secrétaire administrative.

Les représentants des usagers nouvellement nommés sont impliqués dans le fonctionnement de la CDU. Ils sont invités aux réunions d'instances (CLIN, CLUD, Comité qualité COVIR EPP) et disposent des

comptes-rendus. L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée. Les réunions d'encadrement et de service. sont régulières ainsi que les réunions des instances qualité qui respectent les fréquences définies (CLIN, CLAN, CLUD, CSTH, comité qualité COVIR EPP, CDU...). Des comptes-rendus sont élaborés pour l'ensemble de leurs réunions.

L'établissement ne dispose pas de dépôt de sang ; il a mis en place toute l'organisation nécessaire au bon déroulement des transfusions (vigilant nommé, procédures effectives, dossier transfusionnel, logiciel dédié). Les personnels sont informés des évolutions du plan blanc et régulièrement formés (469 personnes formées en 2016). La veille réglementaire est assurée par le groupe d'appartenance. La veille sanitaire est assurée à partir d'une adresse mail.

Les pilotes de processus assurent le suivi de l'ensemble des actions menées dans leur kit processus, leur cartographie des risques et le compte qualité. La traçabilité de l'ensemble des documents constitutifs de la gestion documentaire est assurée. L'établissement a mis en place plusieurs tableaux de bord (IPAQSS, EPP, DPC, bilan LIN, événements indésirables, satisfaction, plaintes et réclamations, accès aux dossiers, indicateurs spécifiques). Les audits, EPP, CREX et autres réunions relatives à la mise en œuvre du programme d'action qualité et gestion des risques font l'objet de comptes-rendus. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles via les nombreux groupes de travail, comités commissions et la coordination qu'assurent l'encadrement de proximité, le service qualité et les pilotes des thématiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La culture de l'évaluation est très développée dans l'établissement et ce, depuis plusieurs années, en concertation avec les pilotes de processus et une équipe d'auditeurs internes formés et accompagnés par le service qualité. L'évaluation du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi de l'atteinte des objectifs du PAQSS, les résultats des indicateurs réglementaires (IPAQSS, le tableau de bord des infections nosocomiales), les objectifs et indicateurs du CBUM, du CPOM. Ce suivi permet de mesurer l'impact des actions menées notamment dans le cadre du suivi des plaintes et réclamations, des démarches EPP, des patients traceurs, des audits, des événements indésirables. Les principaux outils d'évaluation qualité et gestion des risques sont largement mobilisés : enquêtes, audits, EPP, suivi d'indicateurs, tableau de bord, patients traceurs, CREX, enquêtes de satisfaction des usagers internes et externe (e satis) etc.....

L'engagement de l'établissement et le recensement de l'ensemble des indicateurs nationaux est effectif (Bilan LIN, IPAQSS, IDM, DAN, AVC, HN...). Ces indicateurs sont partagés avec les pilotes de processus et pris en compte dans les plans d'actions. Le recensement à l'échelle de l'établissement est assuré par la responsable qualité. Le PAQSS fait référence à des indicateurs de suivi. Ces indicateurs sont transcrits dans un tableau de bord de la thématique, par secteur d'activité dans le but de communiquer sur la démarche auprès des secteurs d'activités et d'avoir l'adhésion des professionnels à la démarche qualité. Un programme d'audits internes et externes est établi par le service qualité. Ceux-ci sont menés de façon régulière sur différentes thématiques (hygiène, douleur, dossier patient, recueil des IQSS...) pour évaluer l'application des procédures en vigueur. L'évaluation des pratiques professionnelles et l'utilisation d'indicateurs de processus sont largement déployées sur l'ensemble des secteurs. Le service qualité réalise différents bilans : des questionnaires, des événements indésirables etc... Le bilan annuel de l'ensemble des actions menées dans le cadre de la démarche qualité gestion des risques, est ainsi réalisé lors de la revue de processus.

A / AGIR

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

Le suivi de chaque processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi des actions, par pilote de processus, à l'aide du programme d'actions global qui fixe les échéances des diverses évaluations prévues. Un suivi régulier, est également organisé lors des instances associées aux processus. Les actions sont ajustées (certaines en continu), de nouvelles identifiées, mises en œuvre, intégrées et structurées au niveau institutionnel. Le plan d'action est revu annuellement, l'ajustement des risques est prévu. La réalisation du bilan du PAQSS de l'année écoulée permet d'ajuster le programme de l'année suivante en fonction de l'atteinte des objectifs fixés, des nouvelles exigences, des résultats d'indicateurs, d'audits et d'EPP.

La coordination du dispositif complet est assurée par la responsable qualité gestion des risques, est suivie par le Comité qualité COVIR EPP, lors d'un point d'étape trimestriel et d'un bilan annuel. Une actualisation complète des plans d'action a été réalisée à mi-parcours, en préparation de la visite de certification. L'ajustement du programme validé par le Comité qualité est ensuite présenté au CODIR et au président de CME pour validation. Les pilotes participent à la requalification des risques résiduels, la

transposition dans le compte qualité est organisée.

La communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration repose sur une large diffusion, en utilisant divers canaux : présentation aux instances (CDU), en réunions de cadres, affichage dans chaque unité des tableaux de bord qualité (résultats des questionnaires de satisfaction, EPP), intranet, documentation sur l'intranet, courriers et journal interne joints aux bulletins de salaire, journées ou semaines thématiques (semaine sécurité des patients).

Une communication actualisée des résultats des indicateurs est assurée par voie d'affichage auprès des professionnels et des usagers. Ceux-ci ont accès à l'ensemble des informations relatives à la qualité des soins, dans le livret d'accueil institutionnel, des livrets d'accueil spécifiques aux unités de soins, le site internet de l'établissement et l'affichage des résultats de la démarche qualité sécurité des soins (IQSS notamment).

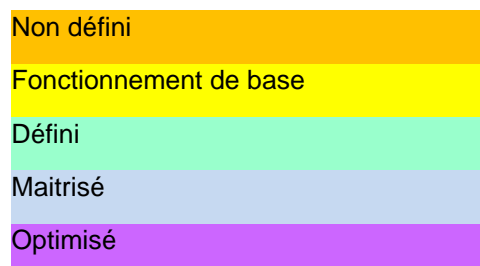
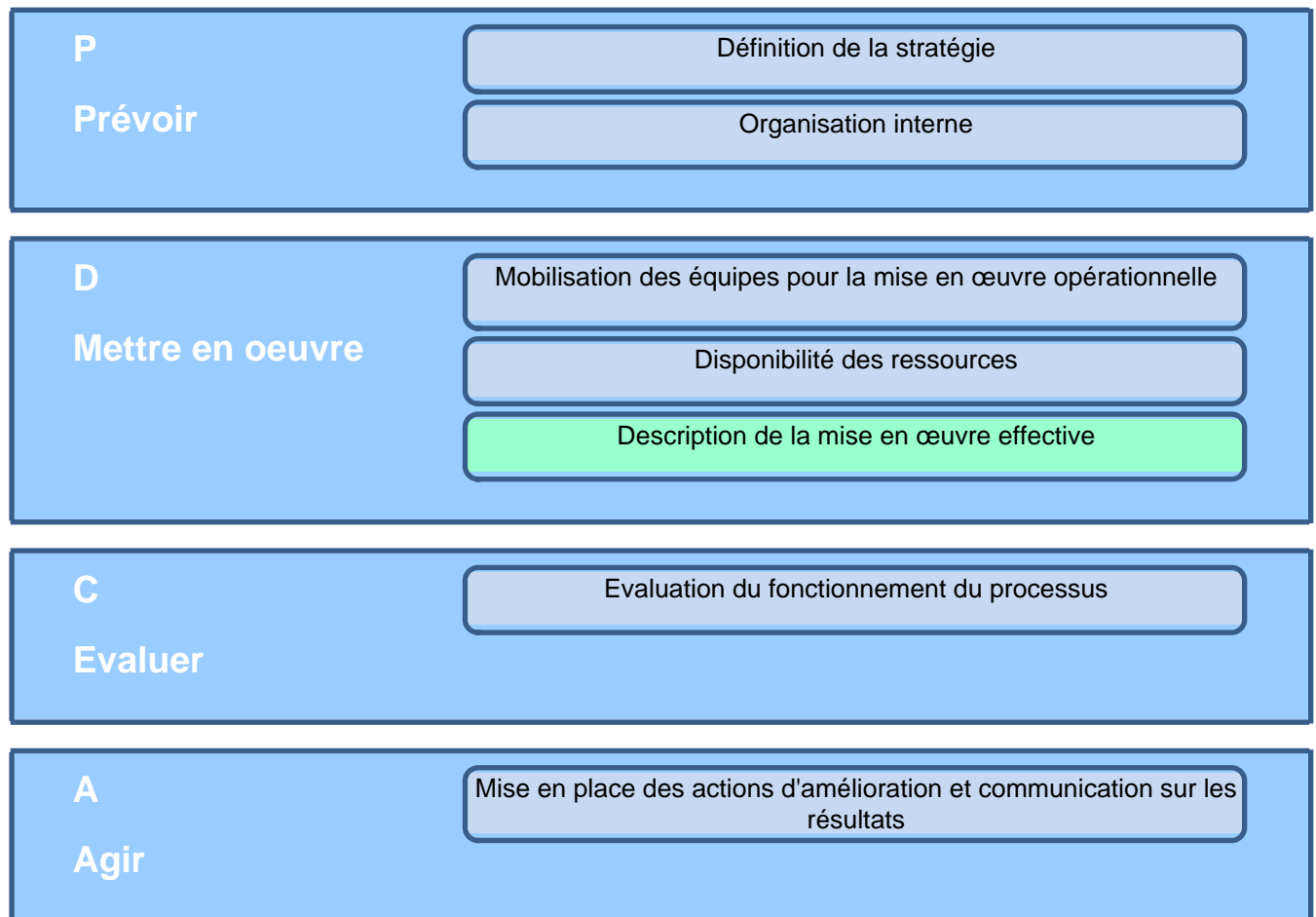
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de maîtrise du risque infectieux est inscrite dans la politique de gestion du risque infectieux, mise à jour en février 2017. Cette politique met l'accent sur le respect des précautions standard et développe 4 axes : maîtriser et optimiser le bon usage des antibiotiques, limiter les risques liés aux BMR / BHRé et surveiller l'écologie bactérienne, renforcer l'hygiène liée aux soins et pérenniser la gestion de l'environnement. Les orientations en terme de prévention et de surveillance s'inscrivent dans le contexte environnemental, l'organisation des soins, le bon usage des antibiotiques et concernent la personne soignée, les professionnels intervenants dans l'établissement (personnel de l'établissement ou prestataires). Les orientations sont en adéquation avec les orientations suivies antérieurement par l'établissement. L'identification des besoins tient compte de la réglementation, des résultats d'évaluations internes, des indicateurs dont le bilan LIN, des recommandations des CCLIN (Sud EST, Sud-Ouest, PACA...), des événements indésirables, des non conformités et du bon usage des antibiotiques.

En 2016, la cartographie des risques sur les thématiques « risque infectieux, entretien des locaux et bon usage des antibiotiques » a été actualisée avec les professionnels dont les besoins ont été recueillis au cours d'une enquête. Elle a permis l'identification de plusieurs risques prioritaires : réévaluation de l'antibiothérapie, recours à un infectiologue, apparition d'épidémie à BHRé/BMR, entretien de locaux, gestion des excréta. Les risques sont priorisés à l'aide d'échelles institutionnelles à 5 niveaux. Les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité. La priorisation des risques a permis d'identifier un certain nombre d'actions d'amélioration traduites dans un programme d'amélioration du processus décliné en plan d'actions dans le compte qualité. Le plan d'actions spécifique au risque infectieux mentionne, risque par risque les objectifs, les pilotes, les délais, les critères d'évaluation.

La politique est co-signée par le président de la CME, la présidente du CLIN, coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et la responsable qualité, gestionnaire de risques. Le programme est présenté, à périodicité par la présidente du CLIN, à la CME, au CHSCT et à la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de l'organisation définie par l'établissement, le pilotage de ce processus est animé par le président du CLIN, nommé vigilant des anti-infectieux pour l'établissement. Il s'appuie sur un "groupe gestion du risque infectieux" mis en place dans le cadre de la démarche de certification. La composition du groupe est représentative pour les champs du risque infectieux liés aux soins, du bon usage des antibiotiques et de l'entretien des locaux. Parmi les membres figurent aussi les deux infirmières hygiénistes de l'EOH et le responsable du bionettoyage. Ce pilotage de la gestion du risque infectieux est supervisé par le CLIN, qui valide la politique de surveillance et prévention du risque infectieux. Les missions des personnes ressources de l'EOH (présidente du CLIN et IDE) sont définies dans leurs fiches de poste respectives. Celles concernant le pilotage du processus gestion du risque infectieux sont détaillées dans une fiche de mission institutionnelle. La politique précise la composition et les missions du CLIN.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires, en effectifs et en compétences (IDE, IDE hygiéniste, pharmacien en charge du bon usage des antibiotiques, référents paramédicaux en hygiène dans les unités de soins). Un temps de médecin infectiologue a été recruté dans le cadre d'une convention avec l'APHM ; le président du CLIN, référent infectiologue nommé, vient renforcer cette disposition en termes de compétence disponible pour les prescripteurs. Un temps infirmier dédié aux suivis des infections du site opératoire a été mis en place récemment. La couverture vaccinale des professionnels est organisée avec le médecin de santé au travail. L'établissement établit sa stratégie de maintien des compétences à travers un plan de formation en lien avec le risque infectieux, instauré et réévalué chaque année. Il comprend entre autre des formations externes à destination des référents, des formations ciblées (hygiène hospitalière, douleur et hygiène...) et de nombreuses actions de formation assurées en interne (sondage vésical, préparation préopératoire...). Les nouveaux ASH reçoivent une formation au poste de travail dès l'embauche ; formation en interne par les responsables du bionettoyage. Des actions de sensibilisation à la prescription des antibiotiques et du risque infectieux sont également organisées en interne par la présidente du CLIN auprès des médecins et des chirurgiens de façon périodique. Ce plan prend en compte les nouveaux recrutements de personnel.

Les procédures et modes opératoires pour la surveillance et la prévention du risque infectieux sont élaborés par l'équipe d'hygiène en partenariat avec les secteurs d'activité. Les procédures sont validées par l'EOH, le service qualité et intégrées dans la gestion documentaire informatisée, institutionnelle. Cette gestion documentaire couvre le champ des thématiques risque infectieux, anti-infectieux et entretien des locaux, elle intègre des protocoles et procédures de prévention, de surveillance environnementale, épidémiologique et d'alerte, ainsi que des supports de traçabilité adaptés. Des supports d'information des patients sont également élaborés.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins des professionnels et des patients

(équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, préparation de l'opéré, matériels, produits de désinfection et d'hygiène des mains, dispositif de prévention des AES, dispositif de collecte des DASRI) et en adéquation aux besoins de la prise en charge (prélèvements d'air, d'eau, de surfaces, hygiène des locaux, processus de stérilisation, circuits des déchets, circuit du linge, restauration...). Le matériel de prévention de protection et de surveillance est en adéquation avec les besoins des professionnels et des patients. En ce qui concerne les locaux, l'établissement est entrée dans une phase de restructuration qui prend en compte des mesures nouvelles d'amélioration de la gestion du risque infectieux en concertation avec le CLIN et l'EOH, très impliqués dans le suivi des travaux. Le dispositif d'information s'articule autour du dossier patient informatisé accessible sur toutes les unités qui permet d'assurer le suivi des infections liées aux soins et le partage d'information en général, avec les partenaires internes et externes, et du logiciel qualité (base documentaire, événements indésirables, comptes rendu de réunion...). La communication s'appuie sur des rencontres avec les équipes, des actions de sensibilisation et de formation. Les interfaces sont organisées pour faciliter la concertation entre les pilotes de la gestion du risque infectieux et les partenaires internes (unités de soins, bionettoyage) et ceux externes (laboratoire, stérilisation, restauration...). Les représentants des usagers sont membres du CLIN et ont connaissance du programme d'actions.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le suivi du programme d'action et de la cartographie des risques est assuré par l'EOH en lien avec l'ensemble des responsables d'unité et du bio nettoyage. Le programme et les non-conformités de l'entretien des locaux sont coordonnés par l'infirmière hygiéniste, le responsable du bio nettoyage et le prestataire pour le secteur SSR. Les membres de l'EOH, de la commission des anti-infectieux, les cadres de santé, contribuent à la sensibilisation des équipes aux risques. L'infirmière hygiéniste, l'infirmière chargée du suivi des ISO, et le président du CLIN/vigilant anti-infectieux assurent quotidiennement une présence sur les secteurs où ils coordonnent en direct, le traitement des non conformités et des événements indésirables avec les acteurs médicaux et soignants. Des liens privilégiés existent avec les responsables paramédicaux des unités de soins. Le programme et les non-conformités de l'entretien des locaux sont coordonnées par l'infirmière hygiéniste, le responsable du bio nettoyage et le prestataire sur le SSR. Ce lien est conforté par les réunions périodiques des référents en hygiène qui contribuent aux suivis des bonnes pratiques auprès de leurs collègues avec l'appui des responsables de service (ex en endoscopie et en SSR sur l'entretien des locaux).

Lors de dysfonctionnements avérés (DEI) ou de problématiques particulières, l'établissement réunit ponctuellement des groupes de travail nommés « équipes EOH » composés de professionnels ressources dans le domaine. Dix-huit réunions ont été recensées en 2016 et 7 en 2017 sur divers thèmes comme les laves-bassin, l'entretien du caisson hyperbare, la gale, les fibroscopes, les travaux... Les professionnels participent au programme d'audits actualisé annuellement par l'EOH. Les professionnels, médicaux et paramédicaux sont également impliqués dans une vingtaine d'EPP réactivées à périodicité par l'EOH.

Cette dynamique de terrain impulsée par l'EOH, favorise l'implication des professionnels aux démarches d'évaluations des pratiques professionnelles, au signalement des situations à risque infectieux, à des groupes de travail et à l'identification des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'EOH est composée d'infirmières ayant bénéficié d'une formation de référent en hygiène qui développent leurs connaissances dans le cadre de la formation continue, comme le mentionne la fiche de poste. Un temps dédié d'infirmière référente du suivi des ISO est disponible. Le planning de présence du médecin infectiologue recruté dernièrement est à disposition des prescripteurs qui ont également accès à des consultations spécialisées dans le cadre d'un partenariat avec l'HPMM. Ce dispositif est renforcé par la réunion régulière du CLIN et de la COMEDIMS où il existe une représentativité médicale élargie à l'ensemble des spécialités. Des référents paramédicaux en hygiène sont présents dans les toutes les unités de soins. Le plan de formation comporte des actions en lien avec les risques énoncés en particulier dans le compte qualité (gestion des excrétât, précaution standards, suivis des BMR et BHRE).

La gestion documentaire est disponible aux différents postes de travail ; accessible sur informatique. Elle correspond aux besoins des professionnels, aux pratiques de soins et de maîtrise de l'environnement. Le président du CLIN assure la veille réglementaire et coordonne l'actualisation de la documentation interne avec l'EOH et les professionnels du soin et du bio nettoyage. Le plan de crise du risque bactérien est actualisé dans la cadre du risque « B » du plan blanc (risque NRBC). L'établissement bénéficie des compétences au niveau du siège social concernant les procédures de prescription des anti-infectieux ; une référence documentaire (Antibiogarde) est accessible aux prescripteurs, de même que les nouvelles publications dans ce domaine. Des supports d'information des patients sont disponibles par exemple dans le secteur de consultation en vue de la préparation à une intervention.

Des équipements pour le tri des déchets, le stockage intermédiaire et l'élimination ou le circuit du linge

sont disponibles. Le matériel d'entretien des locaux est à disposition des professionnels qui disposent de protection individuelle dans les zones et pour les activités à risques. De même des dispositifs de protection sont généralisés pour la protection des patients porteurs de BMR et de BHRE. Le suivi et la maintenance des dispositifs de traitement de l'eau, d'air, sont en adéquation aux besoins des prises en charge. Les prélèvements sont réalisés à partir d'un calendrier annuel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé de l'existence du CLIN par le livret d'accueil et par des passeports spécifiques aux secteurs. La déclaration interne des infections liées aux soins est en place. Le patient est informé en cas d'infection liés aux soins, la traçabilité est effective dans le dossier. Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place comme constaté lors des audits de processus. Une démarche éducative est mise en œuvre avec la collaboration de l'EOH pour les situations qui le nécessitent (à type de conseils d'hygiène de vie par exemple).

La coordination, entre les différents acteurs et selon les situations, est réalisée par le médecin anesthésiste, qui est aussi référent anti-infectieux, coordonnateur des risques liés au soin et président du CLIN et qui siège aux différentes instances. La coordination se fait également à travers les réunions institutionnelles et la présence régulière des IDE de l'EOH sur le terrain.

La mise en œuvre du programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène et de bonnes pratiques sont déclinées dans les différentes unités de soins et par les différentes catégories de personnel. Les procédures, les produits utilisés, les modes d'utilisation sont connus et suivis des professionnels dans chaque service audité. Les bonnes pratiques de tri des déchets sont appliquées.

Les locaux de soins, de bionettoyage possèdent l'équipement adapté aux besoins. Les produits de bionettoyage, de désinfection, d'hygiène de la main sont connus et utilisés par les professionnels qui sont formés à leur bonne utilisation, L'entretien des locaux est conforme aux bonnes pratiques affichées dans les postes de travail. La traçabilité des pratiques est effective. Le responsable du bio nettoyage réalise par ailleurs des contrôles visuels quotidiens, en lien avec l'EOH et les référents paramédicaux de terrain.

Le personnel dispose de tenue de travail, du matériel de protection en qualité et quantité suffisante. Les règles de tenue vestimentaire et d'hygiène sont adaptées aux situations de travail (code couleur vestimentaire), aux différentes catégories des locaux, aux secteurs de soins à risque visités (bloc opératoire, secteur de traitement en endoscopie) ou pour prévenir le risque environnemental (transport des déchets par exemple).

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, les bonnes pratiques de prise en charge, sont mises en œuvre avec l'EOH qui intervient et suit tous les patients à risques avec les professionnels pour l'installation par exemple des isolements. La gestion d'une épidémie est prise en compte. L'établissement a appliqué sa procédure à partir de deux cas qui ont nécessité une activation de la cellule de crise. Cependant, les actions de prévention du risque PRION ne sont pas toujours mises en œuvre. Dans les secteurs opératoires et en endoscopie, le dépistage du risque Prion n'est pas conforme à la procédure en vigueur (document non retrouvé ou évaluation non tracée). Des adaptations sont mises en place (les IDE du bloc opératoire se font "confirmer" oralement l'existence ou pas d'un risque par l'opérateur, au décours de l'intervention ou de l'acte) qui toutefois ne correspondent pas à une réelle évaluation du statut du patient ce qui peut constituer une perte de chance pour des patients pris en charge ultérieurement. Le risque connu de l'établissement ne fait pas l'objet d'une action spécifique au jour de la visite.

Un plan de surveillance bactériologique est organisé (prélèvements d'eau, d'air, de surfaces) est élaboré avec les services concernés, pour toutes les zones à risque (Bloc opératoire..) selon un plan de surveillance annuel. La maintenance du circuit d'eau (carnet sanitaire à jour) fait l'objet de contrôle régulier conformément aux recommandations. Les résultats sont centralisés par l'EOH et, au besoin, l'analyse est effectuée en concertation avec le secteur et le président du CLIN. Le suivi et l'entretien du système de traitement d'air et des matériels (endoscopes) des secteurs à risque sont effectifs. Le suivi de la maintenance et l'entretien des locaux sont assurés en interne en collaboration avec les services techniques (exemple travaux de rénovation).

Le suivi des ISO est réalisé avec les chirurgiens, l'EOH et le président du CLIN. Les informations utiles sont tracées dans le dossier patient. L'infirmière référente en charge du suivi des ISO, consulte ces données au quotidien. La réactivité est immédiate entre les acteurs concernés. La surveillance des BMR et BHRE est effective ainsi qu'un plan activable en cas de dépistage d'un phénomène émergent à haut risque. La surveillance des infections acquises en réanimation est en place (Réa Raisin).

La liste des antibiotiques protégés est établie. Le suivi de la consommation des anti-infectieux est assuré au sein de la COMEDIMS. La réévaluation à 72 heures est mise en place avec une alerte sur le logiciel de prescription, celle-ci est effective dans le dossier patient comme en témoigne l'indicateur de l'établissement. Les prescripteurs ont recours aux consultations de l'infectiologue. Par ailleurs le vigilant des anti-infectieux assure une disponibilité certaine, par téléphone.

Les interfaces sont opérationnelles entre l'ensemble des acteurs internes et externes (les services, le laboratoire, la pharmacie et l'EOH...). L'établissement participe à des actions de surveillance régionales et nationales. Le CLIN se réunit à fréquence définie et une commission des anti-infectieux est également active, comme le témoignent les différents comptes-rendus. Les modalités de signalement à l'ARS sont opérationnelles et réalisées par l'EOH et le président du CLIN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme d'actions du processus risque infectieux comporte un volet évaluations et suivis, mené par les pilotes de processus, comprenant des audits de pratique planifiés annuellement, la surveillance des ISO, des BMR, des AES, des indicateurs nationaux, de la flore bactérienne, de la consommation des antibiotiques, des EPP...

L'établissement met en œuvre une évaluation périodique du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques à l'aide d'indicateurs dont 12 portent sur le processus. Il recueille les indicateurs ATB, ICA - LISO, IcBMR et IcSHA . Deux indicateurs portent sur le suivi des antibiotiques : traçabilité de l'antibiothérapie à 48 et 72 heures, proportion de traitements curatifs de plus de 7 jours non justifiés. D'autres indicateurs sont définis et concernent des actions tournées vers les professionnels ou les patients, comme le suivi du taux de formation, d'accidents d'exposition aux AES, ou encore de patients porteurs de clostridium. Ces indicateurs sont disponibles dans un tableau d'indicateurs mis à jour par l'EOH et communiqué aux professionnels et pour les indicateurs sur les infections liés aux soins également aux patients.

En fonction du contexte; l'EOH organise des audits ciblés (bionettoyage du bloc, audit PICC LINE, audit VVP, hygiène des mains...). Le résultat des audits peut conduire à réactiver une EPP. Par ailleurs l'établissement dispose environ de 17 EPP sur la thématique. L'établissement participe aux enquêtes de prévalence.

Un bilan d'activité annuel est réalisé, validé par le CLIN et présenté en CME et en CDU avant d'être diffusé. Ce bilan annuel sert de base pour l'élaboration du futur plan d'actions. Il intègre les données sur les anti-infectieux et comporte des données quantitatives et qualitatives relatives à la prévention, la surveillance, l'information, la formation et l'évaluation. Ce bilan d'activité complète le bilan standardisé annuel transmis à l'ARS.

A / AGIR

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

La mise en œuvre des actions d'amélioration est pilotée par les pilotes du processus en collaboration avec le CLIN, la CME, l'encadrement de proximité, le service qualité, les professionnels concernés et la direction, selon un calendrier défini. Le bionettoyage du caisson hyperbare, les mesures de gestion des excréta, la formation des personnels face à une épidémie, le recours à un infectiologue sont effectives. Des actions d'améliorations font suite régulièrement aux suivis des différents prélèvements. A partir du tableau de suivi des EPP, l'EOH actualise annuellement un programme en fonction du contexte qui donne lieu à des actions correctives. Les actions d'améliorations collectives sont mises en œuvre et pour la plupart intégrées au plan qualité du processus. Seules les actions ponctuelles réalisées à chaud suite aux résultats de prélèvements sont tracées dans un document associé.

Une actualisation du PAQ a été réalisée en amont de la visite de certification qui témoigne de la réalisation des actions présentes dans le compte qualité. L'actualisation de la cartographie en temps réel conduit à planifier de façon régulière de nouvelles actions.

Les professionnels concernés (bloc et endoscopie par exemple) ont accès aux tableaux des indicateurs, aux résultats communiqués par le coordonnateur des plateaux techniques et l'EOH. La communication des actions est faite aux professionnelles en temps réel, lors des réunions d'encadrement ou le conseil de bloc. Il existe également des supports à destination des professionnels et des patients à type d'affiche par exemple. La CME et la CDU sont informées du programme.

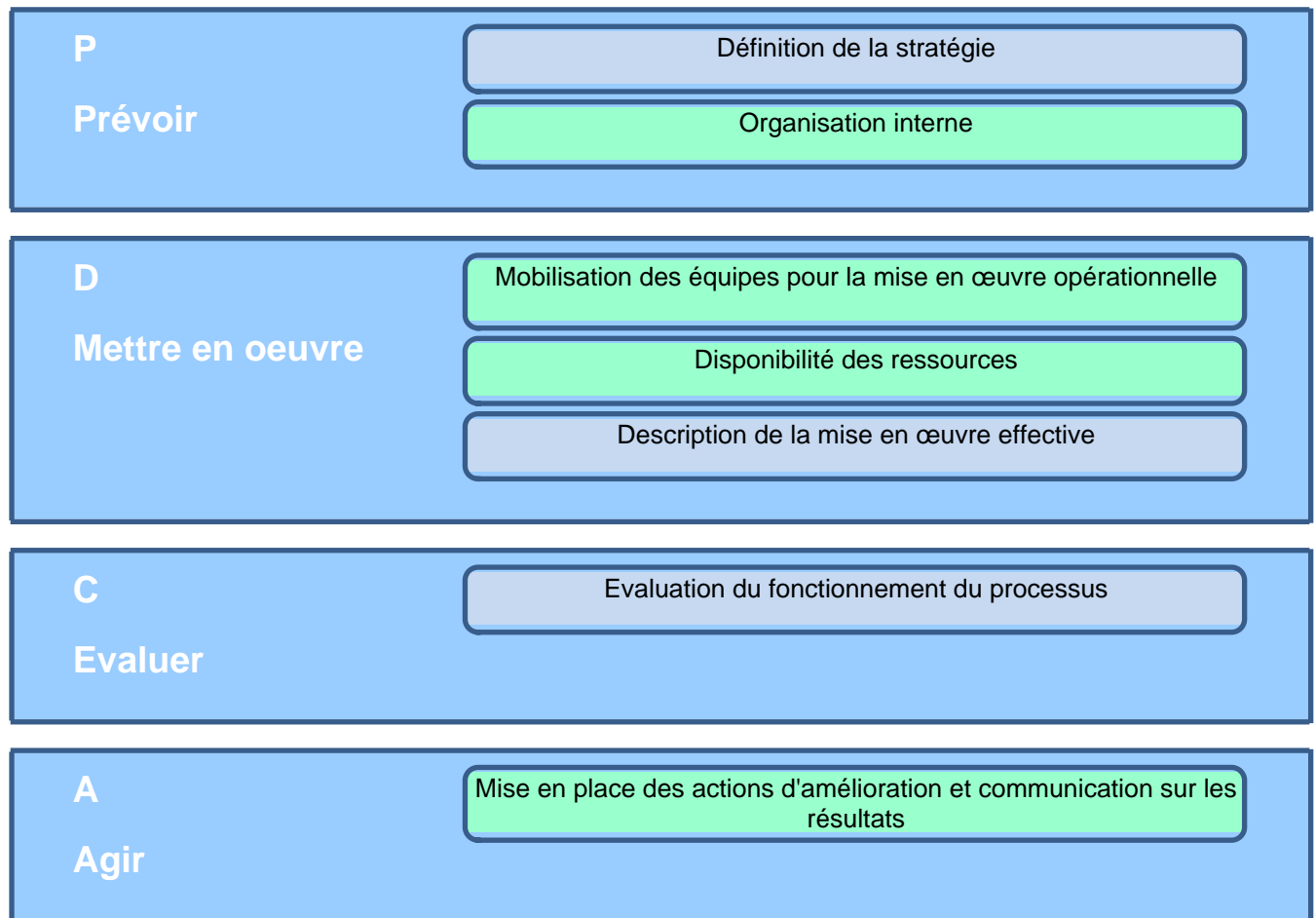
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les éléments constitutifs du respect des droits du patient apparaissent dans le projet médical et le projet de soins, deux composantes du "Projet stratégique d'établissement" 2016-2020. La collaboration avec les associations de patients, la réflexion éthique entre les professionnels, le respect de la vie et de chaque être dans sa dimension humaine, la relation d'aide, l'humanisme sont quelques-unes des valeurs listées dans ces deux projets. La stratégie est plus particulièrement définie dans une politique « de prise en charge des droits des patients et droits des patients en fin de vie » qui en précise les axes prioritaires :

- L'accompagnement des personnels au respect des droits des patients :
- L'implication des personnels soignants à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance
- L'évaluation de la satisfaction du patient en lien avec la CDU et l'optimisation de la gestion des plaintes et réclamations
- La Prise en compte de la notion d'éthique dans le soin.

Les axes définis correspondent au contexte et à l'activité de l'établissement, aux besoins de la population prise en charge à partir d'un état des lieux qui s'appuie notamment sur :

- le respect de la réglementation (loi du 2 mars 2002),
- les EPP,
- les enquêtes de satisfaction (questionnaires de sortie patient, questionnaire E-Satis)
- les évaluations réalisées en interne à l'appui d'audits.

Une analyse des risques, a été réalisée au niveau de l'établissement conformément à la méthodologie en vigueur : identification du pilote et copilotes du processus, définition du processus, actualisation du recueil des risques à l'appui de la cartographie existante, identification des risques aux différentes étapes du processus, hiérarchisation à l'aide d'échelles de criticité, gravité et maîtrise. Trois risques ont été retenus comme prioritaires et alimentent le compte qualité.

La stratégie institutionnelle est déclinée dans un programme d'actions global qui se présente sous la forme de l'ensemble des plans d'action par processus dont celui des droits du patient. Ce plan d'actions en 6 points est décliné avec pour chaque action, un pilote, des personnes ressources, des indicateurs de suivi et un échéancier. Les risques relatifs aux droits des patients et les plans d'actions inscrits au compte qualité se retrouvent dans le programme d'amélioration institutionnel.

La cartographie des risques et les axes stratégiques ont fait l'objet d'une information aux instances de l'établissement ainsi qu'à la CDU. Le plan d'actions a été validé par le comité qualité COVIR EPP, le comité de direction (CODIR), la conférence médicale d'établissement (CME), la commission des usagers (CDU), le comité d'éthique (GREC).

ORGANISATION INTERNE

Le suivi du processus "droits du patient" est confié à quatre personnes : la présidente de la CDU (Cadre d'unité), la directrice des soins, le médecin conciliateur et la secrétaire des contentieux. Une fiche de mission "pilote de processus" a été rédigée. Elle précise le rôle, les missions et les compétences attendues. La CDU dans sa nouvelle composition arrêtée en mars 2017 comprend 4 représentants des usagers et des professionnels de la clinique dont le médecin médiateur, la directrice des soins infirmiers, la RAQ, la diététicienne, la secrétaire de l'hémovigilance et du contentieux, la responsable hôtellerie. Les missions de cette nouvelle CDU sont définies et son règlement intérieur est établi. Le comité éthique nommé "GREC - Groupe de Réflexion Éthique Clairval", créé en 2012, a été récemment relancé. Sa composition est définie avec une psychologue comme présidente. Le GREC s'est doté d'une charte de fonctionnement.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à ses besoins (identification des médiateurs, responsable du traitement des plaintes et responsable des contentieux, membres de la CDU). Le plan de formation interne comprend des actions en matière de droits des patients dont certaines sont régulières. Pour 2017, des formations à la bientraitance, à la bienveillance en service de soins et la gestion des plaintes et des contentieux sont programmées.

Les ressources documentaires sont identifiées, accessibles et adaptées au fonctionnement du processus. Elles sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Elles portent sur le recueil du consentement, l'accès au dossier médical, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, le traitement des plaintes et réclamations, les signalements des cas de maltraitance, ainsi que l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient. La possibilité pour le patient de saisir la CDU ainsi que les missions, la composition et les coordonnées du référent de la CDU, sont mentionnés au livret d'accueil qui lui est remis lors de son admission. Il comprend notamment, une fiche de désignation de la personne de confiance, un document relatif au consentement éclairé pour une intervention chirurgicale ou médicale.

L'établissement dispose de chambres particulières et de chambres à 2 lits. Des travaux de rénovations sont engagés conformément à la politique architecturale pour exemple la rénovation du service de

cardiologie en 2017. Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité tant dans les secteurs de soins que dans les services administratifs. Un local est mis à disposition des associations d'usagers qui assurent une permanence dans l'établissement. Les opérations de travaux permettant la remise à niveau de certaines unités de soins intègrent la question de l'accessibilité des personnes à mobilité réduite aux locaux de l'établissement

Le système d'information autour des droits du patient s'appuie sur la chaîne interne et l'affichage régulier d'affiches thématiques (maison des associations, CDU, accès dossier médical). Le dossier patient informatisé et son complément papier sont les principaux vecteurs de recueil d'information.

La gestion des interfaces entre la direction, les services de soins et les services administratifs est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels, de même que celles entre le comité qualité COVIR EPP, la CDU, les associations. Les représentants des usagers participent à la CDU et au CLIN. Ils ont participé aux travaux relatifs au processus droits des patients.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus déclinent la démarche institutionnelle de respect des droits des patients et le plan d'action qualité et gestion des risques de ce processus. La présidente de la CDU, responsable d'unité de soins, joue un rôle central dans le déploiement opérationnel du programme d'actions. Elle s'appuie entre autres, sur des personnes ressources comme le médecin médiateur et la secrétaire du contentieux, les représentants des usagers. Les objectifs prioritaires ont été communiqués aux professionnels de terrain par l'encadrement. Les responsables des unités de soins organisent des réunions de service à périodicité régulière.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés au respect des droits des patients et au respect de la confidentialité des informations recueillies. Suite à l'identification des risques, des actions d'information sur les objectifs prioritaires ont été assurées par la présidente de la CDU. Elles portent sur la sensibilisation des professionnels sur la question de la bientraitance/maltraitance à l'appui d'un flyer diffusé par l'intranet, le recueil du consentement éclairé à l'appui de différents supports (vidéo, flyers restaurant du personnel, ...), la désignation de la personne de confiance. Les temps de transmissions, sont des moyens rapides pour diffuser les informations, évaluer les pratiques et rappeler les objectifs.

La production régulière d'indicateurs (suivi des événements indésirables, suivi des plaintes, audits internes..) permet aux responsables des unités de sensibiliser plus spécifiquement les équipes sur des points particuliers afin que les comportements et pratiques soient ajustés.

Des actions correctives sont définies chaque fois que nécessaire, suite à un dysfonctionnement relevé par l'intermédiaire du dispositif de signalement d'événement indésirable ou à une observation relevée dans les questionnaires de satisfaction. Des actions correctives sont définies chaque fois que nécessaire. Ces actions correctives sont identifiées avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au niveau transversal, la gestion des plaintes écrites et orales, des réclamations, des demandes de dossier patient repose sur la présidente de la CDU, en lien avec la direction des soins, le médecin médiateur, la secrétaire du contentieux. Les personnels soignants, les personnels administratifs, les professionnels psycho-sociaux sont présents pour offrir un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage (ex : IDE d'annonce, IDE référente douleur, psychologue, assistante sociale...). Les personnels bénéficient de formations en matière de connaissance et de respect des droits des patients. En 2016, les formations réalisées portent sur l'annonce d'un dommage lié au soin, le respect du secret professionnel, la loi Léonetti et la fin de vie, la médiation. En 2017, elles concernent la gestion des plaintes et des contentieux, la bientraitance. Les nouveaux arrivants sont informés du déroulement des parcours de soins incluant le respect du patient lors de leurs jours d'encadrement. Les 4 représentants des usagers sont formés. Ils participent régulièrement à des actions de formation soutenues par la clinique ou par leur association.

Les professionnels ont à leur disposition les procédures, modes opératoires, chartes et formulaires portant sur le droit des patients sur intranet et dans certaines unités de soins sous format papier. Le pilote du processus est chargé de veiller à la gestion documentaire de son processus. Les procédures font ensuite l'objet d'une validation à plusieurs niveaux avant diffusion sur intranet : directeur opérationnel, médecin conciliateur, RAQ... Dans les unités de soins, les cadres de proximité ont la responsabilité de la gestion documentaire (classeurs, affichages tableaux de bord) de leur unité.

Sur le plan informatique les postes sont nombreux avec le déploiement d'un dossier patient informatisé et les règles de confidentialité attenantes. Le système informatique est sécurisé par des codes d'accès attribués aux professionnels. Les lieux de soins et de stockage des informations médicales sont sécurisés et ne sont accessibles que par des professionnels disposant d'un code d'accès.

Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité lits électriques, fauteuil adéquats, etc...). Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap. Des mesures se développent afin de garantir l'intimité et la dignité des patients. Toutefois, Les conditions d'accueil et d'hébergement des patients ne permettent pas l'intimité du patient et le respect de la confidentialité en toutes circonstances. L'établissement dispose d'une

grande majorité de chambres doubles. Les bureaux d'admission (facturation) situés à chacun des quatre niveaux ne disposent pas de box pour recevoir les usagers. L'UCA dispose de locaux non individualisés pour la plupart des lits et places installés. Les séparations se font par des rideaux et des paravents. Les professionnels sont très attentifs au respect de la confidentialité et de l'intimité des patients dans les limites architecturales du service rendus difficile par l'architecture des locaux. Le projet architectural en cours d'élaboration envisage des améliorations pour répondre à ces besoins. De même, les locaux sont adaptés aux normes dites PMR (personne à mobilité réduite) en fonction des plans de rénovation. Le plan d'aménagement architectural à venir viendra notamment faciliter l'accès à l'établissement dès la voirie publique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les représentants des usagers ont participé à la préparation et à la visite de certification, à la CDU et sont consultés sur les projets en cours (projet architectural par exemple). Ces derniers sont mobilisés dans les unités de soins et participent à la remise des questionnaires de sortie. Ils tiennent une permanence dans l'établissement. L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée dans tous les services (affichage de la charte des droits du patient) et par le livret d'accueil.

Les professionnels des services rencontrés sont sensibilisés à la thématique « droit des patients ». Ils connaissent les règles en matière de confidentialité et de bonnes pratiques relatives au respect de l'intimité et la bienveillance. Les aides-soignants, les infirmières expriment spontanément leur vigilance sur ces points lors des soins techniques ou les soins de nursing.

Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) sont abordées en transmissions orales ou en staff et organisées afin de faciliter la participation de l'ensemble des intervenants (assistante sociale, psychologue...) en présence parfois des représentants des associations (en soins palliatifs).

Lors de l'admission de chaque patient, au moment du recueil des besoins patient, les infirmières identifient les patients les plus vulnérables et mettent en place des actions d'accompagnement. A l'entrée du patient une information lui est donnée par les professionnels sur les modalités de son séjour. La demande de préservation d'anonymat est organisée. Les rites et des croyances sont pris en compte. Le formulaire de désignation de la personne de confiance est remis et expliqué au patient par les personnels des services. Le dispositif de recherche des directives anticipées est décliné si nécessaire. Toutefois, les recueils de la désignation d'une personne de confiance et des directives anticipées ne sont pas généralisés à l'ensemble des patients. Ces différents recueils n'ont pas été retrouvés dans tous les dossiers des patients traceurs réalisés. L'établissement a identifié cette difficulté lors des différents audits de dossiers réalisés en interne. La mise en conformité des données du dossier est un axe de travail intégré au plan d'actions de ce processus, action en cours de réalisation.

Un document de consentement éclairé est en place en médecine et en chirurgie. Un questionnaire médical papier est renseigné par le patient à son entrée. Celui-ci contient des informations relatives à ses antécédents médicaux, les traitements médicaux éventuels, mais aussi l'autorisation parentale pour les mineurs. Ces différents documents sont intégrés au dossier informatisé ou au dossier patient papier. Le recueil de consentement lors de transfusion est effectif.

L'accueil et la présence de l'entourage sont organisés et favorisés dans les situations et les secteurs où cela le nécessite et / ou contribue au bien être des patients en particulier en oncologie et en soins palliatifs. Un dispositif est en place pour assurer l'accueil des accompagnants dans les chambres individuelles. Un lit d'appoint est proposé en cas d'hébergement. Un accueil personnalisé peut être assuré pour l'entourage du patient dans le bureau du médecin ou du cadre de santé pour des situations qui le nécessitent.

Le respect des libertés individuelles est une préoccupation des professionnels. Les restrictions de libertés sont particulièrement codifiées : prescription médicale et réévaluation quotidienne. Elles sont tracées dans le dossier patient informatisé. Il en est de même lorsque que la nécessité d'isoler un patient est nécessaire. Un dispositif particulier est mis en place pour les patients perturbés et sujet aux conduites de fuites de l'établissement. La promotion de la bienveillance est un sujet travaillé dans l'établissement. Les professionnels connaissent les modalités de déclaration de la maltraitance. Celles-ci sont accessibles sur le site intranet.

Le patient ou son entourage, participe à l'élaboration de son plan personnalisé de soins comme en témoignent les patients traceurs de l'unité d'hospitalisation de jour en cardiologie et en oncologie. Il fait l'objet d'un recueil dans le dossier informatisé du patient. En oncologie, un poste d'infirmière d'annonce facilite l'accompagnement du patient et de son entourage et permet de personnaliser le projet de soins. Les professionnels sont attentifs à la prise en charge de la douleur : évaluation, information, traçabilité.

En cas de dommages liés aux soins, une information est délivrée au patient ou ses proches par le médecin, le responsable de l'unité de soins, éventuellement le médecin médiateur de la CDU. Cette information est tracée dans le dossier de soins informatisé. Une procédure est en place et une sensibilisation sur cette question est réalisée à l'aide d'un support diffusé par l'intranet de la clinique.

Le traitement des plaintes, des réclamations et des demandes de dossiers médicaux est assuré conjointement par la secrétaire de direction et la présidente de la CDU en lien avec les professionnels des services concernés. Le service qualité présente le bilan des signalements d'événements indésirables, ainsi que le bilan des plaintes et réclamations aux représentants des usagers lors du bilan annuel de la CDU. Les représentants des patients peuvent être associés aux conciliations.

Tout au long de la prise en charge, la traçabilité des actions, le recueil des différents consentements, sont assurés dans le dossier du patient, ce que confirment les patients traceurs réalisés. L'accès du patient à

son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis dans un tableau de bord pour en évaluer le délai de réponse et la typologie. La CDU se réunit selon la fréquence réglementaire, les représentants des usagers ont été nommés récemment. Chaque réunion de la CDU est tracée dans un compte rendu, un bilan annuel est établi.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation du questionnaire de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient Il participe également à l'enquête nationale e-satis. Cette évaluation se complète du recueil du nombre de plaintes et réclamations enregistrées au cours de l'année et sur le suivi des délais de transmission des dossiers médicaux.

Le dispositif d'évaluation repose sur des audits internes. réalisés (audit patient traceur, prise en charge de la douleur, évaluation de la connaissance de la Charte du patient hospitalisé auprès des patients en décembre 2015, audit sur les directives anticipées). Les données sont recueillies, traitées et font l'objet d'une analyse périodique. Un programme EPP sur le "respect des bonnes pratiques en lien avec le respect de la dignité et de l'intimité..." est engagé ainsi qu'un autre relatif à la charte des droits du patient.

L'établissement recueille les indicateurs nationaux et hôpital numérique. Des indicateurs ont été définis pour les différents risques prioritaires du processus. Le suivi du plan d'actions du processus "Droits des patients" est réalisé en continu par le pilote et les co-pilotes de processus. Il donne lieu à un suivi dans un tableau de bord global du compte qualité.

La CDU réalise un bilan annuel d'activité comprenant notamment le bilan des plaintes, des réclamations et des demandes de dossiers médicaux. Le bilan est formalisé, présenté en CDU et transmis au siège de l'établissement et à l'ARS.

A / AGIR

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

A l'appui des questionnaires de satisfaction, des enquêtes de satisfaction, le pilote et les co-pilotes proposent des actions d'amélioration avec une actualisation du compte qualité. Les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration sont communiqués au comité qualité, à la CDU et au comité d'éthique. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS.

Les résultats des évaluations et du suivi des indicateurs ainsi que des actions d'améliorations mises en œuvre sont communiqués aux professionnels lors des réunions de services. La CDU est informée des projets de l'établissement, du retour des évaluations de la satisfaction, des événements indésirables et des plaintes et réclamations. La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

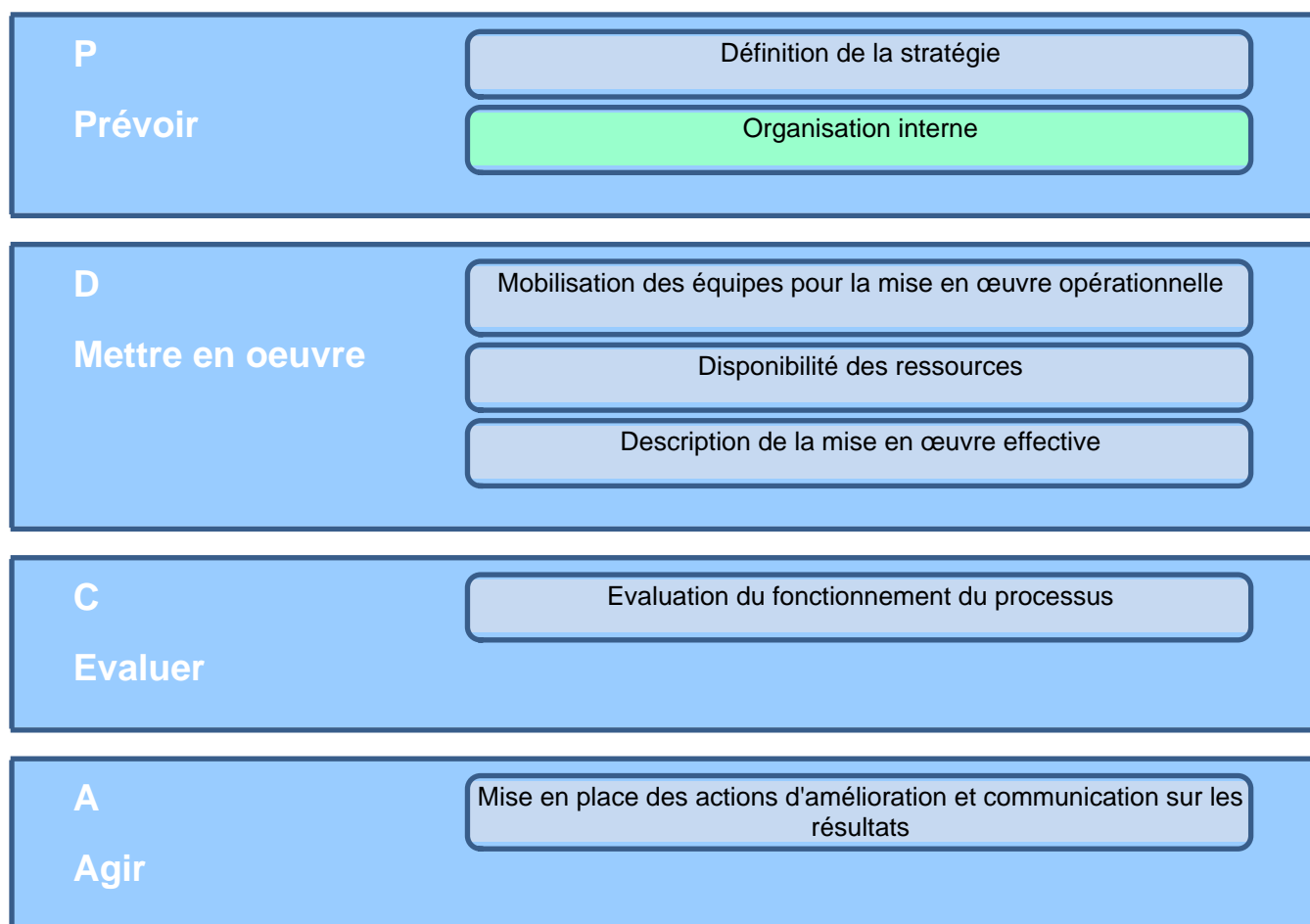
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement propose une offre de soins répartie sur trois pôles d'activité : Cardio-vasculaire, Neurologie et cancérologie. Pour ces trois pôles d'activité, l'établissement s'inscrit dans une logique de filières de soins avec les établissements et les partenaires environnants.

La stratégie de l'établissement en matière de « Parcours patient » a été définie en lien avec le "projet stratégique d'établissement" 2016-2020 et le respect des valeurs du groupe d'appartenance. Elle s'inscrit dans le cadre du projet médical et du projet des soins infirmiers qui précisent chacun à leur niveau, 4 axes de développement. Cette réflexion sur le parcours « patient », élaborée par les professionnels concernés par la prise en charge, s'articule autour de la prise en compte des éléments du SROS, du CPOM (2012-2016 - prorogé de six mois à compter de juillet 2017), des orientations stratégiques de l'établissement (2016-2020), des besoins de la population (bassin de recrutement étendu entre PACA et Corse). Elle prend en compte un projet de rapprochement avec un autre établissement du groupe.

La stratégie de l'établissement, pour prendre en compte les différents éléments constitutifs du parcours du patient, repose sur une identification des risques et une définition des actions d'amélioration selon neuf parcours de soins spécifiques identifiés au sein des trois pôles (ambulatoire, vasculaire, thoracique, oncologie, chimiothérapie, réadaptation cardio vasculaire, médecine cardiaque, chirurgie cardiaque et neurochirurgie). Des cartographies des risques ont été élaborées pour chacun des parcours permettant ainsi d'identifier les risques à chaque étape des prises en charge. Ce travail a été mené par les équipes en collaboration avec la responsable qualité /risques. Ces risques sont analysés a priori et a posteriori grâce au travail réalisé par les pilotes des parcours des patients. Ils s'appuient sur des audits internes, les événements indésirables déclarés, des RMM, l'Analyse des Causes Racines des Évènements Significatifs (ACRES), les plaintes et réclamations, les questionnaires de satisfaction, les méthodes du patient traceur. La cartographie des risques hiérarchisés à partir de la matrice de criticité de l'HAS, reprend l'ensemble des parcours coordonnés du patient avec une structuration précisant les interfaces entre les acteurs hospitaliers, le recensement des risques à chaque étape des parcours, les moyens de prévention des risques et les actions correctives.

Au regard des risques identifiés, des objectifs d'amélioration sont déclinés dans un plan d'actions priorisé qui alimente le compte qualité et le programme global de l'établissement. Les modalités de déclinaison du plan d'actions sont spécifiées avec un échéancier, un pilote et un suivi. Le programme et les plans d'actions font l'objet de présentation aux instances et de validation pour les réajustements proposés.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus "Parcours Patient" est confié à la directrice des soins infirmiers (DSI). Elle assure la coordination des 9 co-pilotes des parcours du patient, cadres de santé (Responsable d'Unité de Soins -RUS) dont les missions sont connues et tracées dans une fiche de mission.

L'établissement a organisé ses besoins en compétences utiles à son offre de soins avec des équipes médicales et paramédicales constituées, décrites dans une fiche d'identité. Celle-ci reprend les différentes étapes du parcours de prise en charge du patient et, pour chaque étape, les rôles dévolus à chaque professionnel sont précisés ainsi que les interfaces entre les unités de soins, et les fonctions supports. La permanence des soins est assurée 24h/24. Au niveau institutionnel un tableau des gardes et des astreintes est diffusé par l'intranet et doublé d'un affichage dans certains services. Un plan de formation est élaboré qui répond aux besoins de l'établissement et aux souhaits des personnels. Il offre des formations individuelles promotionnelles et de spécialisation, des formations obligatoires (gestes d'urgence, précautions d'hygiène, sécurité incendie, par exemple).

Un outil de gestion documentaire informatisé rassemble l'ensemble des procédures et protocoles sur les différents parcours de prise en charge.

L'établissement dispose d'un service d'imagerie H24 et fait appel à un laboratoire de biologie disponible aussi H24. La pharmacie à usage interne dispense médicaments et dispositifs médicaux et assure l'approvisionnement d'urgence. Une équipe de brancardiers assure la fonction transport en interne. Les transports extérieurs sont assurés par des prestataires extérieurs. Les secteurs logistiques sont organisés pour assurer dépannage, contrôles et maintenances (électricité, fluides médicaux, dépannages des matériels et équipements, etc.). Les équipements nécessaires sont mis à disposition des professionnels pour les différentes prises en charge. Les plans d'achats et de maintenance des équipements, des locaux, des dispositifs et des matériels sont définis (plans de maintenance préventive et curative).

Le déploiement de l'informatisation est confronté à l'interopérabilité des logiciels utilisés. Le logiciel DPI centralise les informations concernant la prise en charge du patient au sein de l'établissement, un logiciel est dédié à la planification informatisée et partagée des programmes opératoires, un outil de partage entre le service ambulatoire et le bloc permet à ces deux unités de communiquer en temps réel sur l'arrivée du patient, sa préparation et son transfert au bloc, un logiciel spécifique permet la gestion de la planification des séances de chimiothérapies. Le schéma directeur du système d'information prend en

compte le programme hôpital numérique.

Les interfaces sont organisées à travers le déploiement des filières de soins en place. Celles-ci prennent place sur un territoire de santé avec en amont, les liens avec la médecine de ville, les pharmaciens d'officine et en aval, les liens avec les établissements SSR, HAD, les professionnels libéraux et certaines associations. La coordination externe des parcours met en exergue le répertoire opérationnel des ressources (ROR) comme outil d'orientation des patients vers des filières spécifiques de prise en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La directrice des soins, les pilotes opérationnels du processus et des différents parcours, la responsable qualité et les professionnels des secteurs se sont mobilisés et ont mené une réflexion collective autour de la continuité et la sécurité des soins pour l'ensemble des parcours de soins identifiés. Les orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement font l'objet d'une déclinaison en projet de service et en plans d'actions propres à chaque secteur. Pour les 9 parcours de prise en charge du patient, les risques principaux ont été identifiés et les plans d'actions présentés aux équipes des différents secteurs mobilisées grâce aux réunions de service, aux programmes d'EPP et à la participation aux instances.

Pour les secteurs visités lors de l'audit de processus (neurochirurgie, chirurgie cardiaque), les équipes sont engagées sur la systématisation de la remise des programmes opératoires aux brancardiers, la sensibilisation des brancardiers à la recherche systématique de la bonne identité du patient, la poursuite de l'informatisation des pièces composant le dossier patient, la poursuite et le suivi des indicateurs IPAQSS "dossier patient classé", la poursuite de la remise du livret d'accueil des patients avec explication de la prise en charge de la couleur...

Chaque responsable d'unité de soins s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les professionnels sont sensibilisés aux risques et maîtrisent les déclarations des événements indésirables. Selon les analyses, ils participent par des actions transversales à la gestion des risques de leur secteur.

Par delà les réunions de service ou d'encadrement, il existe des staffs en cardiologie, en cancérologie et 6 RCP sont en place : neurochirurgie, sénologie, ORL, digestif, oncologie, ETP. L'expertise est renforcée en continue grâce au développement de la pratique des audits conduits par du personnel d'encadrement régulièrement formé. Des EPP transverses sur les droits des patients, le risque infectieux permettent une amélioration de la qualité des soins. Ces EPP sont initiées par l'encadrement, mises en œuvre avec les professionnels et suivies par la responsable qualité, gestionnaire des risques.

Les professionnels, participent activement à la réalisation des actions d'amélioration dans leur secteur et analysent les causes des événements indésirables qu'ils déclarent (REX ou ACRES). Les résultats sont communiqués dans les services. Le respect des objectifs assignés aux services fait l'objet d'évaluation dont les résultats sont communiqués.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs de personnel sont en adéquation avec les objectifs identifiés. Un support relatif à l'évaluation de la charge de travail est utilisé par les responsables d'unité pour justifier leur demande de moyens à titre ponctuel (congé, maladie), ou à titre définitif (création de postes). Un pool de remplacement est en place pour les aides-soignants et les IDE. Une équipe pluri-professionnelle : assistante sociale, diététicienne, psychologue assure les soins de supports. Elles interviennent à la demande des unités de chirurgie. Leur rôle est essentiel dans la filière cancérologie ainsi que dans deux programmes d'éducation thérapeutique. Des référents nutrition, douleur, soins palliatifs, soutiennent la démarche et viennent en appui. Une prise en charge kinésithérapeute sur l'ensemble des unités est assurée par des professionnels libéraux et salariés en rééducation cardiovasculaire. Au sein de la filière oncologie, l'Institut de Cancérologie garantit la qualité de la prise en charge des parcours patient grâce à l'infirmière coordinatrice et l'assistante en cancérologie qui coordonnent l'accès aux soins de support, au programme d'éducation thérapeutique et aux consultations spécifiques telles que l'oncogénétique. Au sein de la filière cardiologique, en cardiologie structurelle, une infirmière coordinatrice est en charge du parcours TAVI, MITRACLIP et des fermetures d'auricules. Deux infirmières coordinatrices spécifiques sont nommées dans la filière oncologique et cardiologique. Les professionnels répondent aux tableaux de service et d'astreinte afin d'assurer la continuité des soins, en particulier dans les secteurs qui assurent la permanence des activités H24 (urgences, maternité, bloc, etc.).

Un plan de formation est élaboré chaque année. La promotion interne est favorisée. Des formations diplômantes sont financées. Des contrats de travail en apprentissage sont passés avec des aides-soignants désireux d'accéder aux fonctions d'IDE. Les ressources en matériel sont conformes à la réalisation des activités. Le nouvel arrivant reçoit un passeport d'intégration qui permet de prendre connaissance de l'organisation et des activités transversales fondamentales de l'établissement et fixe des rendez-vous avec des personnes ressources sur l'établissement. Une évaluation de chaque intégration est réalisée avec le professionnel. Une check-list est remplie par l'assistante de direction pour s'assurer de la bonne exécution des étapes du parcours d'intégration du nouveau praticien défini dans une procédure.

Un dispositif documentaire est mis à la disposition des professionnels et des procédures et protocoles viennent à l'appui des différents parcours participant ainsi à la sécurisation des prises en charge. Il existe

entre autres, des protocoles sur la prise en charge de l'urgence vitale, de vérification et contrôle du chariot d'urgence, des procédures pour les gardes et astreintes diffusées par l'intranet, le plan blanc, etc... Un livret d'accueil du patient est en place et plusieurs supports complémentaires complètent l'information sur des prises en charge particulières (en unité d'oncologie, en ambulatoire, livret d'information éducative, livret d'accueil flyer sur la lutte contre la douleur, parcours du patient opéré en chirurgie cardiaque...).

Les chariots d'urgence vitale sont opérationnels, une organisation commune permet d'en assurer la gestion. Les ressources en matériel sont facilement accessibles. Un plan d'équipement annuel permet de répondre aux besoins spécifiques. Un plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement. Au niveau de la sécurité des locaux, l'établissement dispose d'une équipe de sécurité 24h/24 et des caméras vidéo reliées à un PC sécurité. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) est en cours d'élaboration. Deux commissions se réunissent tous les mois afin d'arbitrer les demandes en équipements biomédicaux ou techniques en fonction du recueil des besoins des responsables d'unités de soins : la commission de choix et la commission achat. Les demandes d'intervention du service biomédical se font à partir d'une GMAO. Les locaux de l'établissement, d'âges différents, sont entretenus. Un plan de rénovation des unités est effectif. Un projet architectural est en réflexion intégrant des évolutions à prendre en compte pour faciliter les accès à l'établissement notamment aux personnes à mobilité réduite.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes médicales et paramédicales prennent en charge les patients dans les différentes filières dans le respect des procédures établies et des organisations définies. Les bonnes pratiques dans le domaine du parcours patient ont été confirmées au décours des audits de processus. L'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est réalisée.

La coordination hospitalière est assurée :

- par un ensemble de dispositifs : des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) au nombre de 6, des réunions d'encadrement, des réunions régulières de service, des staffs, un temps de transmission
- par un ensemble de professionnels : des IDE coordinatrices en cardiologie, en cancérologie
- par des compétences dites "transversales" : assistante sociale, psychologue, diététicienne, kinésithérapeutes...

Un dispositif d'accueil des patients est en place dans chaque secteur. Le livret d'accueil est remis au patient dès son accueil, lors de son installation dans la chambre. Les informations sur les conditions de séjour sont délivrées par l'infirmière et/ou l'aide-soignante. A l'entrée l'équipe paramédicale dispose de l'ensemble des informations issues des consultations. L'évaluation initiale, médicale et paramédicale est réalisée dans un délai utile à la continuité de la prise en charge. Elle inclut le recueil systématique du poids et de la taille, une évaluation de la douleur. L'évaluation initiale et continue de l'état de santé et le projet personnalisé sont retrouvés dans les dossiers des patients traceurs. La réflexion bénéfique risque et les consentements sont tracés.

Le projet personnalisé de soins (PPS) standardisé sur l'établissement, fait état du projet thérapeutique adapté au patient, validé en RCP et communiqué à celui-ci dans le cadre du dispositif d'annonce. Les PPS sont élaborés en associant les différents professionnels médicaux et paramédicaux et sont inclus au dossier informatisé. L'entourage est associé au projet de soins personnalisé si besoin. L'établissement propose des solutions de restauration et des lits d'appoint dans certaines unités.

Les filières s'adressent aux patients adultes, aux enfants, aux patients âgés, aux patients présentant un handicap, aux patients en soins palliatifs (l'établissement dispose de 4 lits en soins palliatifs). En ce qui concerne la rééducation fonctionnelle de soins de suite, l'établissement est un recours pour les patients qu'il prend en charge. Le parcours du patient fait appel à l'outil de planification régional pour le choix de la structure ou du service le plus adapté aux besoins de la personne et fluidifier l'aval. Pour d'autres patients le programme de retour rapide à domicile (PRADO) est mobilisé. Les patients atteints de pathologie chronique bénéficient de programme d'éducation thérapeutique. Deux programmes sont autorisés par l'ARS.: ETP Cardio "Pour le patient cardiaque" et ETP cancéro "Mieux vivre son cancer".

Un dépistage et un suivi des troubles nutritionnels sont assurés par la diététicienne et tracés sur le dossier du patient informatisé. Un bilan nutritionnel de sortie est réalisé pour chaque patient. Deux EPP nutrition sont engagées en oncologie et en rééducation cardiaque. Le déploiement du logiciel institutionnel dans l'ensemble des secteurs permet d'assurer la traçabilité des observations médicales et paramédicales. Les IDE sont formés aux transmissions ciblées.

L'établissement ne dispose pas d'autorisation pour la médecine d'urgences. Des procédures sont en place pour assurer la prise en charge en urgence d'un patient, d'un visiteur, d'un personnel, notamment, pour les détresses neurologiques et respiratoires, où la réanimation polyvalente est sollicitée. Pour les détresses cardio-respiratoires, la réanimation cardiaque ou l'USIC sont mobilisées. Les procédures d'urgence de 2006 et de 2009 ont été réactualisées en 2017. Un dispositif de gestion des urgences vitales est en place avec création d'un numéro unique affiché et connu des professionnels. La tenue des chariots d'urgence est assurée avec des vérifications à fréquence définie et tracées. Un audit interne sur la gestion du chariot d'urgence et du dispositif de gestion des urgences vitales a été réalisé en juin 2015.

Des populations enfants, personnes âgées sont prises en charge. Il existe une conduite à tenir en cas de risque suicidaire avec une grille d'évaluation à l'entrée du patient et le recours possible à un psychiatre et au psychologue de la clinique à partir d'un numéro de téléphone connu des professionnels. L'information est tracée dans le logiciel. En cas de pose de contention ou de barrières de lit, la réflexion bénéfique risque

est tracée dans le dossier

L'articulation avec les activités de SSR de la clinique est assurée par une fiche de liaison qui participe à l'amélioration de la prise en charge des patients lors des transferts en aval. Son double est archivé dans le dossier. Il en est de même pour les autres SSR du territoire de santé. La clinique mène des actions de collaboration active avec ces structures par l'intermédiaire des médecins des secteurs d'activité et des référents des unités de soins. Depuis 2013, la clinique est autorisée à pratiquer les prélèvements d'organes et de tissus sur son site. Cette activité est réalisée en collaboration avec l'agence de la biomédecine et la coordination de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM).

La sortie du patient est organisée avec des dispositifs d'appel du lendemain généralisé à l'ensemble de secteurs de la clinique. L'organisation et l'anticipation de la sortie du patient relèvent d'une concertation interdisciplinaire, en lien avec le service social. La sortie est également organisée avec les structures d'aval grâce à l'utilisation du répertoire opérationnel des ressources (ROR) par les responsables des unités de soins.

Des conventions ont été passées avec certains établissements, particulièrement dans le cadre des soins palliatifs et soins de suite. Les instances de l'établissement jouent pleinement leur rôle dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en prenant les décisions qui s'imposent notamment sur la continuité des soins. Ces instances (CODIR, Comité Qualité-COVID-EPP, CME) sont tenus informés de l'état d'avancement des travaux comme en témoignent les comptes rendus de la conférence médicale d'établissement de 2016 et 2017.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Chaque unité ou pôle suit des indicateurs soit qualitatifs soit quantitatifs tels que:

- Taux d'appel du lendemain en ambulatoire
- Complétude du dossier infirmier : risque suicidaire, personne de confiance
- Évaluation de la charge de travail au travers de scores

Des audits internes, des déclarations d'événements indésirables, des programmes EPP sont réalisés. Pour l'année 2016, 17 EPP ont porté sur la thématique. 3 audits ont été réalisés sur cette période : Gestion des appels au standard, perception visuelle patient et une enquête "Salon d'accueil". Les événements indésirables graves font l'objet d'une analyse des causes par différentes méthodes : ACRES, RMM, REMED pour les erreurs médicamenteuses. Les indicateurs IQSS sont suivis et communiqués par l'établissement, les indicateurs de satisfaction sont affichés. Des tableaux de bord qualité sont diffusés dans les services permettant de suivre les principaux indicateurs de chaque unité et les indicateurs transversaux communs, tels que l'évaluation de la satisfaction des usager, les résultats d'audit de dossiers, les audits réalisés dans le service, les EPP. Les résultats des diverses évaluations (audits internes, EPP), des EI, donnent lieu à des actions d'amélioration selon les risques identifiés du processus.

La "revue des processus 2016-2017" élaborée par l'établissement donne une vue d'ensemble des indicateurs d'évaluation du processus "parcours du patient".

A / AGIR

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

De nombreuses actions ont été mises en œuvre dans chaque parcours comme

- La mise en place de l'appel de la veille et du lendemain en ambulatoire
- La mise en place de nouveaux matériels dans plusieurs unités
- Le déploiement de l'informatisation dans les services fermés
- La collaboration avec le service régulation ambulance
- La création d'un livret pour les familles endeuillées en oncologie
- La sensibilisation des professionnels aux directives anticipées....

Les actions d'amélioration sont définies à partir des risques identifiés, elles sont mises en œuvre et suivies, en particulier pour ce qui concerne la continuité des soins. Elles sont inscrites dans un plan d'actions 2017 mis à jour régulièrement, intégré dans le programme d'actions institutionnel et saisi dans le compte qualité par l'intermédiaire des pilotes des 9 parcours du patient identifiés, la RAQ et le directeur opérationnel.

L'établissement porte des projets de rénovation des différentes unités et un projet de développement par regroupement d'activités, le renforcement des compétences et le développement d'activités complémentaires. La communication des résultats est organisée en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les instances sont tenues informées à périodicité régulière sur l'état d'avancement du programme d'actions et les évolutions des indicateurs (au niveau stratégique : CODIR, CME, au niveau opérationnel avec plusieurs instances consultatives : CLUD, CLAN, CLIN, COMEDIMS,

COVIR, Conseil de bloc, CHSCT, Comité d'Éthique, CDU. Les professionnels bénéficient d'une information en interne grâce aux nombreux supports de communication : intranet, journal interne, réunions d'encadrement et de services animées par les responsables d'unités de soins. Pour le public, les résultats des indicateurs sont mis à leur disposition par voie d'affichage dans les unités de soins grâce à l'appui de la cellule qualité et de gestion des risques.

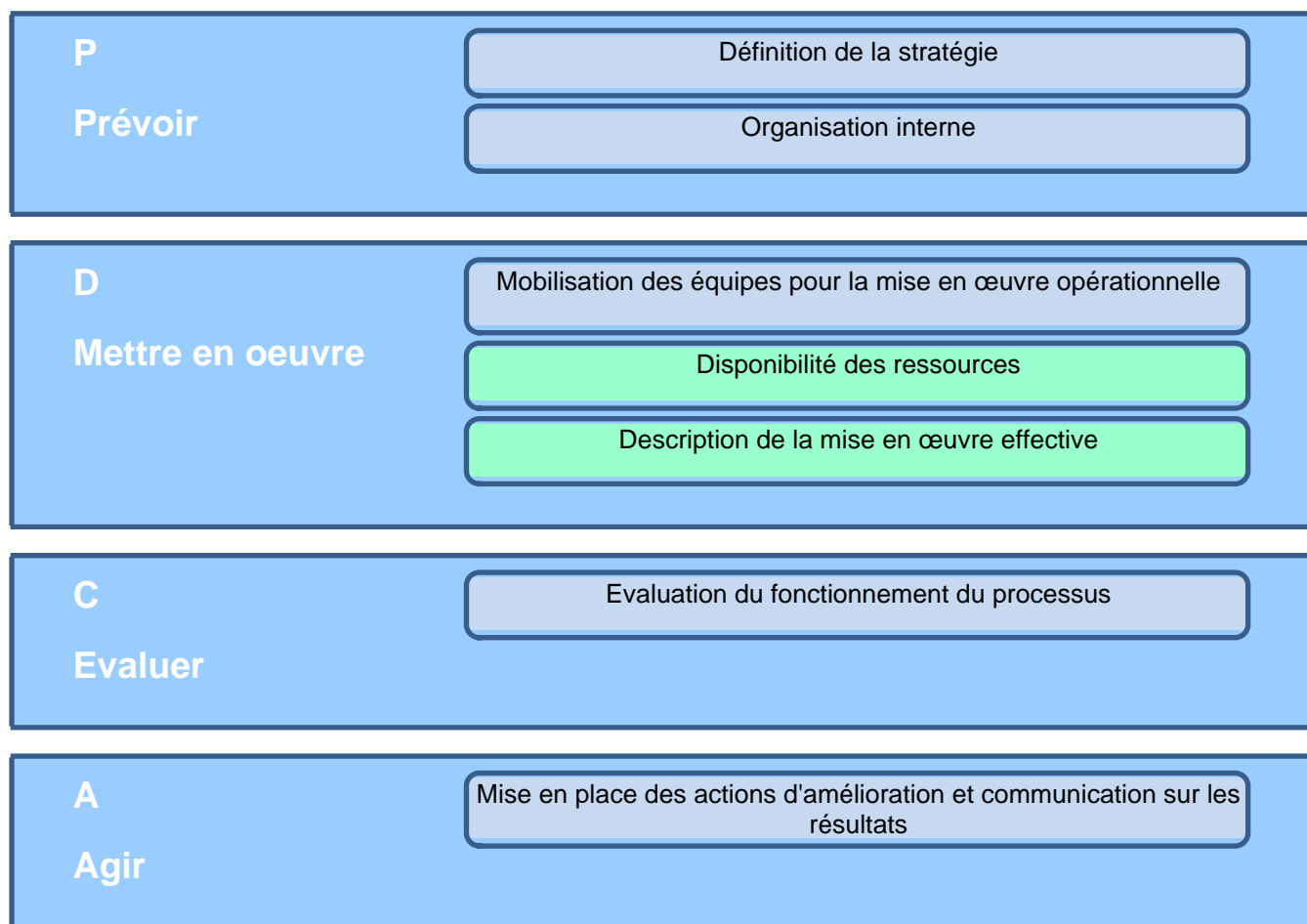
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une stratégie de gestion du dossier patient en lien avec le projet du système d'information, traduite dans une "Politique Dossier Patient". qui en précise les quatre axes stratégiques retenus :

- Déployer le DPA en fonction du schéma directeur informatique
- Garantir la coordination et la continuité de la PEC du patient
- Sécuriser l'utilisation des données informatiques et papiers
- Améliorer le contenu du DPA (exigences réglementaires, évolutions des pratiques, ...)
- Rendre accessible à tous le dossier patient et maintenir les conditions et délais réglementaires de transmission

Cette stratégie est définie en liaison avec le projet stratégique d'établissement (2016-2020) et les orientations arrêtées par le groupe propriétaire. Les axes ont été définis à partir des objectifs d'amélioration identifiés à la suite d'une analyse des risques a priori, en tenant compte de l'existence de multiples logiciels et d'un dossier papier coexistant dans certains service dits « fermés ». L'analyse des besoins prend en compte les résultats de tous les indicateurs IQSS, le programme Hôpital Numérique, les éléments du manuel de certification HAS.

Les principaux risques du processus du dossier patient ont été identifiés à partir d'audits internes réalisés par la responsable qualité (RAQ), d'une revue des fiches d'événements indésirables, de résultats d'indicateurs nationaux, des patients traceurs. Cette analyse de risque a priori, identifie sept risques prioritaires (perte d'information, absence de saisie d'éléments attendus, absence de compte rendu, traçabilité incomplète, courrier de sortie non conforme). Les risques identifiés sont hiérarchisés selon une méthode définie au niveau de l'établissement et alimentent le compte qualité.

Des axes d'amélioration sont déterminés en lien avec les mesures de traitement des risques identifiés. Ces axes sont à la fois décrits dans un document global constituant le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) de l'établissement et dans la partie « plan d'actions » du compte qualité, le compte qualité étant une extraction du plan institutionnel pour les risques majeurs recensés. Des objectifs sont définis, des priorités de traitement sont arrêtées, un plan d'actions est élaboré précisant pour chacune d'elles un pilote et un état de réalisation et d'avancement. Un échéancier permet de mesurer la date de démarrage de l'action.

Cette politique est portée par le comité de pilotage du dossier (COPIL DPA) et par le comité qualité COVIR EPP. Elle est approuvée conjointement par le comité de direction (CODIR) et la Conférence Médicale d'Établissement (CME) qui approuve également le plan d'actions "Compte Qualité Parcours patient". La politique du DPA est présentée en CME et partagée avec l'ensemble de la communauté médicale.

ORGANISATION INTERNE

La responsabilité de ce processus est confiée à la directrice des opérations aidée de deux copilotes, la directrice des soins et le chef de projet informatisation. Leurs missions de pilote de processus sont définies conformément à l'organisation institutionnelle dans une fiche de mission de la fonction de pilote. Ils agissent dans le cadre d'un comité de pilotage dossier patient (COPIL DPA), instance qui établit la politique interne en lien avec la gestion du dossier patient. Le COPIL s'assure de la communication des axes prioritaires via notamment des procédures, de la compréhension et de l'application de cette politique via des audits.

Au niveau opérationnel, ils sont en lien étroits avec le comité de pilotage du système d'information (COPIL SI) qui associent entre autres, la directrice des opérations, la directrice des soins infirmiers, le pharmacien gérant, la responsable qualité, le coordonnateur des plateaux techniques, le chef de projet informatisation du DPA, le médecin DIM. En parallèle de cette organisation, l'établissement a identifié ses personnes ressources et les instances impliquées dans le pilotage de ce processus. Le médecin DIM représente la CME, le pharmacien RSMQ fait le lien avec le COMEDIMS et le COPIL DPA, le chef de projet informatisation DPA fait partie du comité qualité COVIR EPP....

La formation est structurée et supervisée par le chef de projet informatisation. Le plan de formation intègre des actions pour renforcer l'utilisation des logiciels déployés et à déployer. L'équipe informatique du site assure la formation initiale (nouvelle recrue) et complémentaires des utilisateurs du logiciel. Elle peut être relayée dans les unités par les cadres (Responsables d'Unité de Soins).

Les ressources documentaires (procédures, protocoles) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein de la gestion documentaire électronique. Elles concernent entre autres les règles de gestion du dossier, celles de communication et d'archivage. La procédure « gestion du DPA » précise les personnes habilitées à écrire sur le dossier patient et les différents supports le composant. L'organisation de l'accès du patient à son dossier fait l'objet d'une procédure avec la centralisation et le traitement des demandes au niveau de la direction. Les règles d'accès au SI sont disponibles sur le site intranet. Une charte "d'utilisation des outils de communication électronique" est diffusée aux professionnels. Une procédure prévoit un mode dégradé en cas de rupture d'utilisation du logiciel DPI. Un Plan de Reprise d'Activité (PRA) du Système d'

Information en cas d'interruption des applications informatiques est arrêté par le groupe. Ce document fait l'objet d'une déclinaison au niveau de l'établissement.

Les ressources matérielles font l'objet d'un d'investissement de suivi et de maintenance préventive et curative en concertation entre la direction, le service informatique et le groupe d'appartenance. Des matériels informatiques fixes et mobiles sont déployés au sein de tous les secteurs. L'archivage se fait au sous-sol de l'établissement selon 2 critères d'orientation (patient non décédé et patient décédé).

Sur l'établissement un travail d'informatisation des composantes du dossier patient est initié depuis 2009 en concertation avec le groupe d'appartenance. Le logiciel DPI centralise les informations concernant la prise en charge du patient au sein de l'établissement. Un logiciel spécifique centralise les données en lien avec le dossier d'anesthésie. Un autre logiciel, déployé depuis 2012, permet une planification informatisée des programmes opératoires. Un logiciel déployé depuis 2001, permet la gestion de la planification des séances de chimiothérapies. L'établissement est confronté à l'interopérabilité entre tous ces logiciels.

Le dossier patient est informatisé pour la majorité des unités de soins, hormis les services dits « fermés » (Réanimation,USIC et SCC) à l'aide d'un logiciel DPI. Ce logiciel se complète, dans certains secteurs de l'établissement, de logiciels spécifiques (chimiothérapie, anesthésie).

Pour l'ensemble des logiciels, les habilitations et droits d'accès sont définis. Des interfaces sont organisées pour consulter en direct les résultats de biologie. Les données du dossier patient font l'objet d'une sauvegarde régulière. Des procédures dégradées en cas de panne informatique existent et le plan de reprise d'activité est établi.

En parallèle de cette organisation et dans les services informatisés, la coexistence d'un dossier papier et des pièces électroniques reste limitée à quelques éléments : compte rendu d'imagerie, fiche de déclaration de la personne de confiance, recueil du consentement. L'informatisation des éléments papiers se poursuit avec l'évolution du logiciel DPI. Dans les services fermés, l'organisation du dossier papier permet d'y centraliser tous les documents indispensables et les formulaires de traçabilité utiles.

L'accès et l'usage du système d'information font l'objet de règles définies au niveau du groupe d'appartenance. Chaque professionnel est doté d'un mot de passe et la gestion des droits est assurée par l'équipe informatique du site.

La gestion des interfaces et la connexion des applications et des différents logiciels utilisés en interne sont organisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (dossier administratif maître de l'identité, dossier de soins, dossier de planification opératoire...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La réalisation de l'analyse des risques puis la définition du plan d'actions ont été élaborés avec les pilotes dans le cadre du COPIL DPA, en collaboration avec le COPIL SI. Le plan d'action relatif au dossier du patient est établi en prenant en compte la démarche institutionnelle arrêtée. Les membres du groupe de travail et l'encadrement ont eu à charge de communiquer auprès des équipes en complément de la communication institutionnelle réalisée à différentes étapes. Les risques identifiés sont connus des professionnels des unités à l'appui des réunions d'encadrement et de service.

Au niveau des unités de soins, les cadres de jour comme de nuit, s'assurent de la conformité des pratiques et participent à la formation des professionnels. Ils sont en charge de la sensibilisation des professionnels et des actions correctives sont menées en cas de dysfonctionnement constatés. Ils s'assurent également de la conformité des pratiques par rapports aux dispositions prévues. Les professionnels sont également sensibilisés par l'intermédiaire d'actions de communication ciblée (journal, affiche).

Le COPIL DPA fait vivre les démarches EPP, coordonne des audits ciblés par thématique et par secteurs (actions périodiques d'évaluation, audits internes en 2016 et 2017). Il exploite les fiches d'événements indésirables afférents à ce processus avec les responsables qualité. Les professionnels sont sollicités pour participer aux démarches concernant leurs secteurs d'activité en particulier dans les services en cours d'informatisation (réanimation). Lors des réunions de service, ils sont informés des résultats des évaluations et des mesures correctives qui sont prises. Le travail collectif permet de structurer, les prises en charge autour des décisions communes prises par le COPIL DPA. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (anomalies en interne, résultat d'audit, baisse d'indicateurs) par les pilotes avec la participation des professionnels du terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles. Ces ressources impliquent les pilotes du dossier, les membres du COPIL DPA, du COPIL SI, les personnes ressources spécifiques comme les informaticiens, les techniciens TIM et le médecin DIM, le personnel administratif dédié aux archives

L'ensemble des personnels médicaux, l'encadrement, les infirmiers et AS sont formés au logiciel, de même que les personnels vacataires avec une durée moyenne de formation de 1h30. Ces formations sont organisées par la chef de projet de l'informatisation du dossier patient rattachée au service "management qualité et gestion des risques" qui assure également une assistance fonctionnelle. Une permanence du système d'information est en place.

La documentation mise à jour est disponible dans l'espace documentaire informatisé et ce sur l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Elle concerne l'ensemble des procédures et les formulaires dont ceux à destination du patient. Il existe une procédure de secours en cas d'indisponibilité du logiciel ainsi qu'une procédure de reprise.

Les locaux et équipements nécessaires sont en adéquation avec les besoins dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les documents papiers restant sont sécurisés dans les salles de soins fermées par digicode. Chaque service est équipé d'ordinateurs fixes et mobiles en nombre suffisant, fixes (localisés dans les salles de soins adaptées) ou mobiles (personnel d'encadrement, chariots mobiles). Les locaux d'archivage (niveau -1) de la clinique permettent d'assurer la conservation et l'accessibilité des dossiers médicaux des patients. Ils sont sécurisés et accessibles 24h/24 à l'aide d'un badge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels utilisent le dossier du patient informatisé conformément aux recommandations, ils mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du dossier du patient et respectent les règles et les circuits. Ces éléments concernant la tenue du dossier sont vérifiés lors des audits de processus et des patients traceurs réalisés.

La coordination des professionnels autour du dossier est facilitée par un accès partagé au logiciel DPI et par un mode de rangement du dossier papier pratiquement harmonisé dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation. La coordination entre les professionnels des secteurs de soins s'appuie également sur des transmissions journalières. Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis la consultation (préadmission), l'admission, le séjour jusqu'à la sortie. Au moment de la préadmission réalisée par les secrétaires administratives, le recueil des informations est assuré au regard des vérifications d'usage (identité, carte de sécurité sociale), la saisie des coordonnées du patient respecte les recommandations (nom de jeune fille par exemple).

A l'admission, les professionnels s'engagent à relever des informations en systématique (recueil des besoins, de la douleur, du poids...) et les formulaires signés par le patient (personne de confiance, consentement éclairé). Au cours du séjour, l'ensemble des professionnels (médecins, soignants, paramédicaux) assure un suivi de la prise en charge en traçant dans le dossier patient informatisé les informations recueillies en temps réel. Dans le respect de la confidentialité des données, les écrans sont réduits sur les chariots de soins lorsque les soignants ne les utilisent pas ou entrent en soins dans les chambres.

Les dossiers consultés en visite montrent une traçabilité des intervenants et des soins réalisés au patient. Les médecins assurent la traçabilité de leurs observations et les prescriptions. Les évaluations paramédicales dont la douleur, les diagrammes de soins, les directives anticipées, les mesures de contention, sont tracées dans le dossier informatisé ou papier.

Le dossier transfusionnel se présente sous format papier, l'ensemble des prescriptions médicales sont informatisées. L'utilisation d'un support papier (classeurs) se limite à la fiche de désignation de la personne de confiance, aux comptes rendus d'imagerie et d'anatomopathologie. Une démarche d'intégration de documents scannés est engagée. Les clichés radio sont accessibles par le système d'archivage et de partage des images (Pacs). La procédure dégradée en cas de panne du logiciel informatique est accessible sur le site intranet de l'établissement. Les éléments constitutifs de la sortie sont définis et transmis en temps utile aux acteurs du suivi après l'hospitalisation, ce que confirment les valeurs des indicateurs nationaux associés.

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil directement remis par les professionnels dans les unités de soins. Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective, avec un suivi des demandes et des délais de réponse assurés dans le respect de la réglementation : l'assistante de direction traite l'ensemble des demandes de communication des dossiers en liaison avec la cadre de santé présidente de la CDU. Ces informations sont partagées avec la CDU

Les interfaces entre secteurs et spécialités (anesthésie, radiologie, biologie, chirurgie, dossier de soin, kinésithérapie, ...) sont opérationnelles. La communication est organisée et effective entre les établissements partenaires (SSR, ROR...). La communication avec les correspondants externes s'organise sur la base des comptes-rendus d'hospitalisation, et de fiches de liaison. La relation avec les structures d'aval est organisée. Le groupe de travail dossier patient se réunit régulièrement comme le témoigne l'ensemble des comptes-rendus disponibles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure très régulièrement l'évaluation du dossier sur la base d'outils identifiés. De nombreux indicateurs qualitatifs ou quantitatifs sont relevés en routine :

- Conformité des IPAQSS des RCP
- Conformité des IPAQSS de la tenue du dossier patient DAN
- Conformité des IPAQSS de la tenue du dossier patient en médecine et chirurgie
- Conformité des IPAQSS de la tenue du dossier patient SSR

- Conformité des IIPAQSS de la tenue du dossier patient IDM
- Tenue du dossier de soins infirmiers par service
- Score de conformité Hôpital Numérique
- Nombre de personnels formés aux logiciels HM/Diane/UG
- Comparatif entre annonces saisies dans HM vs services
- Plan de reprise d'activité après une coupure de logiciel
- Suivi des FEI.

Les indicateurs Hôpital Numériques (HN) sont suivis au niveau de la direction et du siège du groupe d'appartenance. Des fiches de suivi des indicateurs HN sont en place avec des valeurs cibles. Les indicateurs IPAQSS permettent de cibler les actions correctives utiles, communiquées aux responsables de secteurs. Des audits ciblés annuels (audit informatisation du dossier en 2017), ou ponctuels viennent compléter ce dispositif. Le dossier du patient a fait l'objet de 7 programmes d'EPP en 2016.

Les risques liés au dossier du patient font l'objet d'un suivi dans un tableau général des risques précisant les axes d'amélioration, les pilotes, le calendrier et les modalités de suivi. Les résultats des audits internes portant sur le dossier sont diffusés en interne. L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du dossier patient sont assurés par les pilotes et co-pilotes du processus et le COPIL DPA en place selon les fréquences définies. Les données recueillies se structurent dans un tableau de bord processus dossier patient.

A / AGIR

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

Le dispositif de suivi des actions d'évaluation et d'amélioration est structuré et décliné au quotidien. L'établissement respecte les engagements pris dans son plan d'actions en cohérence avec le compte qualité comme la systématisation du recours au logiciel établissement par les praticiens depuis leurs cabinets, la mise en place d'un logiciel adapté aux services fermés, la réalisation d'audit DPA hors protocole y compris en SSR.

Les actions d'amélioration spécifiques s'appuient sur l'ensemble des tableaux de bord et des résultats d'audits internes conduits régulièrement par les responsables des unités de soins. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer la mise en place d'éventuelles mesures complémentaires.

L'établissement assure une information à la commission des usagers dont les membres peuvent mesurer l'amélioration des délais de transmission des dossiers médicaux, évaluer le niveau de satisfaction des usagers à partir de l'exploitation des questionnaires de satisfaction. La communication des résultats est réalisée, notamment auprès des professionnels et des usagers par l'intranet, le journal interne ainsi que les réunions de service animées par les responsables des unités de soins. Les différents résultats sont présentés au COPIL DPA, au comité qualité COVIR EPP et aux instances concernées (CODIR, CME, CDU) au moins une fois par an. Le bilan de la CDU comprend toutes les informations relatives à la communication de dossier aux patients.

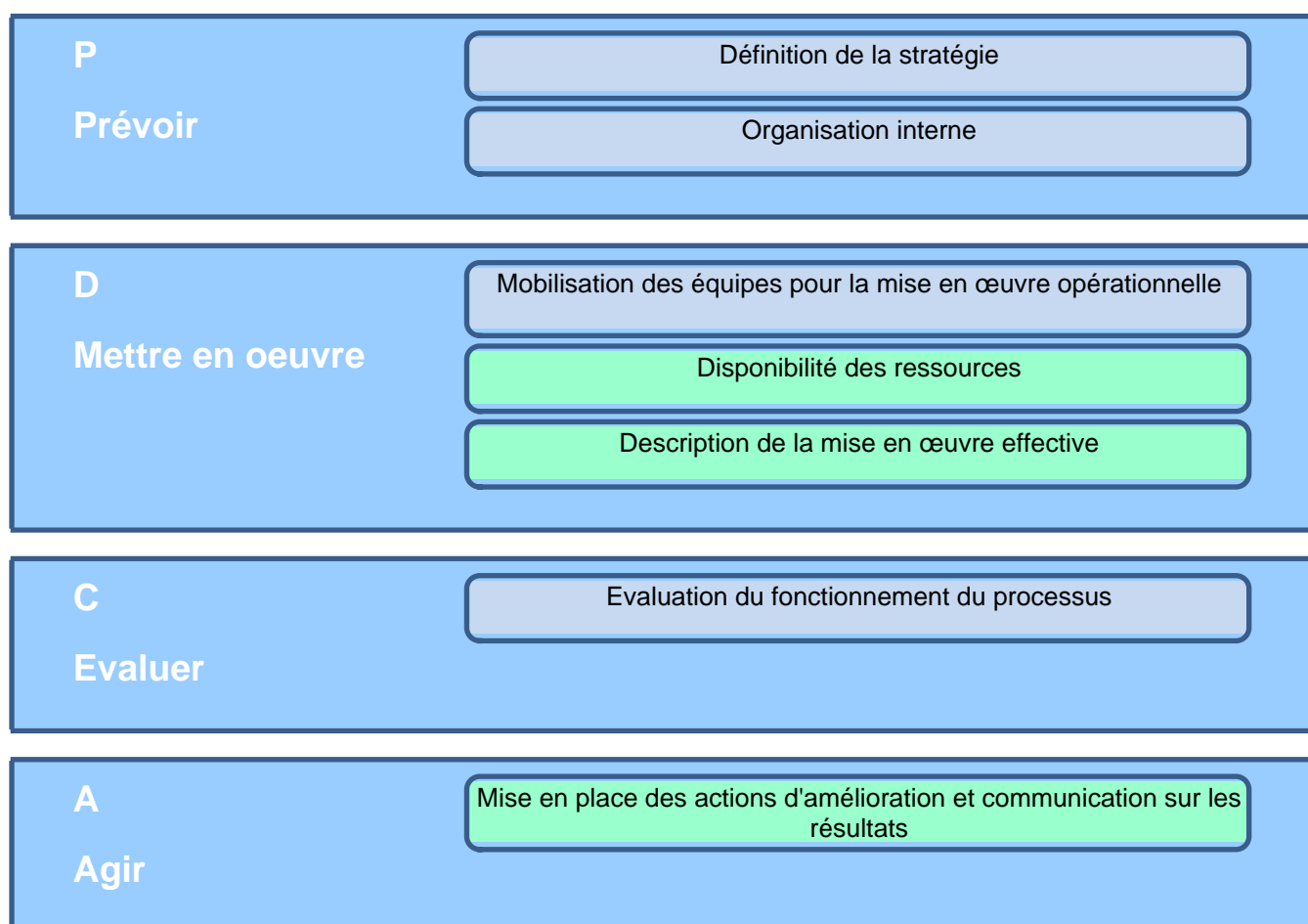
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 et du risque iatrogénique tient compte, d'une part, des engagements pris à l'égard des tutelles, au travers du projet d'établissement, du Contrat d'Objectifs et de Moyens (CPOM), et du contrat de Bon Usage du Médicament (CBUM) négocié avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), d'autre part des évaluations des pratiques professionnelles, des revues de morbi-mortalités ainsi que des revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés. Cette stratégie est précisée dans la politique du médicament et des dispositifs médicaux 2016-2020 qui prend également en compte la prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée. Les actions d'amélioration qui en découlent se résument en trois axes prioritaires : sécurisation du circuit du médicament, formation au bon usage des médicaments et sensibilisation au risque d'erreur médicamenteuse et lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse. Pour appréhender la prise en charge médicamenteuse, l'établissement a opté pour une approche par processus suivie par une identification des risques qui résultent de deux types d'analyse :

- A priori : au travers de la cartographie des risques avec mise en exergue des risques prioritaires, et des audits.
- A posteriori : au travers des déclarations d'évènements indésirables (RMM, REMED, ACRES), des différents indicateurs obligatoires tels que IPAQSS, bilan LIN, et des Évaluations de Pratiques Professionnelles (EPP).

Une analyse globale des risques a été menée à l'aide d'une méthode, proposée par l'Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP), qui dresse un état des lieux pertinent pour cibler les axes prioritaires d'amélioration, selon trois thèmes déclinés en 7 axes. Cette analyse a été menée en 2012 dans tous les secteurs d'activité (chirurgie, médecine, chimiothérapie, soins de suite). Une nouvelle analyse des risques a été élaborée courant 2015-2016, à l'issue de sessions de travail ayant réuni les responsables d'unités de soins et le pharmacien RSMQ. L'utilisation d'échelles à 5 niveaux a permis de dégager des risques prioritaires pour alimenter le compte qualité.

A partir de ce travail (approche processus couplée à l'analyse de risques), la politique du médicament est déclinée dans un "plan d'actions prise en charge médicamenteuse", venant enrichir le programme global de l'établissement. Tous les risques prioritaires bénéficient d'actions regroupées par thèmes (Sécurisation de la prescription, Sécurisation du circuit de chimiothérapie, Sécurisation de la dispensation et de l'administration, Analyse des consommations/bon usage des médicaments, Formation, information, sensibilisation des professionnels de santé) suivies par un pilote, avec date cible et valeur attendue.

Le comité Qualité supervise l'état d'avancement des actions en lien avec la priorisation des risques de la prise en charge médicamenteuse, couplé aux axes d'engagement de la direction et de la CME. L'ensemble de la démarche est validée par la Direction, la Conférence Médicale d'Établissement (CME) et la COMEDIMS. Les risques identifiés comme prioritaires constituent la base du compte qualité mobilisé comme plan d'action "compte qualité", et traduisent les engagements de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus de la prise en charge médicamenteuse est assuré par le pharmacien gérant assisté des trois autres pharmaciens dont le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Dans le cadre du pilotage, ils ont pour mission d'identifier les risques liés à leurs activités, d'animer la démarche Qualité & Sécurité des Soins, de réaliser une revue de processus 2 fois par an et d'assurer le suivi des événements indésirables et des indicateurs concernant le processus. Les pilotes assurent leurs missions conformément à la fiche de missions "Pilote de processus" élaborée au niveau institutionnel. Les pilotes disposent du plan d'actions qui leur incombe. La direction qualité a déployé un dispositif d'accompagnement des pilotes, avec une mise à disposition d'outils méthodologiques, (Kit pilote) de formations (au compte qualité, à la mission de pilotes).

Pour assurer le management de la prise en charge médicamenteuse, les pilotes sont en relation étroite avec le COMEDIMS, instance référente du management de ce processus, ainsi que le comité qualité COVIR EPP et la CME. Des liens sont également renforcés entre la direction des soins et les responsables des unités de soins. Le service pharmacie dispose des ressources nécessaires à son fonctionnement (pharmaciens, préparateurs, magasinier, aide-soignant, agent administratif) en heures ouvrables et d'un dispositif d'astreinte hebdomadaire pour tous les autres cas (nuit, WE et jours fériés). Le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est en poste depuis 2012 et les vigilants sont identifiés.

Les différents plans de formation consultés (2015-2016) témoignent de formations en lien avec le circuit du médicament et l'implication forte du RSMQ pour assurer des formations internes à destination des professionnels soignants et des médecins. L'accueil du nouvel arrivant est organisé (livret d'accueil, intégration, tutorat).

L'établissement a formalisé son organisation dans les manuels d'assurance qualité pharmacie et d'assurance qualité de la chimiothérapie mis à jour en 2017. Les grandes étapes de l'organisation du processus sont également traduites dans une procédure généralisée définissant l'organisation du circuit du médicament et de la sécurisation de la prescription jusqu'à son administration. L'établissement a formalisé l'organisation des différentes modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments : analyse pharmaceutique, dotation pour les besoins urgents, acheminement sécurisé des médicaments vers les unités de soins, information des usagers, réponse demandée en urgence, prise en charge des personnes âgées, etc.... Des procédures sur le bon usage des médicaments sont formalisées et des fiches de bon usage sont diffusées. En parallèle des documents de référence, de nombreux outils d'aide sont développés à destination des professionnels, des médecins et des patients. L'ensemble des documents, remis à jour, sont intégrés dans le dispositif institutionnel de gestion documentaire et sont disponibles dans la base documentaire informatisée.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires au fonctionnement de la pharmacie et des secteurs cliniques et médicotechniques sont définis. Les locaux de la pharmacie disposent d'accès sécurisés dont une zone de livraison, de zones dédiées au stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés, de zones délimitées pour la récession, la distribution aux services de soins, de bureaux et de postes administratifs et d'un local annexe à l'étage inférieur. L'unité de reconstitution des cytostatiques est indépendante et située à proximité de l'unité d'oncologie. Les prévisions de renouvellement ou d'achats de matériel à destination des secteurs de soins sont planifiées (réfrigérateur, lecteur de température, caisses de transport...). Deux armoires de pharmacie d'urgence sont en place ainsi que 13 chariots d'urgence répartis sur les unités.

L'informatisation du circuit du médicament et des prescriptions médicales a été initiée dès 2008 et intégrée au schéma directeur du système d'information. Le logiciel de sécurisation du circuit du médicament (DPI) qui coordonne les soins, permet la rédaction de prescriptions informatisées conformes à la réglementation. Son déploiement, est effectif dans l'ensemble des services dits « ouverts » (médecine, chirurgie, soins de suite, SSPI) et en cours de déploiement dans les services dits « fermés » (USIC, REA). Un logiciel spécifique de prescriptions de chimiothérapie est disponible dans le service d'oncologie et à l'URC dont le remplacement est programmé. Ces deux logiciels comprennent un accès à des banques de données reconnues. Deux logiciels complémentaires sont dédiés à la gestion des commandes et des stocks. La PUI a accès aux logiciels de gestion documentaire et de signalement des événements indésirables communs à tous. Par ailleurs, l'intranet est alimenté et mis à jour annuellement afin de fournir des informations pour garantir le bon usage des médicaments et sensibiliser au risque d'erreur médicamenteuse.

Pour faciliter la gestion des interfaces, chaque pharmacien assure la responsabilité d'une activité majeure (gérance, chimiothérapie, dispositifs médicaux et management de la qualité) ce qui facilite la concertation entre le service pharmacie, les secteurs d'activité, la stérilisation, le laboratoire, les fournisseurs, le service qualité, l'encadrement. De plus, le pilotage se fait en lien étroit avec différentes instances : CLIN, CLAN, CLUD, cellule de maîtrise des événements indésirables, commission des antibiotiques etc...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au niveau institutionnel les pharmaciens dont le RSMQ s'assurent de la déclinaison des dispositions prévues en s'appuyant sur le plan d'actions du management de la prise en charge médicamenteuse. Ce suivi se fait avec l'appui du président de la CME, de la COMEDIMS, de la direction et du service qualité. Le plan d'actions a été élaboré à l'issue de sessions de travail menées dans les différents secteurs de soins, ayant réuni les responsables d'unités de soins et le pharmacien RSMQ, qui ont permis d'identifier les risques aux plus proches du terrain. Les risques identifiés par secteurs de soins sont pris en compte, regroupés et bénéficient d'actions d'amélioration traduites dans un programme et plan d'actions spécifiques au processus. Les objectifs transversaux du plan d'actions sont communiqués aux médecins via la CME et à l'encadrement lors des réunions institutionnelles.

A l'issue des analyses, l'encadrement et les professionnels sont informés des résultats et participent à la mise en place des actions qui les concernent. Les professionnels sont sensibilisés aux enjeux, aux risques qui correspondent aux préoccupations de terrain (gestion des armoires, médicaments à risque, préparation des piluliers, sécurité de l'administration...). Des actions de communication et de sensibilisation à la prise en charge médicamenteuse, animées par les pharmaciens (les incollables, formations sur l'erreur médicamenteuse, quiz...) sont réalisées et programmées régulièrement pour sensibiliser les professionnels sur la prise en charge médicamenteuse, notamment lors de la semaine sécurité.

Au niveau des secteurs d'activité, l'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La conformité des stockages, rangement, tenue des armoires est supervisée par le pharmacien RSMQ. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatifs examinés dans le cadre de retour d'expérience, de REMED, de RMM en

lien avec les équipes concernées. Le pharmacien RSMQ s'assure également de la mise en œuvre d'actions d'évaluation programmées : audit de pratiques menés avec les professionnels (gestion du traitement personnel, préparation des piluliers, visite des armoires...), EPP en concertation avec les médecins (antibiothérapie, prescriptions chez le sujet âgé...). Les professionnels et les praticiens sont sollicités pour participer aux retours d'expérience (trois REMED depuis le début de l'année 2017) permettant l'analyse d'un événement signalé comme grave ou d'un événement récurrent.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, à la suite des audits, des résultats des indicateurs pour ensuite être intégrées dans le plan d'actions du processus. Au niveau institutionnel, les pilotes s'assurent de la déclinaison des dispositions prévues en s'appuyant sur le plan d'actions qu'ils mobilisent en "routine".

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines disponibles permettent d'assurer la prise en charge médicamenteuse dans le respect des compétences de chacun tant au niveau de la pharmacie que des secteurs de soins. L'organigramme fonctionnel du service pharmacie affiche clairement les ressources internes et les responsabilités : 4 pharmaciens sont présents, 6.6 ETP préparateurs, 4 magasiniers, 2 agents administratifs, 1 aide-soignant et un apprenti. Les pharmaciens se répartissent les responsabilités : gérance, URC, RSMQ, et DMS. La pharmacie dispose de la signature d'une grande partie des praticiens, cette liste se veut à jour en fonction des nouveaux arrivants.

Les pharmaciens sont présents sur site du lundi au vendredi matin et assurent une astreinte par semaine pleine. La réponse à une demande urgente est assurée de premier abord par dépannage interne grâce à deux armoires d'urgence puis sur appel du pharmacien d'astreinte conformément à la procédure en vigueur.

Les formations sont effectives en particulier une formation au risque iatrogénique (70 personnes en 2017) et des actions de sensibilisation mensuelle (anti vitamines K, pharmacovigilance...) à destination des professionnels et depuis peu à destination des patients (bon usage des médicaments des patients). L'encadrement des nouveaux arrivants est effectif selon la démarche institutionnelle en place. Des formations ont été menées et sont programmées pour le déploiement du logiciel DPI et de la prescription informatisée dans les services dits "fermés". Les ressources documentaires, principalement le manuel et les protocoles d'organisation du circuit sont remises à jour et intégrées dans le système de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Des procédures spécifiques sont également disponibles comme toutes les procédures relatives à la l'utilisation des produits cytostatiques, l'identification des médicaments à risque, la commande de gaz médicaux, la délivrance et traçabilité des médicaments dérivés du sang, des stupéfiants. Le paramétrage du logiciel de prescriptions intègre le livret thérapeutique et une base de données de référence. De nombreux documents d'aide sont également mis à disposition par les pharmaciens (antibiogarde, guide de dilution, médicaments à risque...). Le médecin gériatre et le pharmacien RSMQ ont collaboré pour l'élaboration de procédures afin d'optimiser la prise en charge du sujet âgé au sein de l'établissement.

Les différents accès à la pharmacie sont identifiés et sécurisés (sas pour la rétrocession, la réception des chimiothérapies). Un robot de reconditionnement en dose unitaire est utilisé, permettant l'identification du médicament jusqu'au moment de la prise. L'unité de reconstitution des chimiothérapies répond aux recommandations de bonnes pratiques architecturales (zone à accès limité, sas d'habillage, zone de préparation et zone de reconstitution stérile). Le transport des médicaments et des dispositifs médicaux se fait dans des boîtes fermées et à l'aide de chariots de transport. Ce transport est assuré par les magasiniers, les stupéfiants sont gérés par l'encadrement.

Les salles de soins sont équipées d'une ou deux armoires de stockage des médicaments, fermées à clé, d'un coffre à stupéfiants et de chariot d'urgence harmonisés dans leur contenu.

Toutefois, le matériel de distribution des médicaments n'est pas sécurisé. Quels que soient les unités de soins, les piluliers sont rangés sur un plateau ouvert, stocké en salle de soins sécurisée. Pour l'administration nomade, l'IDE pose ce plateau sur son chariot de soins. Pendant l'administration en chambre, le plateau de médicaments reste dans le couloir, sans surveillance particulière, avec possibilité d'accès aux piluliers restants. De ce fait, la sécurisation de l'accès aux médicaments n'est pas garantie pendant toute la période d'administration.

Dans chaque unité de soins des réfrigérateurs basse température permettent le stockage des médicaments thermosensibles. Les réfrigérateurs de la pharmacie sont placés sous alarme avec enregistrement et signal sonore reliée au poste de sécurité.

Les approvisionnements sont orchestrés dans le cadre de groupement d'achat «groupe». Le secteur pharmacie dispose d'une gestion comptable et s'oriente vers l'installation d'un nouveau logiciel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé de la nécessité de communiquer son traitement médicamenteux à l'aide du livret d'accueil. Des informations ciblées à destination du patient sont organisées dans le cadre de la semaine sécurité, d'ateliers patients sur le bon usage des médicaments en voie de développement, des programmes d'éducation thérapeutique et à l'aide d'une chaîne interne, de brochures (anticoagulant) ou de fiches de bon usage et de conseils.

Les prescriptions initiales tiennent compte du traitement personnel du patient (renseigné par les médecins dans le logiciel DPI). Les traitements personnels apportés par les patients sont rangés dans des boîtes nominatives stockées sur un espace dédié dans les salles de soins. Cette organisation a été

confortée à la suite d'un audit de pratiques. Ils sont approvisionnés par la pharmacie pour la durée du séjour et restitués à la sortie selon l'organisation établie. Une revue des prescriptions chez la personne âgée est assurée par les pharmaciens en concertation avec les prescripteurs.

Les différentes observations de terrain (SSR, cardio-médecine, chirurgie, réanimation) confirment l'implication des professionnels pour respecter les règles de rangement (blisters entiers, médicaments non déconditionnés dans les piluliers), le stockage des médicaments (portes des armoires fermées), et assurer la traçabilité des différents contrôles et surveillance (température des réfrigérateurs, périmés, chariot d'urgence,...), celle de continuité du traitement et celle de l'administration des médicaments par les professionnels compétents dans le logiciel ou sur le support unique de prescription / administration.

La permanence pharmaceutique est assurée pendant les temps de présence du pharmacien. Au-delà, une organisation connue des professionnels, permet de répondre à un besoin urgent (dépannage entre services, accès à deux armoires d'urgence sur accord du cadre de garde).

L'approvisionnement des différents secteurs est assuré en fonction d'un planning hebdomadaire, selon un mode vide-plein. Les commandes entre pharmacie et secteur de soins sont réalisées de manière informatique. Les conditions de transport garantissent le respect de la qualité, de l'intégrité, de la conservation des médicaments (notamment respect de la chaîne du froid pour les médicaments qui le nécessitent). Des approvisionnements personnalisés sont organisés sur prescription nominative. Les médicaments sont stockés dans des armoires fermant à clé et non accessibles à toute personne étrangère au service. Les stupéfiants sont détenus dans des coffres fermés à clé.

Un contrôle des armoires d'urgence, des périmés est effectué et un suivi des températures des réfrigérateurs est assuré avec report d'alarme pour les réfrigérateurs contenant des produits sensibles. Les chariots et sacs d'urgence sont vérifiés et opérationnels. Le mode d'étiquetage des armoires de médicaments est en cours d'harmonisation pour respecter l'ensemble des recommandations de bon usage ainsi que les modalités spécifiques de rangement pour les médicaments à risque identifiés (exemple : KCl hypertonique). D'ores et déjà un étiquetage spécifique est en place dans toutes les unités de soins visitées. Après harmonisation des produits, la réflexion se poursuit sur la sécurisation du rangement notamment au bloc opératoire et en réanimation.

Les prescriptions sont informatisées à l'aide du logiciel DPI, dans la majeure partie des unités de soins (médecine, chirurgie, ambulatoire, SSR). Les prescriptions en chimiothérapie se font à l'aide d'un logiciel spécifique en interface avec la pharmacie. Les prescriptions établies pendant l'hospitalisation respectent généralement les règles de bonnes pratiques comme le confirment les dernières valeurs des indicateurs IQSS recueillis en MCO et SSR. Pour les unités dites "fermées" (réanimation, USIC et USC), il est encore utilisé un support papier unique de prescription / administration.

Toutefois, les règles de prescription ne sont pas mises en œuvre par l'ensemble des prescripteurs.

- En réanimation cardiaque, il a été constaté plusieurs non conformités de prescriptions sur plusieurs fiches de prescription : absence de signature du médecin, dosage et posologie non précisés et utilisation d'abréviations du nom du médicament. Cette situation oblige l'IDE à interpréter la prescription avec un risque d'erreur d'administration. Ces observations ont été partagées avec l'encadrement présent lors de la visite du service. L'établissement est en train de déployer un module de prescriptions adaptées aux services "fermés" (Réanimation, USIC, USC), du logiciel DPI avec une phase test dans un service de réanimation (en cours) et une généralisation pour 2018.

- En UCA, les IDE relèvent l'absence régulière de prescription anticipée concernant la prise en charge de la douleur en relais de la SSPI, ce qui nécessite de contacter le praticien pour qu'il réalise la prescription informatisée pour l'administration d'antalgiques ou d'anti-nauséeux si nécessaire. Cette attente de prescription génère une perte de qualité de la prise en charge de la douleur du patient. Suite à l'audit en UCA "1 jour donné" (08/2017), le plan d'actions prévoit la réalisation de protocoles antalgiques standardisés en UCA.

La validation pharmaceutique se fait au niveau de la prescription par l'inclusion du livret thérapeutique et par les pharmaciens au niveau de la pharmacie. Ceux-ci ont accès à la totalité du dossier médical de prescription et aux résultats biologiques. Actuellement, le temps de présence des pharmaciens permet d'assurer une analyse pharmaceutique pour l'ensemble des prescriptions en chimiothérapie, pour un peu plus de 60% de l'ensemble des prescriptions et pour l'ensemble des prescriptions des patients sous anticoagulant. En parallèle du déploiement de la généralisation de l'analyse pharmaceutique, une réflexion est en cours pour assurer une conciliation médicamenteuse.

La délivrance est assurée selon deux modalités :

- Distribution journalière individuelle nominative (DJIN) pour trois services (vasculaire, 3ème chirurgie et 2ème cardio-médecine). Son déploiement sur les autres services est envisagé en fonction des possibilités du service pharmacie.

- Délivrance globale à partir d'une dotation de service pour toutes les autres unités de soins.

Elle est nominative pour des molécules identifiées (stupéfiants, médicaments dérivés du sang, antibiotiques, les traitements personnels...).

Les traitements sont préparés dans les piluliers identifiés au nom du patient soit par les préparateurs à la pharmacie pour les services en DJIN, soit par les IDE au regard de la prescription informatisée, à l'aide de la dotation globale. L'administration des médicaments et la traçabilité des prises sont assurées en temps réel par les IDE, dans le logiciel ou sur le support unique de prescription / administration (dans les services fermés) et ce au plus près de la prise.

En URC, les bonnes pratiques de préparation sont respectées selon les recommandations en vigueur. Une

pharmacienne diplômée sur ce sujet (DU) est affectée à ce service. L'unité assure la préparation des chimiothérapies à partir d'une prescription nominative validée par un pharmacien (équipe dédiée, procédures en place, étiquetage des produits, validation finale par le pharmacien...). La pharmacie s'inscrit dans une dynamique de partage d'expérience avec d'autres établissements.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont effectifs et des retours d'expérience sont en place. Le circuit de signalement de pharmacovigilance, les interfaces (unités de soins, services techniques, service informatique, groupe, laboratoire, stérilisation, bloc opératoire) sont opérationnels.

Une commission du médicament (COMEDIMS), en lien avec le comité anti infectieux est en place. Il est chargé de mettre en place un système d'assurance qualité pour le circuit du médicament et DMS, d'optimiser les dépenses de médicaments et des DMS (dont les gaz médicaux), d'élaborer des protocoles thérapeutiques en fonction des bonnes pratiques, de participer à l'évaluation des protocoles. Il se réunit à fréquence définie comme en témoignent les comptes-rendus réalisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation du processus repose sur différents outils et méthodes structurés. Un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs, en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage du médicament est réalisé, le dernier bilan d'étape datant de 2017. L'établissement recueille les indicateurs nationaux et les indicateurs hôpital numérique ainsi que des indicateurs de consommation (antibiotiques) et de coût. Des indicateurs ciblés sur les actions issues du plan sont identifiés et des tableaux de synthèse sont en place. Le suivi des indicateurs est assuré par les pharmaciens, l'équipe qualité et la direction. Une évaluation de la politique du médicament et des dispositifs médicaux est réalisée chaque semestre. Les indicateurs de suivi sont mis à jour et analysés. Un tableau de bord actualisé centralise l'ensemble des indicateurs de suivi du processus comme :

- Analyse Pharmaceutique des prescriptions hors chimiothérapie avec suivi des anomalies de prescriptions
- Analyse pharmaceutique des prescriptions de chimiothérapie avec suivi des anomalies de prescription ayant fait l'objet d'un appel du pharmacien au médecin oncologue prescripteur
- Déploiement de la Distribution Journalière Individuelle Nominative (DJIN)
- Taux de conformité des prescriptions de molécules onéreuses
- Conformité des prescriptions chez les personnes âgées
- Nombre d'évènements indésirables médicamenteux analysés suite à déclaration en interne.

Le dispositif d'audit est structuré et animé par le RSMQ en partenariat avec le service qualité, sur une fréquence de plusieurs audits par an. Ont été réalisés récemment un audit sur les piluliers, la composition des armoires, les prescriptions chez la personne âgée, audit interne sur les cytotoxiques, etc.... Certains de ces audits sont reconduits annuellement. Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles sont menés (Évaluation des bonnes pratiques en lien avec le circuit du médicament (Prescription, préparation, dispensation, administration, surveillance), Reconstitution des cytotoxiques, Évaluation de la prise en charge médicamenteuse du patient âgé) en collaboration avec les instances concernées selon le thème retenu (CLIN, COMEDIMS...). Les événements indésirables en lien avec le circuit du médicament sont recueillis, portés à connaissance du RSMQ, qui a organisé trois REMED depuis le début de l'année.

Les pharmaciens réalisent un rapport d'étape annuel en lien avec les instances régionales. Un bilan annuel, véritable revue de processus, aborde le suivi, l'avancement des actions, les résultats des enquêtes, des évaluations...en référence au plan d'actions annuel. Un point annuel est présenté en CME et en revue de direction.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration collectives ont été mises en place concernant le circuit du médicament : harmonisation des chariots d'urgence, thermomètres à alarme à la PUI, rangement des armoires, harmonisation de l'identification des médicaments à risque, révision des procédures... Un plan d'actions d'amélioration a été retravaillé et reconstruit à partir des observations de terrain et du recueil des risques a priori et a posteriori. Les actions d'amélioration concernant les règles de prescriptions (informatisation des prescriptions en service "fermés", protocoles douleurs) sont en cours de déploiement.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont suivies régulièrement dans le cadre du plan d'actions annuel institutionnel et du contrat du bon usage des médicaments. Ce plan d'actions couvre les différents champs du processus, il est piloté par les pharmaciens en collaboration avec la direction, le service qualité et la CME. Ce suivi permet de prendre en compte les écarts liés aux pratiques, les résultats d'audits, le suivi des événements indésirables, un ajustement régulier est réalisé dans le PAQ remis à jour

chaque année. Une fiche bilan de l'état d'avancement des différents thèmes, est adressée au président de CME ainsi qu'au directeur de l'établissement, à chaque COMEDIMS. Elle peut donner lieu à des réajustements si besoin. La diffusion des résultats se fait de premier abord auprès de la Direction et des pilotes. Le plan de communication institutionnel prévoit différentes modalités de communication auprès des professionnels (intranet, journal interne, interventions en CME, dans les instances, réunions de services). Une communication à la CME est prévue une fois par an. Les résultats d'indicateurs et d'évaluations sont communiqués aux professionnels par le biais d'affiche et de la revue de processus, la communication des résultats des indicateurs nationaux se fait au travers d'affichage.

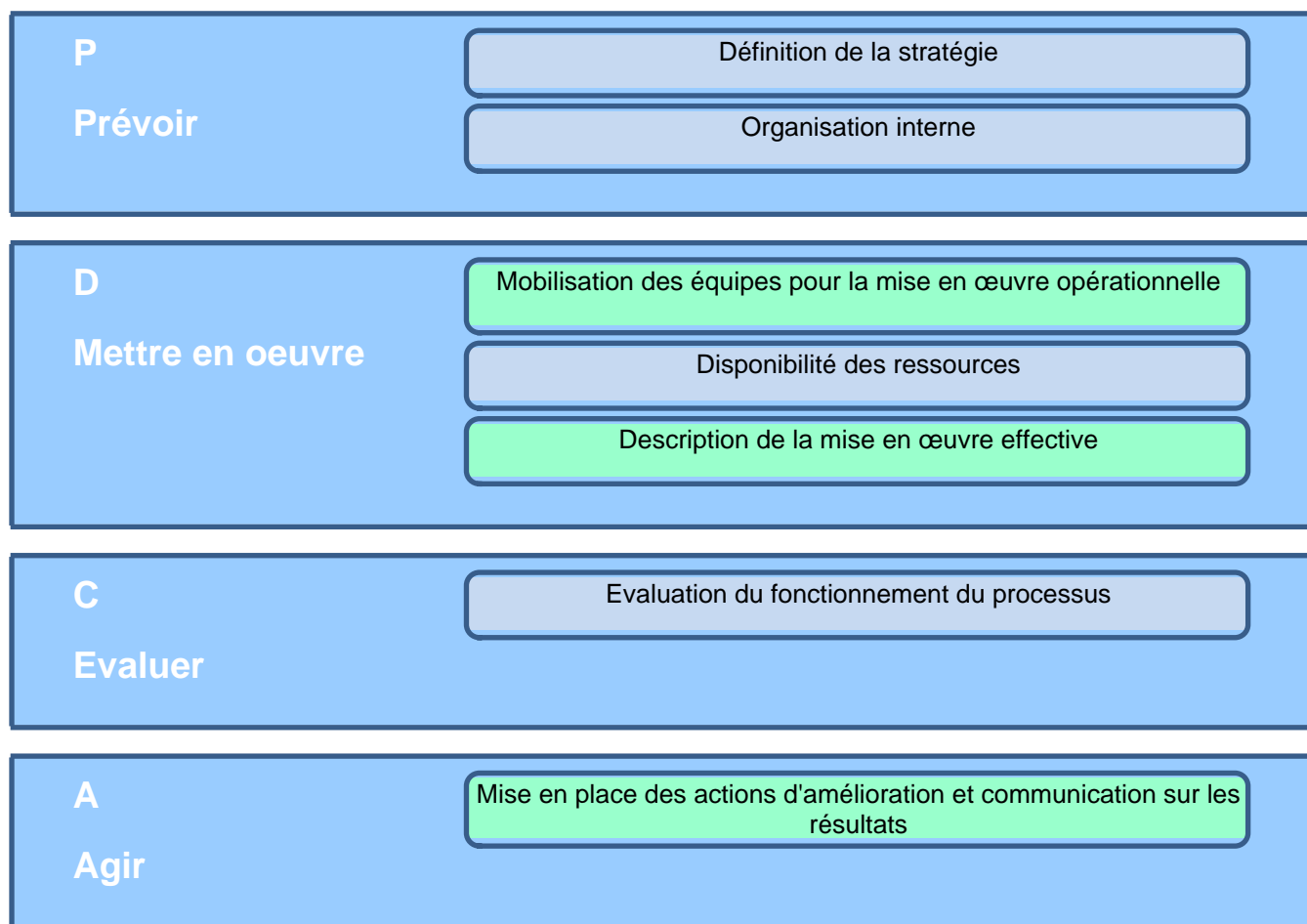
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose d'un secteur opératoire unique regroupant les activités chirurgicales, de radiologie interventionnelle et d'endoscopie au sein de plusieurs secteurs : Bloc cardiovasculaire, thoracique et électrophysiologie (7 salles, 2 789 interventions chirurgicales en 2016), Bloc neurochirurgie, neuroradiologie, ORL et endoscopie (10 salles, 8 712 interventions chirurgicales en 2016), Bloc Radiologie interventionnelle (2 salles).

La stratégie de ce secteur s'inscrit dans les orientations 2016-2020 du projet de réunification de l'Hôpital Privé Clairval et de l'Hôpital Privé Résidence du Parc en un établissement unique, et vient conforter l'offre de soins des filières de cancérologie (digestif, urologie) et de la filière cardiovasculaire. Le développement de l'offre correspond aux besoins du recrutement Marseille intra-muros, départemental et régional, et aux particularités de ce secteur, également pris en compte dans un projet d'agrandissement architectural en cours d'élaboration. Une politique et des objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement de santé, au regard de ses missions et des orientations régionales. Quatre axes stratégiques sont ainsi définis : assurer une gestion efficace et rigoureuse de toutes les interfaces, garantir l'adéquation entre l'activité et les ressources (humaines et matérielles), mettre à disposition les ressources nécessaires au bon fonctionnement du bloc opératoires (GPEC, formation,...) et garantir la sécurité des patients et des professionnels en maîtrisant le risque infectieux.

L'identification des risques spécifiques a été réalisée avec les professionnels des secteurs et coordonnée par le pilote de processus. La cartographie des risques ainsi réalisée a permis d'identifier des risques prioritaires, selon une démarche établissement. Neuf risques prioritaires à l'aide d'échelles partagées et leurs plans d'action associés ont été inscrits au compte qualité et présentés aux instances (dont le Comité Qualité COVIR EPP), un 10ème risque a été ajouté lors de son actualisation.

L'analyse et la hiérarchisation des processus à risques ont permis la formalisation d'un plan d'actions planifié, sous la forme d'un tableur intégré au programme d'actions global institutionnel, après validation par le comité qualité COVIR EPP, comprenant à la fois les actions déclinées dans le compte qualité et des actions relatives aux autres pistes de travail. Ce plan d'actions concerne l'ensemble des secteurs à risque du bloc opératoire et la chirurgie ambulatoire. Il est en cohérence avec le programme de l'établissement et les 4 axes de sa politique. Chacune des actions programmées est dotée d'un responsable identifié, d'un calendrier prévisionnel, d'un objectif identifié et de modalités de suivi. Les risques prioritaires ont été repris dans le compte qualité. Les actions d'amélioration contenues dans le compte qualité sont en adéquation avec celles du plan d'actions. Ce plan d'actions est accessible aux pilotes en écriture pour en assurer le suivi.

Le programme est présenté et validé de façon périodique en instances : conseil de Bloc, CME, comité qualité COVIR EPP. La politique qualité est revue à l'occasion de la mise à jour de la revue de processus et de la mise à jour de la politique « Plateaux techniques » inclus au Projet Stratégique d'Établissement.

ORGANISATION INTERNE

Il appartient au coordonnateur des plateaux techniques d'assurer la coordination des efforts individuels menés pour garantir la politique qualité et sécurité des soins. Le coordonnateur des plateaux techniques, est identifié comme pilote du processus en adéquation avec l'organisation générale de l'établissement. Il assure cette mission avec 4 copilotes (3 en charge de l'encadrement des blocs opératoires et 1 médecin) conformément à une fiche de mission « Pilote de processus » commune à l'établissement, à sa fiche de poste et en conformité avec le document stratégique "Politique qualité et sécurité des soins 2016-2020" et le manuel qualité.

L'organisation générale du bloc opératoire est décrite à travers l'organigramme du service où les liens hiérarchiques et fonctionnels sont précisés. L'organisation du bloc opératoire est assurée par le coordonnateur des blocs suppléé par 3 Cadres de bloc. Une stratégie est en place pour les recrutements médicaux et soignants, en lien étroit avec les projets de développement d'activité et la gestion des ressources humaines. Les ressources humaines permettent de couvrir les besoins et les compétences de l'activité opératoire et de l'hospitalisation en ambulatoire, ces deux secteurs disposent de professionnels dédiés. La continuité des soins et la permanence des soins sont planifiées dans différents tableaux d'astreinte pour les personnels (6 au total) permettant de couvrir l'ensemble des spécialités. La permanence médicale est également assurée par des tableaux de garde en chirurgie et en anesthésie.

Le plan de formation de l'établissement est décliné au niveau du bloc opératoire avec des formations ciblées en fonction des besoins identifiés et des formations qualifiantes (formation IBODE, DU). L'accueil du nouvel arrivant est décliné au niveau du secteur opératoire conformément à la démarche institutionnelle d'accueil et d'accompagnement des nouveaux salariés (livret d'accueil, présentation du service, parcours d'adaptation, poste en doublon...).

La démarche qualité, documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité, est organisée en cohérence avec le Système

d'Assurance Qualité de l'établissement. Les documents sont répartis en quatre niveaux : le Manuel Assurance Qualité : finalisé, a été actualisé en 2017, les procédures, les modes opératoires, les enregistrements. L'organisation du bloc opératoire est formalisée dans une "Charte qualité du bloc opératoire", actualisée en 2016, validée par un conseil de bloc opérationnel qui comporte l'ensemble des règles communes à l'ensemble des acteurs du bloc (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions, rôle du chef de bloc). D'autres documents viennent compléter le système documentaire et notamment les contrats de maintenance, le compte-rendu d'audits internes et externes et de réunions (de travail ou d'instances, les rapports d'inspection, les contrats et conventions de sous-traitance).

L'activité de l'UCA est définie dans la "Charte de fonctionnement de la structure de soins alternative à l'hospitalisation complète" (2013), un médecin coordonnateur de l'UCA a été identifié.

L'UCA dispose de locaux non individualisés pour la plupart des lits et places installés. Le projet architectural en cours d'élaboration envisage des améliorations pour répondre aux besoins et à l'insatisfaction exprimée des patients. Le bloc opératoire compte 19 salles organisées par secteur d'activité. La salle de surveillance post-interventionnelle comporte 20 places. L'établissement a pris en compte dans son organisation l'inadéquation entre le nombre de places en SSPI et le nombre de salles d'intervention en organisant, pour les patients lourds, des sorties directes vers les services de réanimation et l'unité de surveillance continue. Le secteur dispose de sas de transfert pour l'accueil des patients, de locaux spécifiques dédiés aux DMS (magasin central), DMI (locaux dédiés) et matériel chirurgical stérilisable (arsenaux). Est présente sur le bloc une salle de traitement des endoscopes ainsi qu'un service de "stérilisation" (zone de lavage et de reconditionnement des plateaux uniquement la stérilisation étant externalisée).

Les équipements sont standardisés dans les salles d'intervention et en SSPI. Ces équipements font l'objet d'une maintenance préventive et/ou curative assurée par le service biomédical interne. L'avis de l'EOH est recherché lors de la réalisation de travaux au bloc opératoire. Les contrôles périodiques de la qualité de l'air (norme ISO5 pour la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie), de l'eau et des surfaces sont planifiés.

Dans ce secteur, plusieurs logiciels sont à disposition : dossier patient informatisé qui permet un échange de données entre les US, le bloc et la SSPI, un logiciel spécifique à l'activité d'anesthésie disponible dans l'ensemble des salles, une planification informatisée des actes accessibles par l'UCA et l'ensemble des unités de soins, l'intranet professionnel et la gestion documentaire informatisée.

Les relations avec la pharmacie pour les dispositifs médicaux implantables sont organisées (DMI tracés par le personnel de salle, transmis à des gestionnaires de prothèses chargé de l'enregistrement informatique). Le suivi transfusionnel est fait sur un logiciel dédié.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, que ce soit avec les unités de soins, les services pharmacie, biomédical, technique, qualité, achats et imagerie. Le déploiement du dossier patient et de la prescription informatisés concourent à la gestion de ces interfaces. Le bloc est en relation étroite avec le CLIN et l'EOH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le coordonnateur des plateaux techniques, pilote du processus et les copilotes du processus « bloc opératoire » font le lien entre les orientations de l'établissement et le plan d'action processus en déclinant les objectifs et plans d'actions opérationnels en relation avec les risques prioritaires. Cette déclinaison concerne le bloc opératoire et le secteur d'ambulatoire. Ils sont accompagnés dans ce sens lors des réunions hebdomadaires encadrement/comité de direction avec systématiquement un point qualité à l'ordre du jour.

Les pilotes et copilotes du processus « bloc opératoire » sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, les actions conduites et les résultats obtenus. Cette communication auprès de l'équipe sur la politique, sa mise en œuvre et son évolution est effective, plus souvent orale mais aussi sous forme de réunions formalisées sur des thématiques jugées prioritaires ou sur des changements d'organisation.

Les pilotes et copilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par un suivi d'indicateurs (taux de planification des interventions, utilisation de la check-list pour exemples). Des contrôles réguliers sont faits par l'encadrement sur le respect des bonnes pratiques au bloc opératoires. L'EOH intervient régulièrement sur le bloc opératoire.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est effectif, avec implication des professionnels du bloc opératoire. Un retour régulier des événements indésirables est assuré pour le bloc opératoire par le service Qualité (nombre d'événements indésirables déclarés, fréquence par thématique, événements à risque prioritaires). Des RMM sont organisées dans les secteurs de chirurgie cardio-thoracique et de neurochirurgie. La participation aux démarches d'amélioration du secteur d'activité est effective (check-list, IQSS, EI, RMM...).

Le copilote médecin du processus a en charge la structuration et le développement des RMM au bloc opératoire. Des audits externes sont réalisés (Accompagnement opérationnel "Circuit des dispositifs médicaux") avec un plan d'actions défini. Le secteur bloc opératoire est engagé dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, dont 4 EPP inscrites au compte qualité. Le mode de

fonctionnement en place permet l'implication des professionnels dans la mise en place des actions correctives identifiées en fonction des besoins (dysfonctionnements, suivi d'indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'encadrement du secteur interventionnel est assuré par une coordinatrice des plateaux techniques qui a sous sa responsabilité une responsable sur le secteur Neuro ORL /SSPI, une responsable sur le secteur cardiovasculaire et une responsable manipulateur radio en radiologie interventionnelle. La présence des personnels et la mise à disposition des compétences sont organisées et adaptées aux besoins en fonction de l'activité (IDE, IBODE, ASDE, ASH, Gestionnaire de prothèses, Agents de stérilisation, Auxiliaire de bloc, Magasinier, Manipulateur de radiologie, Secrétaire de bloc). La permanence des soins (astreintes opérationnelles 24h/24) est assurée par différents tableaux d'astreinte pour les personnels (6 au total) permettant de couvrir l'ensemble des spécialités et par 3 lignes d'astreintes médicales opérationnelles (chirurgie cardio-thoracique, neurochirurgie, cardiologie interventionnelle) dont l'anesthésie. La liste des gardes et astreintes est consultable par tous via l'Intranet de l'établissement. La gestion de l'urgence est organisée, dont les urgences vitales, en lien avec la réanimation.

Au plan de formation sont prévues des formations spécifiques pour le bloc opératoire comme l'école d'IBODE ou la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement du bloc opératoire mais également des formations plus générales comme l'AFGSU, la manutention, le travail avec les personnels difficiles, la gestion du stress, la qualité de vie et le bien-être au travail. Des formations spécifiques hygiène BO sont mises en place notamment sur les risques liés à l'environnement du bloc opératoire. L'encadrement veille à ce que les modalités opérationnelles du système d'information au bloc opératoire, composé de plusieurs applications (DPI, planifications, suivi des DMI, planification), soient maîtrisées par les professionnels. Le nouvel embauché bénéficie d'un parcours d'intégration structuré. Un livret d'accueil lui est remis lors de sa prise de poste qui présente rapidement les différents secteurs interventionnels, les personnes ressources et l'organigramme du bloc opératoire. Une seconde partie traite du parcours d'adaptation en lui-même. Le nouvel embauché bénéficie d'un accompagnement par un tuteur dans les différentes spécialités.

La gestion documentaire du bloc opératoire a été mise au format qualité pour l'ensemble des procédures et la plupart des modalités opératoires (matériel, installation). Les procédures rédigées sont accessibles par tous sur la base documentaire. Elles sont réactualisées à chaque besoin notamment lors de modification de réglementation ou d'évolution de pratiques. Elles traitent des précautions standards, de la tenue au BO, de l'hygiène des mains ...mais également du bio nettoyage, de la pré décontamination des instruments.

L'UCA dispose de locaux non individualisés pour la plupart des lits et places installés. Les séparations se font par des rideaux et des paravents. Les professionnels sont très attentifs au respect de la confidentialité et de l'intimité des patients dans les limites architecturales du service. Au bloc opératoire, les patients sont accueillis dans des SAS de transfert. Les locaux sont également optimisés pour respecter au mieux les circuits (professionnels, patients, matériels, linge, déchets). La configuration des salles d'intervention permet d'assurer un contrôle en continu de la qualité de l'air. Des locaux spécifiques sont dédiés aux DMS (magasin central), DMI (locaux dédiés) et matériel chirurgical stérilisable (arsenaux). Deux salles sont actuellement en travaux.

La disponibilité du matériel d'urgence est effective en salle de réveil. Les équipements prévus sont en place, ils sont gérés par le service biomédical qui réalise la maintenance préventive et curative en liaison avec l'encadrement. La GMAO, logiciel informatique assure le suivi et la traçabilité des demandes d'interventions en lien avec le service biomédical. Les besoins sont discutés en commission de choix (niveau d'urgence, criticité, plan de renouvellement...), l'achat proprement dit se fait en commission d'achat. Ces 2 commissions se réunissent 1 fois par mois.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe). Les professionnels sont sensibilisés aux règles de circulation dans le bloc (affichage en cours pour les accès règlementés des salles, affiche "Pour sortir du bloc").

Un conseil de bloc est en place, sa mission principale est de permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail. Une cellule de régulation pluri professionnelle (président de CME (chirurgien cardiaque) ou vice-président, chirurgiens désignés par leurs confrères, Directeur et / ou Directeur des opérations, Directrice des soins infirmiers, Coordonnateur des plateaux techniques ou cadre de bloc, Médecin Anesthésiste Réanimateur représentant son groupe, secrétaire bloc, gestionnaire de prothèse et cadre responsable de l'ambulatoire) permet de valider les programmes de la semaine suivante en tenant compte des moyens humains et matériels, des règles de sécurité anesthésique, du type d'intervention (risque sceptique, âge des patients, ...) et des caractéristiques des patients en liaison notamment avec le service de chirurgie ambulatoire, les services de réanimation et les secteurs d'hospitalisation.

Une planification de l'activité à l'aide d'un logiciel dédié à l'annonce des programmes opératoires est déployée au sein de l'ensemble des secrétariats médicaux permettant une vision des annonces et la planification des interventions. Une action d'amélioration est déployée pour améliorer le taux d'annonces des interventions. La planification est centralisée (J-7), réactualisée (J-1) avec intégration de l'urgence (J0) selon des modalités définies et opérationnelles. Les absences des praticiens sont centralisées par le bloc

permettant une réattribution des plages libérées si nécessaires.

L'information du patient sur sa prise en charge opératoire est mise en œuvre. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations. Des supports lui sont communiqués : livret d'accueil (livret "Parcours du patient opéré en chirurgie cardiaque), formulaires de recueil de différents consentements, fiches d'information, dossier d'anesthésie et des formulaires spécifiques à l'hospitalisation en ambulatoire. En ambulatoire, en fonction de la programmation fixée, l'horaire d'admission est confirmé au patient la veille du jour prévu (-48h), ainsi que les consignes à respecter.

Le transport du patient vers le bloc est assuré par une équipe de brancardiers identifiés en extérieur. Une fiche de liaison papier pré/per et post opératoire assure le lien entre le bloc opératoire et les unités médicales. Les vérifications d'identité sont en place (bracelet d'identification).

Les informations du dossier spécifique d'anesthésie sont accessibles (logiciel d'anesthésie et DPI) ce que confirment les valeurs de l'indicateur national recueilli (DAN). La mise en œuvre de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" pour toute intervention par l'équipe opératoire est effective. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle) est assurée. La traçabilité de l'évaluation clinique du risque PRION est retrouvée dans la moitié des dossiers patients comme le confirme un indicateur interne alors que le protocole interne prévoit une évaluation formelle. Pour la bonne prise en charge des matériels et la sécurité des patients, les professionnels s'assurent oralement, au plus près de l'acte et auprès des opérateurs "du risque PRION", tracé ensuite sur la fiche de liaison avec la stérilisation. En SSPI, le médecin anesthésiste prescrit la suite des traitements directement dans le logiciel DPI. Les sorties de salle de réveil sont validées selon les règles.

La pharmacie interne assure les livraisons des médicaments, des solutés et des DMS selon un cadencement hebdomadaire et selon une dotation pré établie par le bloc et la PUI, les commandes sont informatisées. La gestion des DMI est assurée par un personnel dédié, au nombre de 3, en charge de la traçabilité, des réapprovisionnements et du suivi des dépôts.

Toutefois, la sécurité de la prise en charge du patient à la sortie n'est pas toujours assurée. En effet, les intervenants médicaux (opérateurs, anesthésistes) ne tracent pas toujours leur passage avant la sortie d'un patient de l'UCA. Selon les professionnels du secteur ambulatoire, les opérateurs revoient le patient au moment de la sortie mais la démarche, au jour de la visite, n'est pas tracée dans le dossier patient. Pour autoriser la sortie, les IDE utilisent le score de Chung. Les équipes médicales demandent une évaluation systématique de la douleur et des nausées voire vomissement. Si le dossier du patient ne comprend pas la prescription de sortie, les IDE d'UCA contacte le praticien pour avoir la confirmation de la sortie, et lui demande de passer en UCA pour organiser la sortie et signer le bon de sortie. Le taux de réhospitalisation à J1 et J2 est à 0% et de 1% à J3. Le service est en cours d'informatisation du dossier d'ambulatoire avec intégration du score de Chung et des critères de sortie. Une solution de repli est prévue en cas d'hospitalisation prolongée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (ordonnances, compte-rendu opératoire, courrier, photographies). Un appel du lendemain est en place (effectif et tracé) ainsi qu'un numéro d'appel en cas de besoin.

La gestion des interfaces est organisée, elle permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire (interface entre le DPI de l'établissement et le dossier d'anesthésie informatisé, fiches de liaison pour exemples).

Des réunions de service sont organisées en tant que de besoin. Un conseil de bloc se réunit 3 fois par an, l'ensemble des praticiens y est convié. Un retour est fait sur le suivi de l'activité, les FEI, les changements d'organisation, les travaux....

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Ce dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est quantitatif (nombre d'interventions par chirurgien, taux d'occupation des salles...) et qualitatif (événements indésirables, délais de prise en charge, taux de reprise au bloc cardiaque, IPAQSS). En particulier le taux de conformité "d'annonce" des interventions chirurgicales lors de l'élaboration du programme opératoire prévisionnel est suivi et décliné par secteur et par praticien. Ces indicateurs sont suivis par l'encadrement et le conseil de bloc à l'aide de tableaux de bord.

Des actions d'évaluation sont organisées par audits (Accompagnement opérationnel "Circuit des dispositifs médicaux" pour exemple) avec un plan d'actions défini, et avec EPP (quatre EPP en cours); un questionnaire de sortie spécifique à la chirurgie ambulatoire a été élaboré ; le recueil et l'analyse des événements indésirables est défini et effectif, avec implication des professionnels du bloc opératoire. Des RMM sont organisées dans les secteurs de chirurgie cardio-thoracique et de neurochirurgie, la structuration du dispositif est en cours L'avancement des actions est surveillé, des évolutions et des réorganisations sont proposées en référence au plan d'actions annuel.

Un point annuel est présenté en conseil de bloc, en CME et en revue de direction dans le cadre de la revue annuelle des processus. Ce point aborde le suivi, l'avancement des actions, les résultats des enquêtes, des évaluations...en référence au plan d'actions annuel.

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus qui conduisent à réactualiser la cartographie des risques spécifiques, à apprécier les impacts et à ajuster les actions. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les actions d'amélioration concernant les prescriptions anticipées de la prise en charge de la douleur en UCA restent à finaliser.

Le service qualité organise un suivi du programme d'actions pour assurer la continuité de la démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques au bloc opératoire et dans l'UCA. Des révisions et des réorganisations sont réalisées et intégrées au programme. Cette démarche d'évaluation s'appuie sur un plan annuel d'évaluation par suivi d'indicateurs, audits, EPP permettant d'établir un tableau de bord pertinent en vue d'ajuster les actions d'amélioration.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels. La communication est assurée par plusieurs canaux de diffusion pour les professionnels (Intranet, journal interne l'Eclair-Val, journées et semaines thématiques...) et externe (affichage, site internet, presse...).

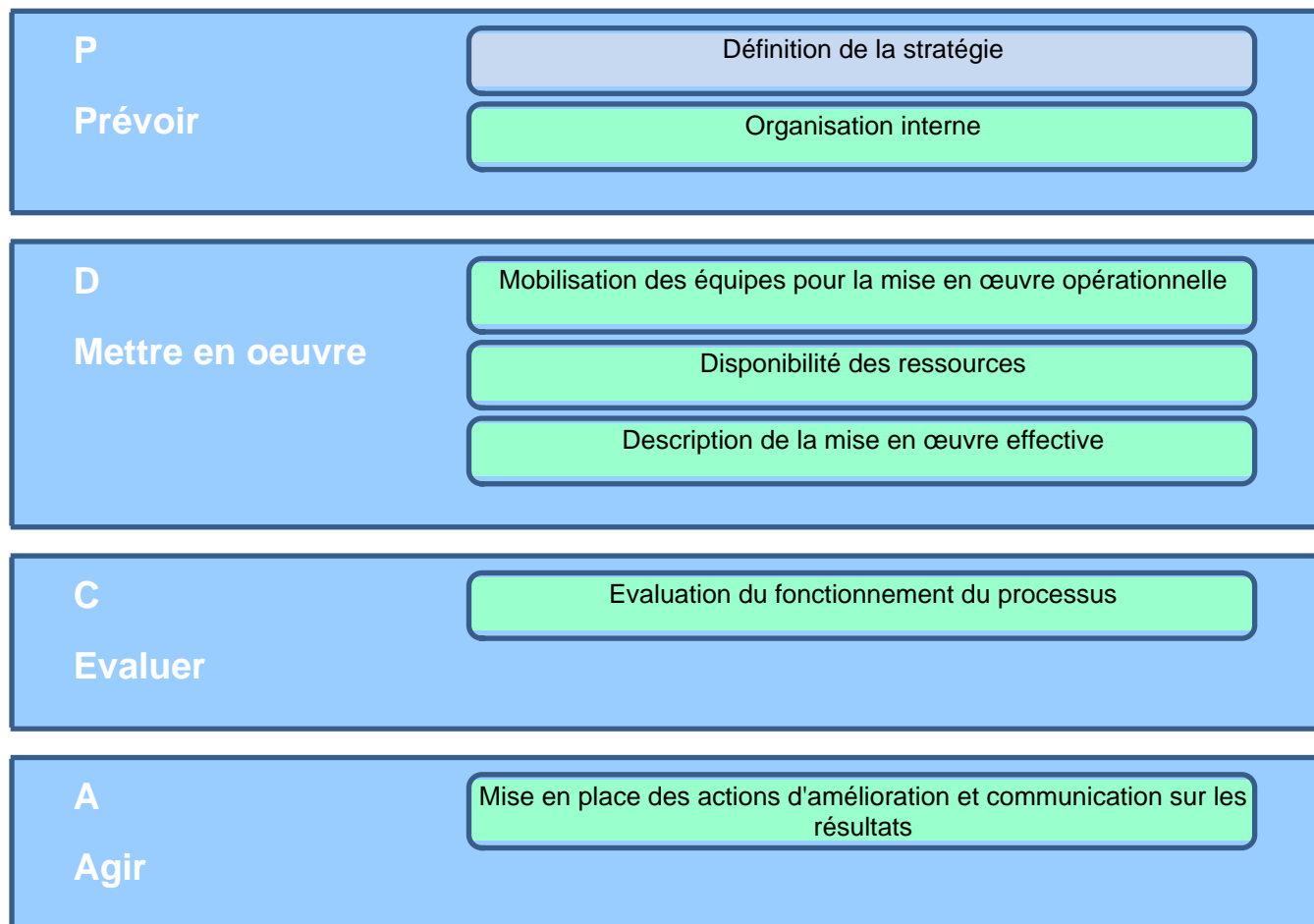
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'imagerie interventionnelle de l'établissement est intégrée dans le fonctionnement du bloc opératoire au sein de deux salles dédiées : une salle de coronarographie et une salle de radiologie neuro-vasculaire. Le secteur de radiologie interventionnelle a réalisé 3 925 interventions en 2016. Cette activité se complète par l'utilisation d'amplificateurs de brillance selon les besoins des spécificités chirurgicales.

Les axes structurants de cette stratégie prennent en compte la consolidation et le développement des activités, la place de l'établissement dans son territoire, son attractivité. Les particularités de ce secteur sont prises en compte dans le projet d'agrandissement architectural en cours d'élaboration (projet de salle hybride). La stratégie de développement de l'activité d'imagerie interventionnelle s'inscrit dans les quatre priorités du secteur opératoire définies à partir des risques prioritaires identifiés dans la cartographie des risques et la déclinaison des objectifs du projet d'établissement.

Une analyse des risques, réalisée de façon pluri professionnelle, apporte un complément en actions d'amélioration à la stratégie institutionnelle. Cette analyse identifie les risques selon les étapes du parcours du patient en radiologie interventionnelle. Elle se traduit dans une cartographie identifiant plusieurs risques, priorisés en fonction de la fréquence, de la gravité, et d'un niveau de maîtrise. Les risques prioritaires identifiés concernent un manque de visibilité sur le programme réel, un manque de fiabilité des données d'entrée en cardiologie interventionnelle et un non-respect des créneaux opératoires.

Quatre objectifs ont été identifiés et un plan d'actions spécifique a été défini et intégré au programme d'actions (PAQSS) global institutionnel, après validation par le comité qualité COVIR EPP, et la CME. Chacune des actions programmées est dotée d'un responsable identifié, d'un calendrier prévisionnel, d'un objectif identifié et de modalités de suivi. Les risques principaux sont repris dans le compte qualité. Les actions d'amélioration contenues dans le compte qualité sont en adéquation avec celles du plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage opérationnel de ce processus est confié au coordonnateur des plateaux techniques qui assure ses missions conformément à sa fiche de poste et à une fiche de mission «Pilote de processus» commune à l'établissement. Il est assisté des trois responsables de secteurs dont celui de la radiologie interventionnelle, avec plusieurs instances en appui (conseil de bloc, CME, CODIR et cellule de régulation).

Les ressources humaines en terme d'effectifs et de compétence sont en adéquation avec les besoins identifiés. Le Responsable du secteur Radiologie interventionnelle a été nommé personne compétente en radioprotection. Les missions du PCR et les moyens temporels mis à sa disposition sont en cours de révision en réponse aux recommandations de l'ASN parvenues en juillet 2017. Le planning du personnel prend en compte l'activité programmée et organise la permanence des soins, y compris week-end et jours fériés.

Le plan de formation de l'établissement est décliné au niveau de l'imagerie interventionnelle. Les formations ciblées concernent principalement l'hygiène ou la prise en charge de la douleur, celles qualifiantes des DU en radiologie ou rythmologie interventionnelle. Suite aux recommandations de l'ASN, l'établissement a défini comme action d'amélioration intégrer dans son futur plan de formation annuel, une formation à la radioprotection de l'ensemble des travailleurs concernés, formation reconductible tous les 3 ans. L'accueil des nouveaux arrivants est prévu avec période de tutorat.

Les ressources documentaires adaptées à l'activité et aux besoins des professionnels comprennent des protocoles, modes opératoires et documents de traçabilité prenant en compte la gestion des risques, notamment ceux liés à l'utilisation des radiations ionisantes. Ces ressources sont accessibles sur l'intranet de l'établissement. Une démarche qualité est en place, commune avec le bloc opératoire, documentée et actualisée (Manuel d'assurance qualité au bloc opératoire", commun, actualisé en 2017, Charte de bloc opératoire, politique d'amélioration des secteurs interventionnels). Les circuits : patients, dispositifs médicaux implantables, ont été définis, y compris dans le cadre de l'urgence.

Les activités d'imagerie interventionnelle sont réalisées au sein de deux salles dédiées situées au sein du bloc opératoire (l'une à la radiologie vasculaire cérébrale et périphérique, l'autre à la cardiologie interventionnelle), qui utilisent la salle de surveillance post-interventionnelle. Les activités chirurgicales utilisant un amplificateur de brillance sont réalisées dans les autres salles du bloc opératoire. L'avis de l'EOH est recherché et pris en compte lors de la réalisation de travaux en imagerie interventionnelle.

Les salles bénéficient de l'informatisation de la planification de l'activité du bloc opératoire. Plusieurs logiciels y sont à disposition : dossier patient informatisé, logiciel d'anesthésie, intranet professionnel et gestion documentaire, planification des actes.

Le déploiement du dossier patient et de la prescription, informatisés, concoure à la gestion des interfaces avec les unités de soins. Les interfaces avec la pharmacie pour les dispositifs médicaux implantables, avec les services d'hospitalisation pour le circuit des patients, et avec les services techniques pour la maintenance des équipements sont organisées.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le coordonnateur des secteurs interventionnels, assisté du responsable du secteur radiologie, co-pilote, assurent la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle du processus. Ils s'appuient sur le plan d'actions spécifique à l'imagerie interventionnelle, dont les risques, objectifs et modalités ont été déterminés en commun avec les équipes.

Les pilotes et copilotes du processus «radiologie interventionnelle» sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés, les actions conduites et les résultats obtenus. Cette communication auprès de l'équipe est effective, facilitée par la taille du secteur, plus souvent orale, mais aussi sous forme de réunions formalisées sur des thématiques jugées prioritaires ou sur des changements d'organisation.

L'encadrement s'assure par ailleurs de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (procédures, traçabilité) par un suivi d'indicateurs d'activité. Le signalement interne des événements indésirables est favorisé, le circuit est organisé, avec un taux faible d'événement signalé en radioprotection depuis 2013. Un retour régulier des événements indésirables concernant ce secteur est assuré par le service Qualité (nombre d'EI déclarés, fréquence par thématique, événements à risque prioritaire). En interne des ACRES sont en place et des RMM sont effectives au sein du bloc opératoire.

Les pilotes mettent en œuvre les actions d'amélioration validées et en informent les professionnels. Le mode de fonctionnement en place facilite l'implication des professionnels qui sont partie prenante dans la mise en place des actions correctives identifiées en fonction des besoins (dysfonctionnements, suivi d'indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc opératoire compte 6 Manipulateurs dont 1 est essentiellement affecté aux salles de bloc selon les roulements établis. Ce dernier intervient dans les salles où sont utilisés les amplificateurs de brillance et scanner per-opératoire. Les autres manipulateurs en électroradiologie sont affectés aux 2 salles de radiologie interventionnelles. Un contrôle médical des professionnels de l'établissement est prévu par le service des ressources humaines avec le médecin du travail, ainsi que des formations annuelles (plusieurs manipulateurs sont détenteur d'un DU). 100% des médecins sont formés au risque patient. L'aide d'un médecin physicien est sollicitée en cas de besoin. L'accueil des nouveaux arrivants est assuré (tutorat, évaluation). Un "Livret d'accueil Bloc opératoire leur est destiné. La mise à disposition des compétences est effective, en particulier la permanence des soins (astreintes opérationnelles 24h/24).

Le bloc opératoire dispose de 6 amplificateurs de brillance (3 scopes, 1 graphie vasculaire, 2 rythmologie). Tous les appareils contrôlés sont conformes sauf un qui, en attente d'une date de mise en conformité, n'est utilisé qu'en dépannage. La délimitation des zones surveillées et contrôlées a été définie par l'établissement. L'affichage des consignes d'accès, l'amélioration de la signalisation lumineuse et les plans de zonage sont en cours d'actualisation. L'installation de deux scanners (en 2015 et 2016) a permis de faire évoluer les salles vers les dispositions attendues. L'établissement s'engage sur la construction d'une salle hybride et sur des travaux d'aménagement complémentaires (deux salles sont actuellement en travaux). Les professionnels disposent d'équipement de protection individuelle en nombre suffisant.

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

La gestion documentaire du bloc opératoire a été mise au format qualité pour l'ensemble des procédures et la plupart des modalités opératoires (matériel, installation).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes dans le respect des règles et procédures en cours. Le port des équipements de protection, des dosimètres passifs et actifs, est réalisé, comme cela a été constaté lors de la visite du secteur. Une sensibilisation des travailleurs au port de la dosimétrie passive et opérationnelle est renouvelée aussi souvent que nécessaire. Les professionnels sont sensibilisés aux règles de circulation dans le bloc (affichage en cours pour les accès réglementés des salles, affiche "Pour sortir du bloc").

La régulation des activités de l'imagerie interventionnelle est effective, selon des modalités communes avec l'activité chirurgicale et endoscopique, afin d'assurer le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable identifié, suivi d'indicateurs, traitement des dysfonctionnements). Des actions sont mises en place auprès des opérateurs pour améliorer le taux de conformité "d'annonce" des interventions lors de l'élaboration du programme opératoire prévisionnel (50,4% pour la radiologie interventionnelle) et par praticien.

L'accueil physique du patient est organisée, mise en œuvre, et son information assurée sur sa prise en charge en imagerie interventionnelle. Les vérifications pré-opératoires sont assurées (identité, allergies, geste prévu). La mise en œuvre de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est effective en imagerie interventionnelle. Après le geste opératoire, le patient est transféré dans la salle de surveillance post-interventionnelle du bloc opératoire. Sa sortie est validée et tracée.

Les procédures et règles de bonnes pratiques sont mises en œuvre afin de réduire au maximum les doses

de radiations ionisantes délivrées au patient. La traçabilité de la dose délivrée-calculée est intégrée au DPI (cardiologie interventionnelle) sur une application dédiée avec report vers le compte rendu opératoire (CRO). La traçabilité de la dose délivrée reportée est effective sur le CRO en neurochirurgie. La démarche d'optimisation des doses délivrées aux patients à l'ensemble des appareils utilisés aux blocs (effectif pour les scanners pas pour les amplificateurs de brillance) est envisagée dans le plan d'actions ASN de septembre 2017 présenté lors de la visite. Les conditions d'hygiène sont celles du bloc opératoire et la marche en avant est respectée. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée comme pour le reste du bloc opératoire, en lien avec la pharmacie, ainsi qu'un suivi des consommations des dispositifs médicaux (besoin, traçabilité), avec un effectif dédié. La traçabilité des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle) est effective que ce soit sur les formulaires ad-hoc ou dans le dossier patient. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (dont la continuité de la prescription /administration médicamenteuse entre la SSPI et le service d'aval). Des réunions de service sont organisées en tant que de besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Ce dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est quantitatif (nombre de valvuloplasties aortiques percutanées, de défibrillateurs autoimplantés, de stimulateurs cardiaques, d'ablations de flutter, d'ablations de faisceau de His) et qualitatif (taux de conformité d'annonces, événement indésirables). L'ensemble de ces indicateurs est centralisé dans un tableau de bord du processus suivi par les pilotes. Les résultats sont présentés en Conseil de bloc. Des actions correctrices sont mises en place et suivies

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est défini et effectif, avec implication des professionnels de la radiologie interventionnelle. Ce recueil s'intègre dans une démarche d'évaluation des risques a priori incluant le risque radiologique vis-à-vis de la dosimétrie patient. Des ACRES sont organisées en radiologie interventionnelle; la mise en place des RMM est émergente.

Des audits externes sont réalisés (Accompagnement opérationnel "Circuit des dispositifs médicaux" pour exemple) avec un plan d'actions défini. Un questionnaire de sortie spécifique à la chirurgie ambulatoire (incluant l'activité ambulatoire de radiologie interventionnelle) a été élaboré, ses résultats sont suivis.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du plan d'actions 2017 sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Il est recherché une mesure d'impact des actions conduites. Des indicateurs de résultats ont été identifiés et sont suivis (taux d'annonce, taux de rajouts, nombre d'heures de dépassement de programme réglé par spécialité).

Toutefois, les actions d'amélioration liées à l'imagerie interventionnelle sont partiellement mises en œuvre. L'établissement a travaillé récemment sur le plan d'actions faisant suite à l'inspection de l'ASN de juin 2017 (rapport communiqué le 27 juillet 2017) en prenant en compte les demandes d'actions correctives (9 points : coordination, plan de prévention, formation, dosimétrie, contrôle...), les trois compléments d'information et les quatre observations mettant en exergue un risque d'irradiation non conforme des professionnels et des patients. Au regard de chaque point, des actions d'amélioration et des responsables sont identifiés dans un plan d'actions ASN 2017 (formation, travaux, maintenance biomédicale) ; quelques mesures provisoires ont été mises en œuvre (utilisation limitée d'un appareil non conforme, affichage, sensibilisation). Même si une date globale de réalisation est fixée à fin octobre 2017, le calendrier précis de toutes les actions (dont le plan de formation et les travaux) n'est pas encore arrêté au moment de la visite.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels. La communication est assurée par plusieurs canaux de diffusion pour les professionnels (Intranet, Journal interne l'Eclair-Val, journées et semaines thématiques...) et en externe (affichage, site internet de l'établissement, presse...).

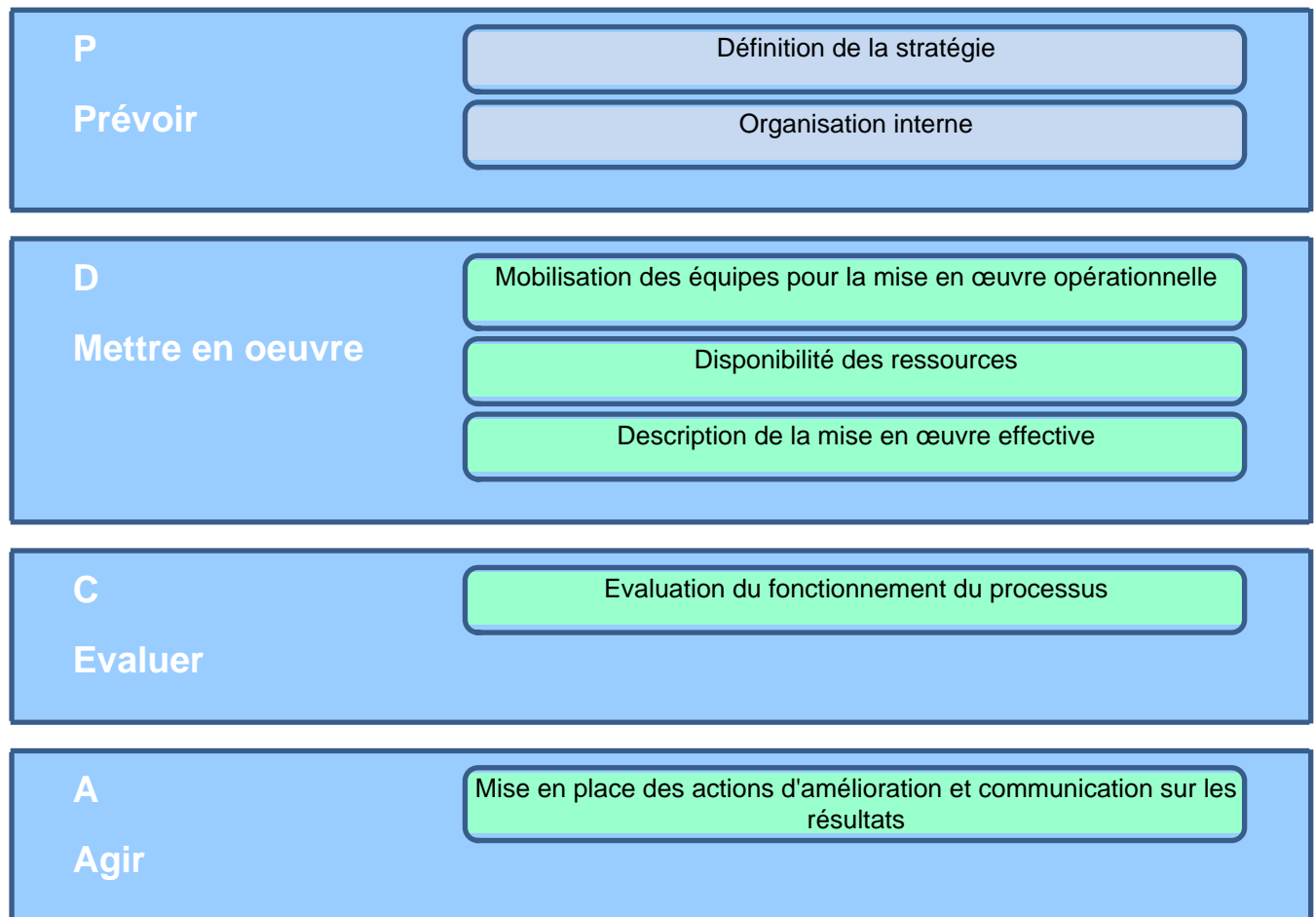
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les activités d'endoscopie de l'établissement concernent majoritairement une activité digestive, bronchique et d'échographie trans-œsophagienne. L'ensemble des prises en charge de patients nécessitant ou pas une anesthésie est réalisé au sein du bloc opératoire dans une salle unique dédiée. L'activité est globalement en augmentation depuis 2014 et compte pour 2016 environ 2200 actes dont une majorité d'ETO. L'identification des différents secteurs concernés par les activités d'endoscopie (bloc opératoire, USIC, réanimations, USC) a conduit l'établissement à centraliser le fonctionnement des activités d'endoscopie et l'entretien des endoscopes souples et d'en assurer un pilotage global.

La stratégie de développement de l'activité d'endoscopie est intégrée dans le projet de réunification de l'Hôpital Privé Clairval et de l'Hôpital Privé Résidence du Parc. Le développement de l'offre correspond aux besoins du recrutement Marseille intra-muros, départemental et régional, et aux besoins spécifiques de la population. Les particularités de ce secteur sont prises en compte dans le projet d'agrandissement architectural en cours d'élaboration.

L'identification des risques spécifiques a été définie avec les professionnels des secteurs, en particulier à partir de l'audit national de 2015 et des dernières recommandations de la SFED de 2016. Ce travail a permis d'identifier des risques prioritaires, selon une démarche établissement et, pour chaque risque, les mesures de traitement ont été identifiées. Les risques liés à l'activité d'endoscopie sont suivis dans 2 cartographies :

- la prise en charge du patient dans la cartographie commune aux prises en charge du bloc opératoire
- l'activité d'endoscopie (traitement et actes d'endoscopie) dans une cartographie spécifique, initiée en février 2017.

Les professionnels concernés sur ensemble des secteurs/spécialités où l'endoscopie est réalisée, ont contribué au déploiement d'un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie, avec priorisation des actions en fonction des risques identifiés et hiérarchisés.

Le programme d'amélioration est ajusté en fonction des résultats des évaluations.

Les risques prioritaires ont donné lieu à un plan d'actions qui comporte majoritairement, les objectifs, les actions, les délais et les pilotes désignés. Ce plan d'actions est décliné dans le compte qualité. Il vient s'ajouter aux différents plans d'actions réalisés par processus qui constituent le programme de l'établissement. Le programme est présenté et validé de façon périodique en instances (CLIN, conseil de Bloc, CME) et en CDU dans le cadre de la présentation du bilan LIN.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus et du fonctionnement global des activités d'endoscopie est assuré par le coordonnateur des plateaux techniques, en collaboration avec le président du CLIN, coordonnateur des risques liés aux soins, les infirmières hygiénistes, le cadre de santé du secteur ainsi que les infirmières dédiées à la zone de traitement et d'activité. Il assure cette mission conformément à une fiche de mission « Pilote de processus » commune à l'établissement, à sa fiche de poste et en conformité avec le document stratégique « Politique qualité et sécurité des soins 2016-2020 » et le manuel qualité.

L'établissement met à la disposition de ce secteur les ressources humaines nécessaires et adaptées en nombre et en compétences pour lesquelles la formation continue est prévue. Les professionnels du secteur (traitement et actes) sont dédiés et formés à la double activité d'entretien et d'aide à l'opérateur. Les rôles et missions des professionnels dédiés aux secteurs de traitement et d'activité sont déclinés dans des fiches de postes. Le planning du personnel prend en compte l'activité programmée et organise la mise disposition des compétences lors des périodes de fermeture de ce secteur (nuit, weekend et jours fériés). Le plan de formation prend en compte les besoins en formation spécifiques à cette activité, en particulier pour les nouveaux professionnels du bloc opératoire participant à l'astreinte. Le nouvel embauché bénéficie d'un parcours d'intégration défini au sein du bloc et au niveau institutionnel.

Les ressources documentaires comprenant les protocoles, modes opératoires et enregistrements sont disponibles dans le cadre de la gestion documentaire institutionnelle. Le fonctionnement du processus est formalisé dans la politique des secteurs interventionnels et la charte du bloc opératoire. Le circuit de prise en charge du patient est défini dans les procédures communes du bloc opératoire et du secteur ambulatoire, ainsi que les circuits environnementaux (déchets, transport, linge etc..). Le fonctionnement de la zone de traitement fait l'objet d'une procédure globale. Les différentes étapes de la mise en œuvre du processus sont organisées y compris pour répondre aux urgences (prise en charge et traçabilité des endoscopes, évaluation du risque ATNC pour le patient). Les activités d'endoscopie sont réalisées dans leur grande majorité au bloc opératoire dans une salle dédiée avec un accès à la SSPI du bloc. Quelques activités d'endoscopie (fibroscopie en urgence) peuvent être réalisées dans les services dits « fermés ».

La zone de traitement des endoscopes, contigüe à la salle d'activité dédiée à l'endoscopie, est organisée pour respecter une marche en avant des endoscopes en prenant en compte les risques liés à la configuration et à la petite taille de cette zone. Le local est doté d'un système d'aération manuel à faible

taux de renouvellement d'air. L'armoire de stockage des endoscopes « propres » permet une nouvelle utilisation des endoscopes dans un délai inférieur à 12 heures. Des équipements de protection adaptés sont prévus pour les professionnels en zone de traitement en particulier. Les endoscopes sont en nombre et en qualité adaptés aux besoins de l'activité en incluant les éventuels dysfonctionnements. La gestion du parc d'endoscopie (maintenance préventive et curative des endoscopes) est organisée entre les responsables du processus, le service biomédical et les opérateurs, au sein d'une commission mensuelle qui peut faire appel aux fournisseurs.

Le secteur bénéficie de l'informatisation de la planification de l'activité du bloc opératoire. Le système d'information permet la traçabilité des endoscopes, organisée de façon coordonnée entre la zone de traitement et la salle d'activité ainsi que l'archivage des informations dans le dossier patient. L'édition d'étiquettes pour le suivi des endoscopes est également automatisée.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter les échanges d'informations entre le bloc opératoire, le secteur ambulatoire, l'équipe opérationnelle d'hygiène, les prestataires chargés des prélèvements, le service biomédical, ce qui permet une articulation efficace du processus endoscopie et la concertation effective entre professionnels des différents secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le coordonnateur des plateaux techniques, pilote du processus, avec l'équipe opérationnelle d'hygiène et les professionnels du secteur d'endoscopie, fait le lien entre les orientations de l'établissement et le plan d'action processus en déclinant les objectifs et plans d'actions opérationnels en relation avec les risques spécifiques, les risques de la prise en charge au bloc opératoire et ceux identifiés dans le compte qualité.

Le pilotage assure également une communication active et régulière auprès de l'équipe, facilitée par la taille de ce secteur. La sensibilisation et les retours aux équipes sont assurés lors de rencontres concernant l'activité d'endoscopie.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (procédures, traçabilité) et l'infirmière hygiéniste vérifie régulièrement la conformité des pratiques par rapport au dispositif relatif à la désinfection des endoscopes. Ils communiquent sur les résultats à partir d'un tableau d'indicateurs mis à jour par l'EOH.

Le recueil des non conformités donne lieu à des retours d'expérience « à chaud » et à des actions correctives avec les professionnels qui bénéficient ainsi, en direct et en temps réel, de la connaissance des actions d'amélioration à mettre en œuvre. La participation des professionnels de l'endoscopie peut être sollicitée dans le cadre de RMM, de retour d'expérience ou d'audits qui sont toutefois réalisés de manière globale sur le secteur interventionnel au même titre que les EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel sont en adéquation avec les besoins. La disponibilité des compétences soignantes, sur la zone de traitement et la salle d'intervention, est planifiée y compris pour les périodes de garde et astreinte. Ce système de garde et astreinte organise le rappel de professionnels du bloc opératoire en cas d'urgence à partir d'un tableau « pour la chirurgie digestive, l'orthopédie, l'ORL et l'endoscopie ». Les risques professionnels liés au fonctionnement du secteur sont suivis avec le médecin du travail.

Les professionnels en poste sur l'activité d'endoscopie bénéficient d'actions de formation à périodicité, au titre du plan de formation. Ils participent à la formation des professionnels du bloc opératoire assurant les astreintes qui bénéficient également de la formation professionnelle.

La documentation, comprenant les procédures, modes opératoires et enregistrements indispensables (circuit des endoscopes, entretien des endoscopes, entretien des surfaces, contrôle microbiologique des endoscopes, gestion du risque ATNC...) est disponible sur les postes informatiques du secteur. Elle est régulièrement mise à jour et connue des professionnels. La dernière mise à jour date de 2016 fait suite aux dernières recommandations de la SFED. Des fiches « réflexes » sur le déroulement des étapes du processus de désinfection sont affichées en zone de traitement.

Les locaux permettent le respect des circuits du patient, des matériels, des déchets pour la salle de réalisation des endoscopies. Les professionnels chargés du nettoyage et de la désinfection des endoscopes bénéficient de l'équipement nécessaire à leur activité (gants, tablier, masque). Ils tiennent compte de la configuration du local de désinfection pour assurer au mieux une marche en avant des endoscopes avec :

- L'acheminement des endoscopes désinfectés vers la salle d'activité dans des containers fermés.
- Le retour des endoscopes utilisés par un passe-plat entre la salle d'activité et la zone de traitement.
- Une paillasse manuelle et un laveur désinfecteur positionnés dans la continuité de l'arrivée des endoscopes sales.
- Un stockage des endoscopes souples sont stockés dans une armoire dans la continuité de l'espace réservé à la décontamination.

La disponibilité du parc d'endoscopes correspond aux besoins des opérateurs dans les différentes spécialités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels du secteur d'endoscopie connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues entre le bloc opératoire, les secteurs d'hospitalisation et l'ambulatoire, comme cela a été constaté lors de la visite du secteur et de la réalisation du patient traceur admis en secteur ambulatoire pour une ETO.

La gestion des programmations de patients est assurée par un logiciel partagé et régulée au sein d'une commission qui se réunit autour des responsables du bloc opératoire et des secteurs cliniques. La programmation des actes d'endoscopie est sous la responsabilité du coordonnateur des plateaux techniques qui s'appuie sur le logiciel de planification disponible à l'ensemble des opérateurs. Au regard du faible taux d'annonce en endoscopie tracée dans ce logiciel, l'établissement a resensibilisé les praticiens concernés sur l'obligation d'utiliser le logiciel pour la programmation des examens.

Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations, un passeport ambulatoire lui est remis par l'anesthésiste. L'accueil des patients dans le secteur ambulatoire se fait dans des salles communes comportant des séparations par des paravents. Les professionnels sont attentifs à assurer le respect de la confidentialité et de la dignité du patient.

L'accueil du patient au bloc opératoire et en SSPI est conforme aux procédures en vigueur (vérification d'identité, bracelet d'identification). La check-list d'endoscopie digestive est réalisée. L'ensemble des informations relatives à la prise en charge du pré et post opératoire est intégrée dans le dossier patient. Le dossier patient comporte un document qui atteste de la concordance entre le patient et l'endoscope. Un double de cette information est également inséré dans un cahier de suivi de tous les actes effectués, en salle et en zone de traitement.

La traçabilité des actes d'endoscopie et des endoscopes utilisés est opérationnelle, elle a lieu en temps réel. Parmi ces données, la traçabilité de l'évaluation clinique du risque PRION est retrouvée dans la moitié des dossiers patients comme le confirme un indicateur interne alors que le protocole interne prévoit une évaluation formelle. Pour la bonne prise en charge des endoscopes et la sécurité des patients, les professionnels s'assurent oralement, au plus près de l'acte et auprès des opérateurs "du risque PRION", et tracent l'information dans la check-list endoscopie à l'accueil du patient en salle. Ce risque est identifié, dans la fiche de prise en charge des endoscopes, condition sine qua none pour autoriser la décontamination des endoscopes en zone de traitement.

Lors de la sortie d'un patient de la SSPI vers le secteur ambulatoire, le patient signe le document de mise à la rue communiqué par l'opérateur, au niveau de la salle de réveil (constat lors du patient traceur). Selon les professionnels du secteur ambulatoire, les opérateurs revoient le patient au moment de la sortie mais la démarche, au jour de la visite, n'est pas tracée dans le dossier patient. Un appel à 24 heures est effectué pour les patients admis en ambulatoire.

Les professionnels utilisent les fiches réflexes affichées au-dessus des paillasses lors des opérations de lavage. Les différentes opérations de nettoyage des salles, de désinfection, de stockage, de décontamination des endoscopes toutes les 12 heures, sont mises en œuvre conformément aux procédures.

Toutefois, les actions préventives liées au risque endoscopique ne sont pas toutes mises en œuvre. La décontamination des endoscopes toutes les 12 heures est garantie pendant les périodes programmées d'activité, mais les actions de prévention du risque de contamination concernant l'utilisation des endoscopes, dans des situations d'urgence et en dehors des heures d'ouverture du secteur d'activité d'endoscopie ne sont pas garanties. L'établissement a pris en compte cette difficulté, une réflexion est menée avec le CLIN pour un recours à l'usage unique dans ce type de situation. Au jour de la visite la décision n'est pas prise au niveau de l'établissement.

La prise en charge des urgences aux heures d'ouverture du bloc est mise en œuvre selon les dispositions prévues. Les contrôles microbiologiques sont réalisés et tracés et incluent toutes les vérifications effectuées pour le contrôle de l'eau, des surfaces, des endoscopes, ou lors des maintenances par l'EOH. L'EOH dispose de l'ensemble des résultats des prélèvements. Le suivi des données est intégré dans le carnet sanitaire partagé.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles définies. Des réunions communes entre secteurs sont organisées (staffs inter services, RMM, etc...) pour, notamment, analyser et traiter des événements indésirables. Le secteur d'endoscopie est concerné par le conseil de bloc en place qui se réunit en moyenne trois fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de ce processus s'inscrit dans la démarche d'évaluation globale du bloc opératoire auquel est rattaché le secteur d'endoscopie. Différents indicateurs sont identifiés dans la charte de bloc et suivis (indicateur des actes réalisés, des programmations à partir du logiciel dédié, indicateurs qualité sécurité des soins, sortie du patient). Sont également recueillis les indicateurs nationaux (courrier de sortie, dossier d'anesthésie). Plusieurs audits ont été réalisés (check-list sécurité au bloc opératoire dont l'endoscopie, traçabilité de l'entretien des armoires). Il n'est pas retrouvé d'EPP spécifique à l'endoscopie

mais commune avec le bloc opératoire.

Le bilan des activités d'endoscopie est partagé au sein du conseil de bloc avec l'ensemble des acteurs du bloc opératoire et du secteur d'endoscopie et au travers du bilan du CLIN communiqué en instances.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus qui conduisent à réactualiser la cartographie des risques spécifiques. Les actions du compte qualité ont été réalisées : la salle d'intervention dispose d'un respirateur dédié, le système de garde et astreinte pour répondre aux situations d'urgence hors heures d'ouverture du secteur a été revu et formalisé, la sensibilisation des équipes à la programmation des patients via le logiciel dédié donne lieu à des rappels réguliers.

De nombreuses actions sont réalisées suite aux suivis des non-conformités, en direct et de façon quasi journalière avec les professionnels du secteur. Ces actions qui ne figurent pas dans le PAQ du secteur sont par ailleurs identifiables et suivi par l'EOH.

Les actions d'amélioration s'inscrivent dans des démarches collectives et font l'objet de compte rendus, procédures, notes écrites diffusées aux professionnels et aux opérateurs. La communication sur les résultats est établie avec les professionnels et les instances au cours de la présentation de bilans annuels.