



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE REMUSAT

**21 rue Rémusat
75016 PARIS**

AVRIL 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	41

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE REMUSAT	
Adresse	21 rue remusat 75016 Paris
Département / région	PARIS / ILE DE FRANCE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750000911	SA MAISON DE SANTE REMUSAT	21 rue remusat 75016 Paris 16eme
Etablissement de santé	750300857	CLINIQUE REMUSAT	21 rue remusat 75016 Paris

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	47	5
MCO	Chirurgie esthétique	/	/

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
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	H ou F	Chirurgie ambulatoire	à définir	programmée	1 patient(e) pec en chirurgie ambulatoire	MCO
2	H ou F	Chirurgie HC orthopédique	à définir	programmée	Complexe	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

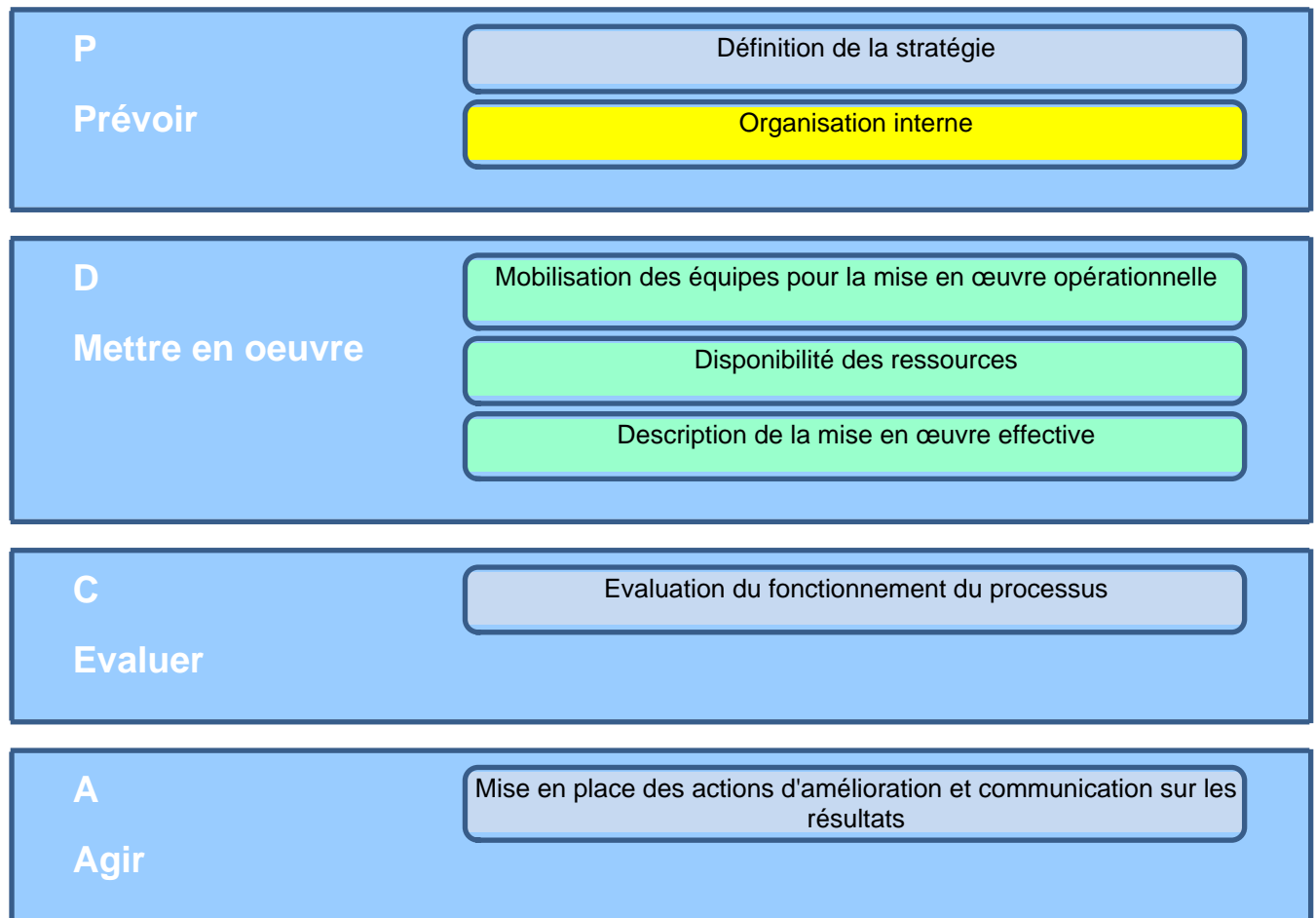
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité et gestion des risques est un des axes stratégiques développé dans le projet d'établissement pour la période 2016-2020 présenté lors de la CME de décembre 2016 , soumis à l'avis de la CME lors de la séance du 15 mars 2017 et approuvé par le conseil d'administration lors de cette séance.

Cette politique est développé dans le projet d'établissement sous le terme de « projet qualité et gestion des risques » ; par ailleurs l'établissement a formalisé une politique qualité pour chaque processus validé par les instances correspondantes.

La politique opérationnelle fait l'objet d'un mémo mise à jour en 2017 (validé par les instances) décrivant la politique qualité et gestion des risques de l'établissement : organisation de la démarche qualité, les instances, la gestion des risques (risques à postériori , à priori) , les évaluations internes et externes, le déploiement , la révision annuelle ... L'analyse des risques à priori de chaque processus a été élaborée par un groupe associant encadrement et professionnels. Les membres de chaque groupe ont été formés au cours de réunions d'information sur la qualité par le gestionnaire des risques ; des procédures et des protocoles sur la qualité disponibles sur la GED accompagnent aussi les professionnels.

La cartographie des risques des différents processus développée initialement en 2015 sur une base BAQIMEHP a été enrichi en cours du temps.

Les risques ont été hiérarchisés (fréquence, gravité , criticité , niveau de maîtrise) en groupe au cours des réunions du comité qualité gestion des risques et vigilances (CQGRV) et priorisés par le pilote du processus.

Les risques à postériori alimentent les plans d'actions. Il sont déterminés par de multiples sources : les indicateurs qualité et sécurité des soins, les évaluations des pratiques professionnelles, les déclarations d'évènements indésirables, les plaintes et réclamations, les risques professionnels, les obligations réglementaires, les évaluations régulières sur différentes thématiques (audit du vécu du passage au bloc opératoire , évaluation du brancardage , audit du circuit du médicament ..)

En découlent pour chaque processus des plans d'actions. Leurs modalités de mise en œuvre sont définies en termes d'objectifs, de responsabilité et d'échéancier.

Les plans d'actions de chaque processus sont présentés annuellement à la CME après avoir été validé pour chaque PAQSS de chaque processus par l'instance correspondante (CDU, CLAN, CLUD, COMEDIMS, CLIN). Ils sont regroupés dans un programme institutionnel d'action global formalisé et priorisé. Ce PAQSS est réévalué trimestriellement par le référent qualité et validé par la CME.

Les risques les plus critiques et les moins maîtrisés ainsi que leur plan d'action sont répertoriés dans le compte qualité pour la totalité des processus.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus management qualité et des risques est assuré par le responsable qualité qui est aussi DIM , gestionnaire des risques (GDR) et responsable qualité du circuit du médicament et des processus biologie et imagerie.

Son rôle et ses responsabilités sont identifiés et formalisés dans une lettre de mission d'octobre 2015.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la coordination des ressources humaines autour de la qualité gestion des risques au sein de la CQGRV (Commission pour la qualité, la gestion des risques et des vigilances régie par un règlement version 2 de septembre 2017). Cette instance point central du système du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement se réunit plusieurs fois par an (6 fois en 2016). Le CQGRV est composé de représentants de chaque fonction dans l'établissement (directeur , pharmacien, gestionnaire des risques - référent qualité, hémato et matéro-vigilant, président du clin, représentant du personnel , responsable du bloc opératoire , responsable des services , un membre du service entretien)

Certaines instances restent individualisées et travaillent en collaboration avec la CQGRV ; il s'agit du CLIN du COMEDIMS du CSTH et du CLUD.

Le président et animateur du CQGRV est le responsable de la gestion des risques ; le CQGRV a principalement 3 types d'attributions :

- Des fonctions de surveillance par le biais de l'organisation du signalement,
- Des fonctions de proposition aidant au choix et à la mise en place d'action de correction,
- Des missions sur le terrain, et notamment la sensibilisation et la formation du personnel.

L'entretien des connaissances est inscrit dans le plan de formation qui prévoit des formations régulières internes ou externes au pilotage des processus et à la gestion des risques a priori et a posteriori.

Le plan de formation est établi en fonction des formations obligatoires, des vœux des salariés recueillis pendant l'entretien des évaluations annuelles (entretien de progrès) et professionnelles , des besoins de l'établissement. Le plan des formations externes fait l'objet d'une validation par la direction.

Les formations internes sont décidées en fonction des plans d'actions du PAQSS et des audits. Elles sont

conduites par des personnes ressources de l'établissement (GDR , hygiéniste , direction , pharmacienne ..)
 Le livret d'accueil « des nouveaux arrivants » présente les différentes instances (CLIN , COMEDIMS , CME, CDU...) et leurs missions, l'organigramme de l'établissement et aborde la qualité et l'hygiène ainsi que l'utilisation du système d'information (la charte informatique).

La gestion documentaire est informatisée et encadrée par la procédure des procédures nommée protocole des protocoles validée en 01 2016 (version 5) par la direction, elle est accessible sur l'ensemble de l'établissement. Cependant, la procédure de mise à jour des documents n'est pas définie. Le protocole des protocoles ne mentionne pas les éléments devant conduire à une réactualisation de la procédure ou du protocole: au cours de la visite, un certain nombre de procédures ou de protocoles n'était pas remis à jour régulièrement. Par exemple: le nom des pilotes n'était pas à jour en raison des départs des précédents, ou encore la procédure pour les préparations des interventions au bloc opératoire n'est pas actualisée entraînant du retard dans le déroulement de l'intervention. L'impression des procédures est possible.

Le plan blanc (et plan canicule) est mis à jour (dernière version en 05 2017) ainsi que l'annexe pandémie grippale. Un plan de sécurité et de prévention des actes terroristes est formalisé et validé (05 2017)

Une organisation est en place pour répondre aux alertes sanitaires descendantes et ascendantes.

Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont remplies par voie informatique à partir de la GED ; la procédure est en place ; l'incitation au signalement des événements indésirables est réalisé par la direction , le gestionnaire des risques, la cadre de soin de manière informelle au quotidien, lors des réunions de service régulières et des formations internes. Une charte d'incitation au signalement interne a été élaborée en 12 2016 avec possibilité de déclaration anonymisée. Un protocole de gestion des événements indésirables est en place (version 4 en 04 2017) (déclaration, traitement de l'évènement) validé en CME.

Les plans d'actions issue des FEI sont déterminés par le gestionnaire des risques.

La survenue d'événement jugé majeur par le GDR ou très critique par le déclarant déclenche une analyse approfondie (RETEX). Le déclarant peut connaitre l'avancée de la FEI sur la GED.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est faite par l'analyse des questionnaires de satisfaction et par l'enquête e-Satis.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est en place mais n'est pas articulé avec le dispositif des événement indésirables. En effet, un document validé en 2016 décrit le processus de la clinique en cas de plainte ou de réclamation écrite. Celui-ci ne prévoit pas de lien avec le dispositif de déclaration des événements indésirables. La procédure a été modifiée au cours de la visite avec création d'un lien avec les EI « Une fiche d'événement indésirable est créée dans le logiciel EXPERT » et reste à valider par les instances.

Le dispositif d'hémovigilance est en place avec un hémovigilant nommé (MAR).

De nombreux médecins sont accrédités (8 orthopédistes : 3 plasticien : 1 MAR).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à tous les secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle et sont intégrés dans le PAQSS.

Des groupes de travail multidisciplinaires impliquant les professionnels médicaux et paramédicaux ont été mis en place en vue d'identifier et de prioriser les risques. Les professionnels de la clinique ont été mobilisés dans l'élaboration du compte qualité par l'intermédiaire du CQGRV.

Les professionnels ont connaissance des risques prioritaires et des plans d'actions (GED , gazette, affichage dans le service). Ils sont régulièrement sensibilisés au quotidien par le gestionnaire des risques et lors des réunions de service. Il existe un cahier d'émargement pour les IDE de nuit afin de formaliser leur prise de connaissance des nouveaux plans d'action ou protocoles.

La démarche EPP est impulsée et coordonnée par la CME de l'établissement qui oriente les choix des programmes et incite les praticiens à choisir des thèmes pertinents. Chaque année, la CME élabore un programme en intégrant les résultats du bilan de l'année précédente. Le responsable qualité définit les modalités de réalisation des programmes qui seront conduits. Le groupe de travail est défini par la Commission Qualité et Gestion des Risques et des Vigilances. La conduite des programmes est ensuite réalisée par chaque responsable de groupe, intégrant les attendus définis dans la fiche EPP et le calendrier arrêté.

Le suivi est assuré par le responsable qualité qui interroge régulièrement le groupe, selon une périodicité définie en fonction des étapes arrêtées dans la fiche EPP. Le RAQ rend régulièrement compte de l'avancée des travaux des différentes EPP en CQGRV, au président de la CME et à la direction, et systématiquement une fois avant la fin juin et une fois avant la fin octobre. Dix EPP la plupart en étape 4 ou 5 sont en cours. Plusieurs RMM et RETEX ont été faites en 2017. Les RMM sont protocolisées et systématiquement

déclenchées lors d'événements particuliers (patient décédé, transféré ou lors d'une réintervention)
La responsable des soins s'assure au quotidien de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues ainsi que par des audits et des contrôles ponctuels.
Les professionnels sont informés des résultats diffusés sur le logiciel de gestion documentaire, lors des réunions de service et par tous les moyens de communication disponibles (gazette ...)
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles dans les secteurs. Les membres du CQGRV disposent des compétences requises à leurs fonctions. Ils ont été formés au pilotage du processus management de la qualité et des risques et au patient traceur.
Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles ; un responsable est désigné pour chaque vigilance (pharmacovigilance, matériovigilance ,hémovigilance ..);
Les alertes par mail ou par FAX sont recueillis à l'accueil (poste occupé 24h/24) et dispatchés aux différents responsables.
Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place ; le comité transfusionnel (CSTH) établit son bilan annuellement ; une EPP sécurisation de l'acte transfusionnel est en cours.
Les nouveaux arrivants sont formés par l'équipe à l'utilisation du logiciel de gestion documentaire et à la déclaration des événements indésirables.
Le dispositif de gestion documentaire informatisé est opérationnel et connu des professionnels.
Il contient de nombreuses procédures particulièrement la gestion des événements indésirables, la maîtrise des alertes ascendantes et descendantes, la gestion des plaintes et réclamations.
La déclaration d'événements indésirables est réalisée par voie électronique.
Les équipements informatiques sont présents en tant que de besoin permettant l'accès au dossier par tous les intervenants ou qu'ils soient avec des codes d'accès sécurisés et en fonction de leur niveau d'habilitation.
Les professionnels participent aux formations régulières internes et externes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le programme d'amélioration de la qualité rassemble tous les plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique qualité. Il prend en compte les actions prioritaires issues du compte qualité, la conformité à la réglementation, les résultats des évaluations internes (audits, EPP, patients traceurs, enquêtes de satisfaction), la gestion des risques a posteriori (EI, RETEX, RMM), les évaluations externes (indicateurs nationaux) et intègre les actions des instances. Il est décliné de manière opérationnelle et structurée pour tous les processus avec désignation des objectifs, des responsabilités, des échéances et des indicateurs. L'avancement des actions est suivi globalement par le gestionnaire des risques lui même responsable qualité qui alerte les pilotes des processus en cas de retard d'application des actions prévues.
La démarche d'évaluation des risques est opérationnelle. L'établissement a identifié et hiérarchisé les risques de tous les processus dans une cartographie des risques. La démarche a été menée par le CQGRV qui a associé les professionnels de terrain. Les risques ont été priorisés dans le compte qualité.
Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est opérationnel. La déclaration est transmise par voie informatique. Le traitement des EI est réalisé par la direction et le service qualité qui accusent réception du signalement, instruisent le dossier, organisent le traitement du dossier et enregistrent les réponses apportées. L'exhaustivité de l'analyse est conduite tous les 2 mois par la CQGRV. Un bilan annuel des EI est formalisé et transmis au CLIN à la CME et au conseil d'administration.
Les alertes ascendantes et descendantes sont traitées par les vigilants selon les procédures formalisées.
L'analyse et l'exploitation des plaintes et des réclamations sont réalisées par la direction qui tient un registre des réclamations. Tous les dossiers sont transmis à la CDU. Les plans d'actions issus des plaintes et réclamations sont intégrés au PAQSS.
Dix EPP sont en cours avec un engagement effectif des professionnels, elles tiennent compte des enjeux liés à la prise en charge spécifiques du type de patients hospitalisés en lien avec les recommandations de bonne pratique. Plusieurs EPP sont en lien avec la pertinence des soins.
Plusieurs patients traceurs à blanc ont été réalisés.
Les interfaces sont opérationnelles avec les pilotes des autres processus et avec le corps médical.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité gestion des risques est réalisée à l'aide des indicateurs nationaux, des indicateurs Hôpital Numérique, du tableau de bord des EPP, du bilan des événements indésirables, des RETEX , des EPP , des réclamations et plaintes écrites.
L'établissement dispose d'un tableau de bord général récapitulant annuellement de nombreux indicateurs quantitatifs intéressant les différents processus (activités chirurgicales, dépenses pharmacie, nombre de séjours, nombre d'AES).

De nombreuses évaluations sont réalisées (logistique, prescription biologie , imagerie ..) ainsi que des audits (risque infectieux ; antibiotiques ; douleur ; fiche consentement ...).
La satisfaction des usagers est évaluée principalement par l'étude des questionnaires de satisfaction patients en lien avec la CDU qui dispose de son bilan annuel conformément aux dispositions réglementaires.

A / AGIR

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

La clinique a mis en œuvre les actions d'amélioration prévues au compte qualité dans les délais estimés. Le PAQSS de chaque processus est actualisé trimestriellement, validé par la CQRV et la CME et intégré dans le PAQSS global.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne par la diffusion des résultats sur le logiciel documentaire, par la transmission des comptes rendus de réunion, par le passage de l'information lors des transmissions journalières, des réunions de service, et par une gazette.

Les usagers sont informés des résultats des indicateurs obligatoires par voie d'affichage dans le hall de la clinique et sur le site internet.

Leurs représentants sont informés lors des réunions de la Commission des usagers.

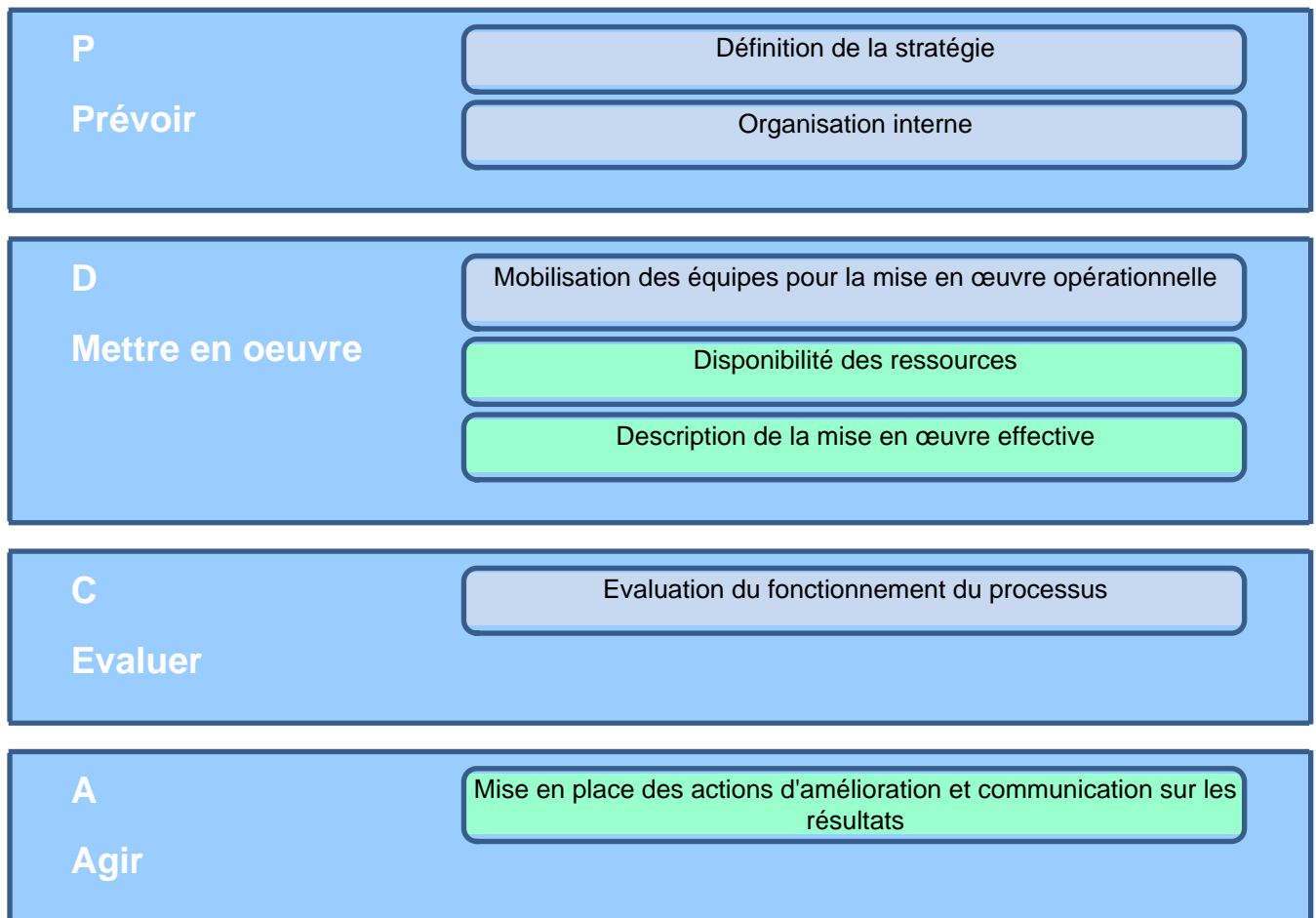
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 maîtrise du risque infectieux de la clinique Rémusat est inscrite dans une politique formalisée et commune.(politique qualité et gestion des risques : octobre 2017).
La politique de gestion du risque infectieux et les objectifs liés sont élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.
Elle est construite en relation avec le projet d'établissement 2016-2020, dans la poursuite des actions menées dans le cadre de la maîtrise en matière d'hygiène, de lutte contre les infections nosocomiales, et aussi en matière de bon usage des antibiotiques.
Elle identifie les risques prioritaires liés aux activités chirurgicales notamment, qu'il en soit du plateau technique, des services de soins ou de la stérilisation.
La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, définis en fonction des orientations nationales tel que le programme national pour la sécurité du patient (2013 - 2017), de la réglementation, de l'analyse des risques, des résultats des précédentes évaluations réalisées et des besoins des équipes.
Elle est définie en concertation avec les professionnels de l'établissement, discutée au sein du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui est en place depuis 1998, validée par les instances concernées (CME, CQGRV).
Une cartographie spécifique des risques infectieux a été réalisée, elle est régulièrement actualisée en fonction des événements indésirables, avec l'appui d'un hygiéniste et d'un médecin infectiologue.
Dans le compte qualité quatre risques ont été priorisés pour lesquels un plan d'actions est décliné. Les actions énoncées sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS).
Ce programme établi et validé par le CLIN prévoit les actions à mener en matière de surveillance du risque infectieux, d'information, de formation, d'audits et de contrôles au niveau de l'environnement. Il intègre les mesures de traitement des risques, les pilotes, les échéances et les modalités de suivi, a fait l'objet d'une validation par les instances (CQGRV, CLIN).
L'établissement participe aux travaux du CPIas Ile de France (anciennement CCIIN Paris-Nord).
L'hygiéniste est membre du réseau CPIas et participe régulièrement à ses travaux.Elle déploie les directives nationales et régionales dans les activités de la clinique.
La communication aux professionnels est réalisée par la diffusion des comptes rendus du CLIN et par voie d'affichage.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il dispose d'un CLIN, créé depuis 1998, qui est doté d'un règlement intérieur.Il se réunit trois fois l'an sous l'égide d'un président de CLIN qui est un chirurgien orthopédiste.
Le CLIN assure le pilotage institutionnel de la gestion du risque infectieux. Le règlement intérieur (2 janvier 2017) définit l'organisation mise en œuvre au sein de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux.
Il inclut :
- L'équipe opérationnelle d'hygiène qui est constituée d'une hygiéniste (11 journées par an) et d'un médecin infectiologue présent au moins 6 journées par an. Cette équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) se réunit huit fois par an.
- Existence de REMED sur la partie des médicaments anti-infectieux et d'un CQGRV.
Ces commissions sont en lien, au niveau opérationnel, avec les correspondants en hygiène médicaux et paramédicaux, les services techniques, de bio nettoyage, les services logistiques et prestataires (sous-traitance par une société extérieure du linge, des déchets et de l'entretien des locaux de circulation et les bureaux), ainsi que les secteurs à risques, en particulier le bloc opératoire.
Les responsabilités des pilotes sont identifiées et les missions sont définies.
Leurs missions font l'objet de lettres de missions formalisées.(IDE hygiéniste, EOH, Coordonnateur des risques, Médecin référent antibiotique).
Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs fixés.
L'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.
Des formations et actions de sensibilisation sont prévues dans le plan de formation auprès des professionnels paramédicaux : sensibilisation des professionnels à l'hygiène des locaux, à la prévention des risques infectieux par l'hygiéniste, formation périodique des professionnels au bon usage des antibiotiques par le médecin référent antibiotique en CME, sensibilisation à la vaccination contre la grippe.
Un cahier des charges du prestataire bio nettoyage en définit les prestations et les formations associées.
La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels,

entre secteurs d'activité et prestataires internes et externes permettant une articulation cohérente.
L'établissement participe à des activités d'échange et de comparaison inter établissement .

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plan d'actions opérationnels. Des focus sont portés sur les bonnes pratiques en hygiène des mains , les locaux, la surveillance de BMR, la surveillance environnementale (air, eau, surfaces, déchets, linge).

Concernant le bon usage des antibiotiques, la promotion du bon usage des anti-infectieux est une priorité. Il existe une sensibilisation des médecins par l'infectiologue sur l'amélioration de la traçabilité de la réévaluation.

Une revue trimestrielle de dossiers en infectiologie est également en place, ce qui permet de réévaluer les protocoles et d'en adapter de nouveaux. Un audit sur la prescription antibiotique a été réalisé octobre 2017. Chaque secteur d'activité est concerné par la démarche et s'implique dans les plans d'actions opérationnels et en particulier dans les audits développés.

Les responsables de chaque secteur d'activité, en coordination avec l'EOH, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, journée nationale hygiène des mains, informations régulières, visite de risque, audit contradictoire avec le prestataire). Ils peuvent aussi s'appuyer sur les correspondants médicaux et paramédicaux de l'EOH, pour les services d'hospitalisation le médecin infectiologue et la surveillante générale, pour le bloc opératoire le président du conseil de bloc et la surveillante du bloc.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) et les résultats des actions entreprises communiqués aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs médicaux et paramédicaux sont en place et formés. Des formations aussi sont assurées pour les professionnels et les nouveaux arrivants par l'infirmière hygiéniste sur la gestion des risques infectieux.(prévention des infections nosocomiales , des infections du site opératoire , des risques liés à l'environnement notamment l'hygiène des locaux).

La documentation professionnelle est accessible sur le système informatique, actualisée et conforme à la réglementation (protocoles de bonnes pratiques d'hygiène lors des soins, techniques d'isolement, mesures de protection du personnel hospitalier et des visiteurs, réévaluation de l'antibiothérapie).

Les matériels et locaux sont disponibles dans les secteurs d'activités pour permettre une maîtrise du risque infectieux. (Maîtrise des BMR).

Le système informatique ne permet pas pour l'instant l'intégration automatique des résultats du laboratoire dans le dossier patient informatisé , l'évolution de l'outil est prévue pour décembre.

Actuellement les résultats positifs des prélèvements sont transmis par fax par le laboratoire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues dans la démarche stratégique de la clinique, en lien avec le projet d'établissement, le projet médical et les objectifs qualités sont mis en œuvre pour la prise en charge du patient, au travers des plans d'actions, de la déclinaison des bonnes pratiques et de l'implication de l'ensemble des professionnels.

Les projets de services traduisent les objectifs institutionnels en plan d'actions d'amélioration spécifiques au secteur. (Services d'hospitalisation, bloc opératoire et stérilisation).

Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients).

L'infirmière hygiéniste réalise des réunions "qualhycoach" de sensibilisation de tous les acteurs.

Pour lutter contre les infections nosocomiales, la prévention des ISO et les risques liés à l'environnement (eau, air, locaux) des contrôles de l'environnement sont réalisés tous les 6 mois dans les secteurs d'hébergement et tous les 3 mois dans les secteurs à risque (blocs et stérilisation).

Pour promouvoir le bon usage des antibiotiques l'établissement :

- a mis en place un système de dispensation contrôlée (motif noté en clair sur l'ordonnance de prescription) pour les antibiotiques à large spectre ou actif sur les BMR,

- a rédigé des protocoles d'antibiothérapie adaptés à la pratique de la clinique.

La réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures est réalisée ; sa traçabilité était partiellement assurée, comme le confirmait l'audit sur la prescription antibiotique d'octobre 2017. Depuis le logiciel permet d'alerter les professionnels sur la nécessité de réévaluer l'antibiothérapie et de bloquer la prescription. Sans réévaluation, l'antibiotique ne peut être ni prescrit ni administré.

Un dispositif de surveillance épidémiologique est en place, en lien avec le laboratoire . Pour l'instant il n'existe pas de système d'alerte informatique pour tous les prélèvements positifs mais sa mise en place est prévue en décembre avec l'évolution du logiciel.

Le dispositif spécifique d'alerte automatique relatif aux bactéries hautement résistantes sera lui aussi

installé en décembre.
Le respect des circuits au bloc opératoire est établi.
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.
Le CLIN se réunit 3 fois par an et l'EOH 8 fois par an. Un médecin infectiologue est présent au moins 6 journées par an et participe au CLIN. Une hygiéniste est présente 11 journées par an.
La traçabilité des réunions est assurée par le bilan annuel, les compte-rendu des réunions et des EPP (sondage vésical clos 2016) et leurs présentations aux instances.
Ces informations sont accessibles sur l'intranet.
La traçabilité des actions menées (changements des filtres, gestion de l'air au bloc) et des activités réalisées (RETEX , formations ..) sont assurées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique de l'ensemble du processus se fait à travers de nombreux indicateurs (EPP sondage vésical, audit bonnes pratiques en stérilisation, audit bio nettoyage, INCISO, ICALISO, ICSH,A ICALIN).
Le CLIN élabore annuellement son rapport d'activité intégrant le bilan d'activité de l'année écoulée (BILANLIN) et le programme prévisionnel pour l'année à venir.

A / AGIR

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

L'établissement met en œuvre des actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation.
Ainsi suite à un audit avec le prestataire, le matériel a été réajusté (lavette) , suite à l'audit sur les prescriptions d'antibiotiques, les prescriptions initiales ont été rationalisées en particulier d'antibioprophylaxie en limitant les prescriptions associées d'aminosides.
Le programme d'action 2017 est réajusté et réactualisé en fonction de la réalisation des actions.
Le bilan annuel du CLIN comportant les résultats d'évaluation et des actions d'amélioration est présenté à la CME.

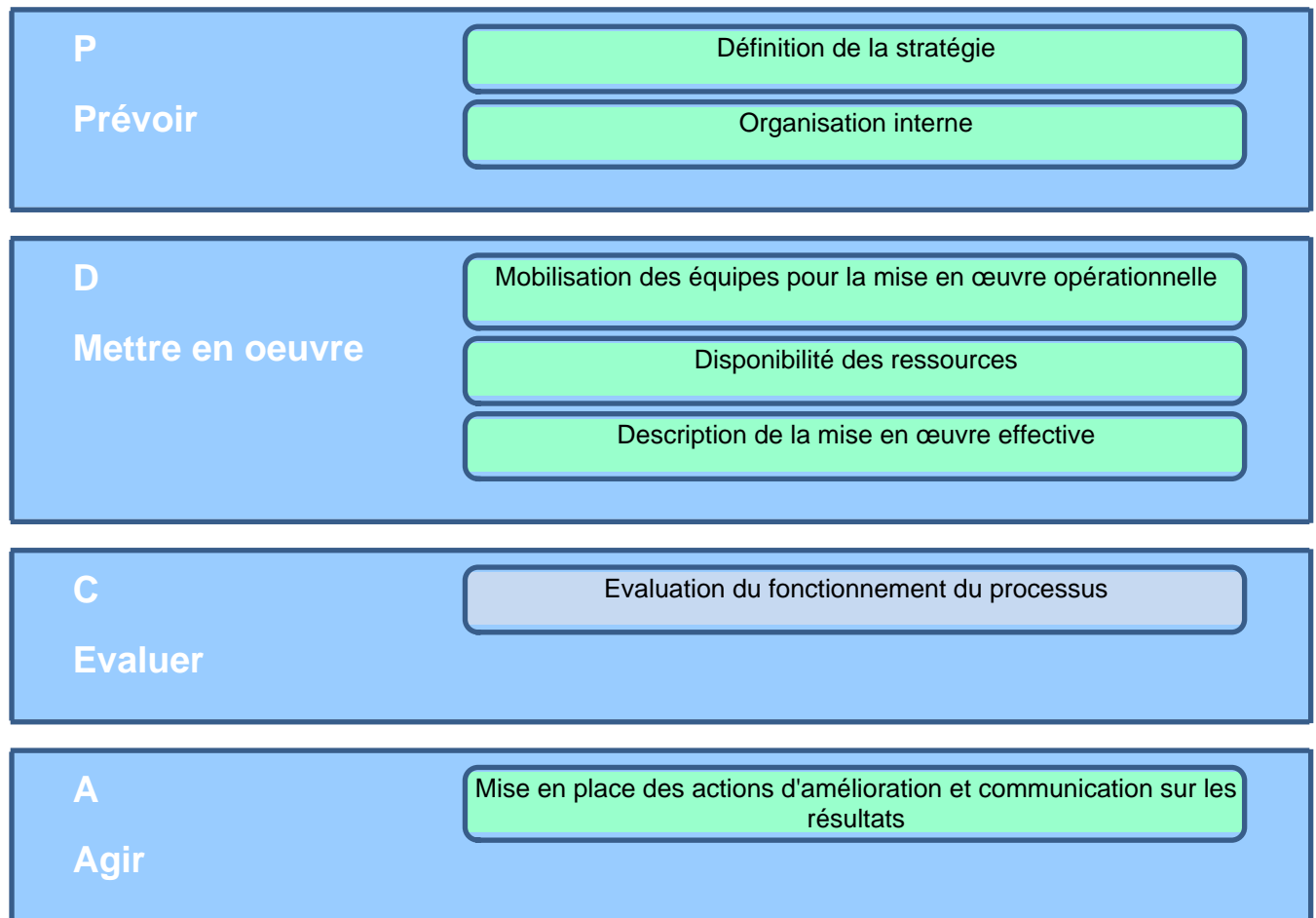
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rémusat a décliné une politique et des objectifs en lien avec les droits des patients, élaborée sur la base d'une identification des besoins de la population accueillie, du contexte socio-économique et d'une analyse des risques spécifiques à l'établissement.

La structure s'est également appuyée sur le projet régional de santé et les objectifs fixés dans le CPOM par l'Agence Régionale de Santé. La politique est validée par les instances concernées, puis déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le compte qualité est alimenté par les actions du PAQSS.

Le programme est annuel et fait l'objet d'évaluations régulières soit en commission des usagers (CDU) soit lors des réunions institutionnelles. Pour objectiver ses orientations stratégiques, la gouvernance de la clinique en association avec les professionnels de santé a élaboré le nouveau projet d'établissement 2016-2020. En parallèle, un projet d'hospitalisation en chirurgie et en service ambulatoire cible plus particulièrement les objectifs à atteindre par les soignants pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Les droits du patient sont au cœur de ce projet. Ainsi on retrouve : l'information du patient, le signalement des dysfonctionnements, la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance, l'éthique dans les soins, la prise en charge des patients en fin de vie. Un comité éthique est associé aux réunions de la CDU. Deux représentants des usagers siègent à la CDU.

L'établissement s'est appuyé sur les résultats des indicateurs nationaux et internes, des résultats des enquêtes de satisfaction, des patients traceurs, des EPP... pour identifier ses risques prioritaires et sa politique d'amélioration. Ces éléments ont été intégrés dans le Compte Qualité.

Une cartographie des risques conforme à celle préconisée par l'HAS est formalisée pour le processus.

3 risques ont été reportés dans le compte qualité pour le processus; Les objectifs d'amélioration sont identifiés par le groupe de travail pour ces risques prioritaires.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le processus. Le pilote institutionnel est la directrice adjointe et son copilote, la surveillante des soins en pilotage opérationnel.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de mission des pilotes.

Les pilotes outre les objectifs fixés dans les projets de service, proposent aux professionnels des formations aux droits des patients annuellement: bientraitance, identité-vigilance, prise en charge des populations spécifiques...

La CDU se réunit conformément à la réglementation soit chaque trimestre. Les représentants des usagers participent à d'autres instances (CLIN, CLAN, CLUD, CQGRV, comité d'éthique) ceci afin de les encourager à être acteurs dans le fonctionnement de la clinique. La composition de la CDU est conforme à la réglementation. Cependant, le décret du 1er juin 2016 sur le règlement et le fonctionnement de la CDU n'a pas été appliqué car le vote renouvelant la présidence de la commission des usagers n'a pas été effectué. ni le nouveau décret, ni le règlement, ni le projet d'établissement n'ont été soumis aux représentants des usagers. Au cours de la visite, la direction a réajusté en convoquant la CDU afin de réajuster ces manquements.

La gestion documentaire informatisée permet aux professionnels d'y accéder à tout moment.

L'organisation mise en place pour les droits des patients, relayée par les pilotes est axée sur le respect de la dignité, de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène.

L'information donnée au patient sur son état de santé est structurée y compris en cas de dommage lié aux soins.

Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est identifié à travers une procédure sous X est formalisée.

La promotion du respect des libertés individuelles est recherchée.

Il est précisé dans le livret d'accueil que l'accompagnant peut bénéficier d'hébergement et de restauration. Ce livret d'accueil rappelle : le droit de désigner une personne de confiance, les directives anticipées, la présence d'un comité des usagers, l'existence d'une commission de conciliation, l'accès au dossier patient, les modalités de protection des patients majeurs sous tutelle. La charte de la personne hospitalisée est incluse au livret d'accueil. La procédure de demande d'accès au dossier du patient est en place.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la promotion des droits du patient. Celle-ci est d'autant plus facilitée compte-tenu de la taille de l'établissement.

Les coordonnées des représentants d'usagers sont diffusées à l'accueil.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au regard des risques identifiés sur la thématique droits des patients, la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est effective. Le pilote du processus, responsable des soins en lien avec la direction et la commission des usagers mobilise les équipes professionnelles sur le terrain.

Lors de la visite, les infirmières de chaque unité n'avaient pas une vision globale des risques identifiés pour le processus droit des patients dans le compte qualité, hormis le risque sur le « défaut d'information du patient ». Un groupe de travail a objectivé des actions à mettre en place sur ce risque (actions sur l'information de l'ordonnance de sortie, sur l'hygiène en 2017).

Des formations sur les "droits des patients" sont régulièrement proposées : bientraitance, prise en charge des populations spécifiques.

Les professionnels sont informés des évaluations, sur les activités et les résultats des actions lors des réunions pluri professionnelles, des réunions de service, et par l'intranet.

Les actions correctives sont établies avec les professionnels (dysfonctionnements identifiés pour les patients en fin de vie ainsi que sur la mise en place de protections aux personnes âgées la nuit. Organisation d'un groupe de travail pour l'élaboration de procédures et d'un livret de prise en charge des personnes âgées).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont adaptées, elles permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge (représentants des usagers, psychologue à la demande, diététicienne) .Les IDE et AS sont présents(es) sur 12 heures dans la journée, ces horaires ont été choisis pour la continuité des soins. Le personnel est stable avec un faible « turnover ».

Les professionnels sont formés dans le cadre des plans de formation à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance, à la prévention du risque suicidaire, au secret professionnel.

La clinique Rémusat a été ouverte en 1917 et reprise par l'actuelle direction en 1986. Les locaux sont exigus, néanmoins ils sont bien entretenus.

Des lits accompagnants sont proposés si besoin. Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'hospitalisation, il existe des paravents dans les chambres à 2 lits. Des matériels ou dispositifs sont adaptés aux populations spécifiques accueillies : prévention des escarres, draps de transfert, lève malade, aménagement au sol et dans l'ascenseur pour les non-voyants, aménagement d'une chambre pour une personne en situation de handicap.

Le matériel à usage unique est utilisé prioritairement au bloc opératoire pour éviter les risques d'infections. Les praticiens de la clinique disposent de matériels récents pour exercer leurs pratiques professionnelles.

Les procédures et recommandations sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée (restriction de liberté, déclaration en cas de faits de maltraitance, annonce en cas de dommage associé aux soins, refus de soins, procédure sous X , prise en charge des populations spécifiques). Les soignants participent à l'élaboration et à l'évaluation des procédures (ex: Patients en fin de vie).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients dans le livret d'accueil.

L'accueil situé au rez-de-chaussée de la clinique est le passage obligé pour toute entrée dans la clinique. L'admission se fait à l'abri des regards dans un local en colloque singulier. Le patient est ensuite admis en chambre particulière ou en chambre double. Les chambres seules représentent un peu plus de 50%, le confort répond aux attentes des patients. Les chambres doubles sont pourvues de paravents permettant de préserver l'intimité des patients lors des soins.

Cependant, la configuration des locaux et les modalités de partage des informations relatives au patient ne permettent pas systématiquement le respect de la confidentialité. L'établissement ne dispose pas de ligne de confidentialité devant l'accueil. Le bureau de la chef de bloc est au centre de la salle de réveil. Dans la SSPI se trouve le bureau de la surveillante, sont accueillis à la fois les patients qui bénéficient d'une anesthésie loco régionale et ceux qui se réveillent suite à une intervention. Ils sont séparés par un paravent mais les informations échangées entre professionnels ainsi que l'identité des patients peuvent être entendues.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent et mettent en œuvre les dispositions retenues dans le domaine des droits des patients. Les interfaces entre secteurs administratifs, techniques et cliniques sont opérationnelles.

A l'accueil, la feuille de désignation d'une personne de confiance est renseignée par le patient ainsi que les directives anticipées.

L'entourage est pris en compte : proposition d'hébergement, de repas et d'horaires de visites adaptables.

Le questionnaire de sortie est remis systématiquement à l'entrée dans le service de chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire.

Le recueil du consentement éclairé du patient est effectif et, le cas échéant, le refus de soins. Lorsque qu'un patient est admis en urgence, le consentement éclairé n'est pas requis, les délais de réflexion n'autorisant pas un recul suffisant pour la réflexion. Il s'agit d'une décision collégiale prise en CME il y a

quelques années et qui doit faire l'objet d'une nouvelle évaluation.
Concrètement sur le terrain, on retrouve la traçabilité de la personne de confiance, le consentement éclairé, les directives anticipées.
Les situations de contention sont organisées via une prescription médicale et réévaluées quotidiennement. Elles font l'objet d'un protocole.
Les infirmières et aides-soignantes travaillent en binôme afin de gérer la douleur des patients.
Les professionnels sont vigilants à maintenir fermées les salles de soins afin de préserver la confidentialité des informations relatives au patient.
Cependant, les pratiques de l'établissement ne permettent pas systématiquement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Lors de l'admission, les hôtes appellent les patients par leur nom devant les autres patients.
Les permanences des usagers ont lieu à tour de rôle toutes les semaines.
Le nombre de réunions du comité des usagers est conforme à la réglementation. Un bilan annuel d'activité du CDU est élaboré et tracé mais les représentants des usagers ne sont pas toujours informés de leurs droits car le règlement de la CDU et le projet d'établissement n'ont pas été transmis au représentant des usagers.
Le comité d'éthique est fusionné avec le comité des usagers.
Les délais de réponses aux plaintes et réclamations sont réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est organisée. La satisfaction est évaluée dans les différents secteurs de la clinique y compris au bloc opératoire. Les résultats des questionnaires de sortie sont régulièrement analysés. Ces résultats sont transmis à la CDU et instances concernées. Les résultats sont affichés dans les services de soins.
Les RMM, EPP, plaintes et réclamations, FEI, Audits, CREX permettent également l'évaluation du processus.
Les IPAQSS et le tableau de bord des principaux risques identifiés sont suivis. La pratique du patient traceur a permis de vérifier en 2017 les données sur le sujet des droits des patients dans les dossiers.
Une évaluation annuelle permet d'appréhender l'appropriation des personnels aux droits des patients.
L'indicateur de satisfaction globale est exhaustif.
La satisfaction générale des patients à distance de leur hospitalisation (eSATIS) et à la sortie d'hospitalisation est évaluée, peu de patients répondent à cette enquête à l'heure actuelle.
Les indicateurs sont affichés dans les secteurs de soins et connus des professionnels.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La diffusion est organisée auprès des professionnels par les comptes rendus d'instances, ou dans l'intranet.
Les actions d'amélioration concernant les droits des patients ont permis au cours de cette année d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie ainsi que l'information sur l'ordonnance de sortie. Pour cette dernière, les soignants mettent alors en pratique des conseils en santé et orientent vers des structures externes d'éducation thérapeutique si cela est nécessaire pour le patient.
Les risques identifiés dans le compte qualité mis à notre disposition concernant les droits des patients ont été en grande partie traités, le règlement du CDU a été réajusté, deux représentants des usagers sont investis dans la structure.
Le troisième risque est en cours de suivi.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

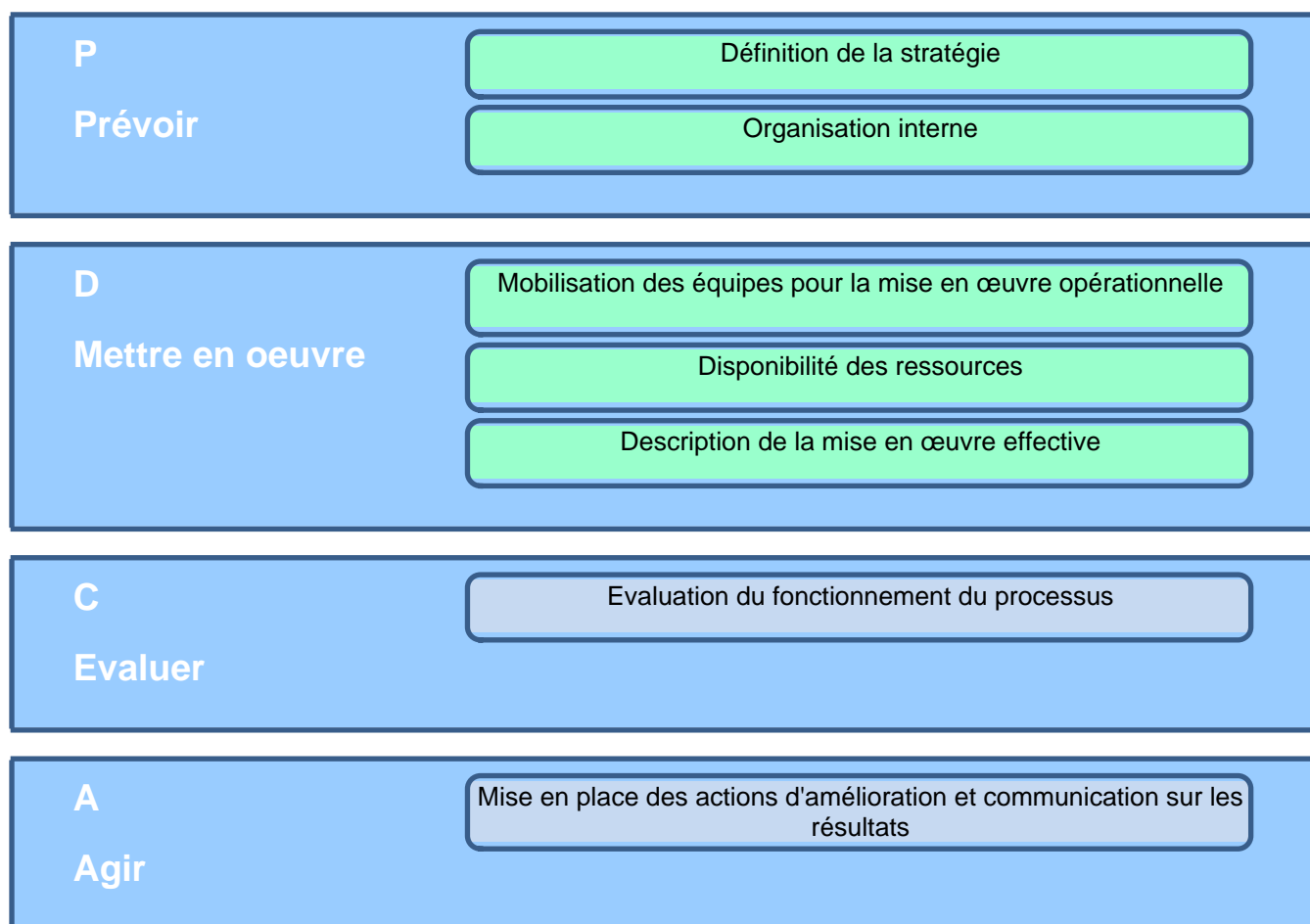
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rémusat a défini une stratégie et des objectifs sur la base d'une réflexion territoriale prenant en compte les besoins de la population et les évolutions du système de santé. La politique s'appuie sur les préconisations du plan régional de santé, les objectifs du CPOM, du dernier projet d'établissement 2016-2020. Les principaux axes du projet d'établissement sont :

- Le libre choix des patients,
- La prise en charge globale des patients dans le DSI,
- L'association des usagers à la gestion des services de santé,
- Un projet médical construit autour du patient,
- L'obtention d'une autorisation de traitement des cancers cutanés.

La clinique ayant peu de lits et des locaux non extensibles, la gouvernance a choisi de recentrer son activité dans les années à venir vers de la chirurgie "propre", en particulier l'orthopédie afin d'éviter les complications infectieuses. La politique du parcours patient est validée en CME et réévaluée annuellement.

Les objectifs du CPOM quant à eux sont les suivants :

- Réduire la durée de séjour en hospitalisation complète,
- Développer la prise en charge de la personne âgée dans une filière gériatrique,
- Actualiser et évaluer les conventions existantes,
- Développer la chirurgie ambulatoire.

La clinique accueille des patients non programmés des établissements environnants.

L'établissement dispose d'une autorisation en chirurgie : orthopédique, esthétique, ORL, digestive, vasculaire, ophtalmologie, gynécologie afin d'assurer ses missions.

Les besoins des populations spécifiques sont identifiés dans une procédure: enfant, personne âgée, personne démunie, en situation de handicap, personne étrangère, malade chronique.

Les activités de l'établissement sont articulées avec les autres acteurs du territoire de santé dans une logique de réseaux de soins.

L'identification des risques a été réalisée dans le cadre du management de la qualité et de la sécurité des soins en partenariat avec les responsables de services et le responsable qualité. L'ensemble des cartographies a pris en compte les résultats des EI déclarés, les plans d'actions des RMM selon une approche PDCA.

Le bilan annuel du CDU est également considéré dans l'analyse des risques.

Le PAQSS est formalisé et priorisé.

Les risques identifiés dans le compte qualité pour le parcours patient sont issus d'une analyse en équipes pluridisciplinaires à partir des résultats des indicateurs externes et internes, des événements indésirables, des résultats de la précédente certification. Ils sont au nombre de sept dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique Remusat se situe sur cinq étages, elle comprend :

Un bloc opératoire situé au quatrième étage, composé de quatre salles d'opération, d'une salle de réveil ; un service de prise en charge ambulatoire de sept chambres dont quatre chambres particulières au premier étage ; Trente-deux lits d'hospitalisation répartis sur les autres étages ; cinq bureaux de consultations ; un service de radiologie numérisée, une convention gère les demandes radiologiques plus importantes.

Il existe une convention avec le laboratoire permettant une activité 24h/24.

Le pilote du processus parcours au niveau institutionnel est le président directeur général et le copilote est la responsable des soins. Une fiche métier précise le rôle et les responsabilités des pilotes de processus.

L'établissement mobilise toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours patient en adéquation avec les orientations stratégiques du projet médical et du projet de soins.

Les compétences spécifiques sont identifiées et réajustées en fonction des besoins. Les remplacements sont assurés par des intérimaires qui en grande partie connaissent la structure. Le nouveau personnel est doublé lors de sa prise de fonction.

Le plan de formation prenant en compte les besoins des personnels est mis en œuvre annuellement, il est en adéquation avec les spécificités de la clinique.

Le CQGRV assure l'articulation entre les différents secteurs et le suivi des actions d'amélioration au moyen de nombreux indicateurs.

D'autres instances interviennent dans la gestion de ce processus: la commission des soins, le CLUD, la CDU, le CLIN, le conseil de Bloc, le COMEDIMS, le CLAN. Toutes ces instances se réunissent régulièrement, leurs comptes rendus sont diffusés dans l'intranet de la clinique.

Les règles de gardes et d'astreintes administratives et médicales sont définies pour assurer la

permanence des soins 24h/24h.

La responsable des soins a un rôle clé dans le processus parcours, elle est la personne ressource entre l'accueil, l'admission, les services de soins et les correspondants externes.

La responsable des soins décline la mise en œuvre des objectifs définis lors des réunions d'instances: mise en œuvre des prises en charge de populations spécifiques ,analyse partagée des FEI, suivi des tableaux de bords, indicateurs...

Des réunions de coordination quotidiennes ont lieu entre IDE, AS et la surveillante des soins.

Le dossier patient informatisé est généralisé sauf en salle de réveil. Les utilisateurs (IDE, AS, kinés) maîtrisent l'utilisation de cet outil pour assurer la continuité de la prise en charge.

La gestion documentaire informatisée est déployée dans tous les secteurs afin de mettre à disposition les procédures et protocoles élaborés.

La gestion des interfaces entre les secteurs d'hospitalisation, le service administratif, restauration, laboratoire, les cabinets de consultation des anesthésistes est opérationnelle.

Les interfaces avec le laboratoire prestataire et le cabinet de radiologie sont effectives mais ne sont pas informatisées. L'organisation des urgences vitales est formalisée, connue des personnels et la formation aux gestes d'urgence organisée.

La maintenance de l'ensemble du matériel est organisée.

Une organisation est en place pour répondre aux demandes d'interventions techniques que ce soit par le professionnel d'entretien (dans les chambres et les services) ou par des sociétés externes (ascenseur).

Les actions de communication à destination des professionnels sont organisées via le logiciel de gestion documentaire, les réunions d'instances, le journal de l'établissement. La réactivité aux événements compte tenu de la structure à échelle humaine est facilitée.

La communication est aisée entre les différents services.

Des conventions de partenariat sont mises en œuvre pour les prises en charge en réanimation, aux urgences, en radiologie, laboratoire, cardiologie, endoscopie digestive, dans les filières d'aval.

Un dispositif d'accueil 24h/24h est en place, les établissements de proximité adressant les patients en urgence différée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'actions issus des évaluations de la thématique "Parcours patient" sont diffusés aux professionnels par la responsable des soins et le service qualité.

Le projet d'établissement et le projet de service sont accessibles sur l'intranet.

Une évaluation des pratiques professionnelles a été initiée en 2016 afin de sensibiliser les soignants à ces nouvelles orientations.

La responsable des soins s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues dans les recommandations de bonnes pratiques et informe les professionnels de leurs résultats (par exemple : le sondage urinaire et la pose de cathéter périphérique...).

De nombreux protocoles ont été formalisés par les chirurgiens, appropriés par les soignants.

Le pilote, responsable des soins sensibilise les équipes soignantes aux risques propres identifiés dans le processus. Il organise au quotidien une rencontre informelle avec les soignants.

Les professionnels participent aux groupes de travail initiés à la suite de dysfonctionnements qu'ils avaient identifiés comme la prise en charge des patients en fin de vie.

Un livret concernant la prise en charge de la personne âgée (20 % des patients) dans la clinique vient d'être élaboré.

Les soignants rencontrés au cours de la visite nous ont fait part de leur satisfaction au travail, de la réelle entraide entre professionnels centrés sur le patient. Ce constat est a rapproché du faible "Turnover" déjà abordé.

Les professionnels sont également mobilisés pour l'organisation, la participation aux évaluations et la restitution des résultats. Ils sont encouragés au signalement des EI qui augmente annuellement et à la participation aux analyses, aux CREX et RMM.

L'incitation à la déclaration non punitive des événements indésirables fait partie des préconisations transmises aux professionnels par la gouvernance et la responsable des soins.

Les résultats des évaluations sont communiqués aux professionnels de terrain lors des réunions de service et au fil de l'eau par le responsable des soins, le responsable qualité, la gouvernance.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines ainsi que les compétences présentes dans les services sont en adéquation avec la charge de travail. Des remplacements sont prévus en cas de congés maladie, de formation et de congés annuels. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un programme spécifique.

Des renforts en compétences soignantes sont prévus en cas de surcharge d'activité.

Des formations spécifiques au processus parcours du patient sont proposées aux professionnels après analyse de leurs demandes et besoins. Un plan de formation annuel est formalisé, ainsi en 2016 et 2017

ont été proposées les formations suivantes: formation au risque suicidaire, urgences vitales, bientraitance, prise en charge de la douleur, hygiène, identité-vigilance, prise en charge médicamenteuse, démarche qualité...
La coordination et la sécurité des soins sont assurées. Le tableau des astreintes médicales et administratives est disponible dans les services.
Les soignants travaillent sur douze heures, ce choix leur convient pour assurer la continuité des soins auprès des patients.
Toutes les hospitalisations sont programmées et validées en concertation avec la responsable des soins, le service des admissions et les praticiens.
Les urgences différées sont admises dans l'établissement 24h/24h. Cette prise en charge tend à augmenter année après année impliquant un changement d'organisation.
Les dysfonctionnements liés à ces admissions non programmées ont fait l'objet de réajustements.
Les locaux de la clinique sont entretenus via un contrat de prestation externe. Des aménagements sont régulièrement apportés afin de moderniser la structure, dernièrement des travaux d'accessibilité ont été réalisés.
Les professionnels ont à leur disposition les matériels pour prendre en charge de façon adaptée le patient. Il en est de même pour les services d'ambulatoire et le bloc opératoire ou l'usage unique est déployé. Les matériels chirurgicaux sont récents et répondent aux besoins des praticiens et de leurs patients.
Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est adapté. Un chariot d'urgence opérationnel est disponible au cinquième étage, dans les autres services, c'est une mallette d'urgence qui est mise à disposition. Tous sont scellés et évalués tous les mois. Le personnel est formé.
Chaque service est équipé d'ordinateurs et de tablettes afin de permettre la mobilité totale du dossier patient informatisé.
Les documents utiles aux professionnels sont mis à disposition dans le logiciel de gestion documentaire. Ils ne font pas l'objet d'une réactualisation par un système d'alerte.
Le dossier patient informatisé intégrant l'ensemble des modules est déployé dans tous les secteurs d'activité sauf en SSPI.
Des conventions encadrent les modalités de partenariat avec les autres établissements et les praticiens libéraux. Ces accords de complémentarité garantissent les avis compétents et spécialisés dans l'établissement.
Une convention qui lie l'établissement est signée avec un laboratoire extérieur pour la réalisation de l'ensemble des bilans biologiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient est initié lors d'un accueil organisé et structuré que ce soit en hospitalisation conventionnelle ou ambulatoire.
La présence des cabinets d'anesthésie dans la clinique favorise la pré admission des patients.
Le dossier administratif est alors préparé en vue de l'admission. Au cours de cette première rencontre, toutes les informations concernant le séjour sont apportées au patient. Le livret d'accueil est remis; il vient d'être réactualisé et comporte toutes les informations préconisées par la réglementation.
La liste des admissions est communiquée quotidiennement aux professionnels par la surveillante des soins.
Le jour de l'arrivée du patient, le service des admissions crée son identité, ce qui permet aux soignants l'accès au dossier informatisé avec un numéro unique d'identification. La feuille de désignation de la personne de confiance est complétée et la feuille informant des directives anticipées est également remise. Les procédures d'identité-vigilance sont effectives ainsi que la pose d'un bracelet d'identification dans le service.
L'IDE accueillant le patient dans son service, se charge de renseigner la macro-cible d'entrée. L'évaluation initiale médicale de l'état de santé du patient aura été faite en amont par l'anesthésiste. On retrouve cette information dans le dossier du patient.
Les anesthésistes passent tous les jours dans les services pour rendre visite aux patients.
L'évaluation initiale paramédicale de l'ensemble des besoins du patient est réalisée à l'arrivée dans le secteur de soins (constantes, dépistages des troubles nutritionnels, escarres, risque suicidaire, évaluation de l'autonomie) et tracée.
Les patients présentant un risque suicidaire sont installés dans des chambres dont les fenêtres sont sécurisées.
Le consentement éclairé du patient et une réflexion bénéfique/risque sont identifiés sauf pour les patients entrant en urgence différée. L'information sur les bénéfices/risques est donnée et signée par le patient avant toute intervention chirurgicale.
Différents professionnels interagissent autour du patient: médecins, soignants, kinésithérapeutes... Cependant, le projet de soins personnalisé n'est pas toujours élaboré, car il n'est pas formalisé au-delà des 48 H de présence dans l'établissement (vérification des dossiers et confirmation des IDE).
Des avis extérieurs sont recherchés lorsque l'état de santé des patients le nécessite.
Des fiches de transfert inter-services permettent la coordination des soins.
Les locaux répondent aux besoins des personnes à mobilité réduite. L'établissement ne dispose pas de programme d'éducation thérapeutique néanmoins le patient est orienté vers les équipes et structures pouvant délivrer celle-ci.

La sortie est préparée et organisée avec le patient et sa famille. Les conventions de partenariats avec les services d'aval permettent d'orienter le patient s'il ne peut retourner dans l'immédiat au domicile. La surveillante des soins assure le volet social de la prise en charge. Une fiche de liaison de sortie est incluse dans le DMI. Le délai d'envoi du courrier d'hospitalisation est conforme aux exigences.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif de suivi de l'évaluation est en place. Il s'appuie sur les résultats:

- des audits (en 2017: douleur, transfusion, pilulier, bonnes pratiques au bloc opératoire, prise en charge des urgences vitales, nutrition, appel de la veille et du lendemain),
- des EPP (sondage urinaire, démarche qualité, sécurisation des transfusions, fonctionnement des vigilances, préparation de l'opéré...),
- des indicateurs IPAQSS (évaluation des risques d'escarre, délai d'envoi du courrier, dépistage des troubles nutritionnels),
- des indicateurs internes en particulier les questionnaires de satisfaction de sortie des patients,
- de l'analyse de FEI, plaintes et réclamations: en 2016, seules deux plaintes ont été recensées. Les EIG sont en progression d'une année sur l'autre témoignant la déclaration non punitive de l'erreur promue par l'établissement.
- d'audits.

L'évaluation de la thématique est périodique et continue, suivie en CME et en CQGRV.

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de ce processus sont assurés dans le cadre de la démarche qualité gestion des risques par la direction, les pilotes, avec l'appui du responsable qualité. Les professionnels sont informés des résultats et participent à ces évaluations.

Le processus du Parcours du patient est suivi annuellement dans le PAQSS et les risques prioritaires identifiés dans le compte qualité.

A / AGIR

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

Le plan d'action "PAQSS Parcours patient" est suivi par le pilote, responsable des soins, la CME et le RAQ.

Les risques identifiés dans le compte qualité pour le processus parcours ont fait l'objet d'actions d'amélioration.

Un tableau de bord d'indicateurs nationaux et internes est suivi et permet d'évaluer l'impact des plans d'amélioration et fixer de nouveaux objectifs. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

La communication des résultats de l'avancée des actions d'amélioration est réalisée en interne lors des réunions de service par les personnes ressources. Les résultats sont communiqués en interne également aux instances, diffusés dans la gestion documentaire. Un affichage des indicateurs nationaux est en place dans les secteurs de soins et à l'accueil.

Les représentants des usagers ont accès à ces informations.

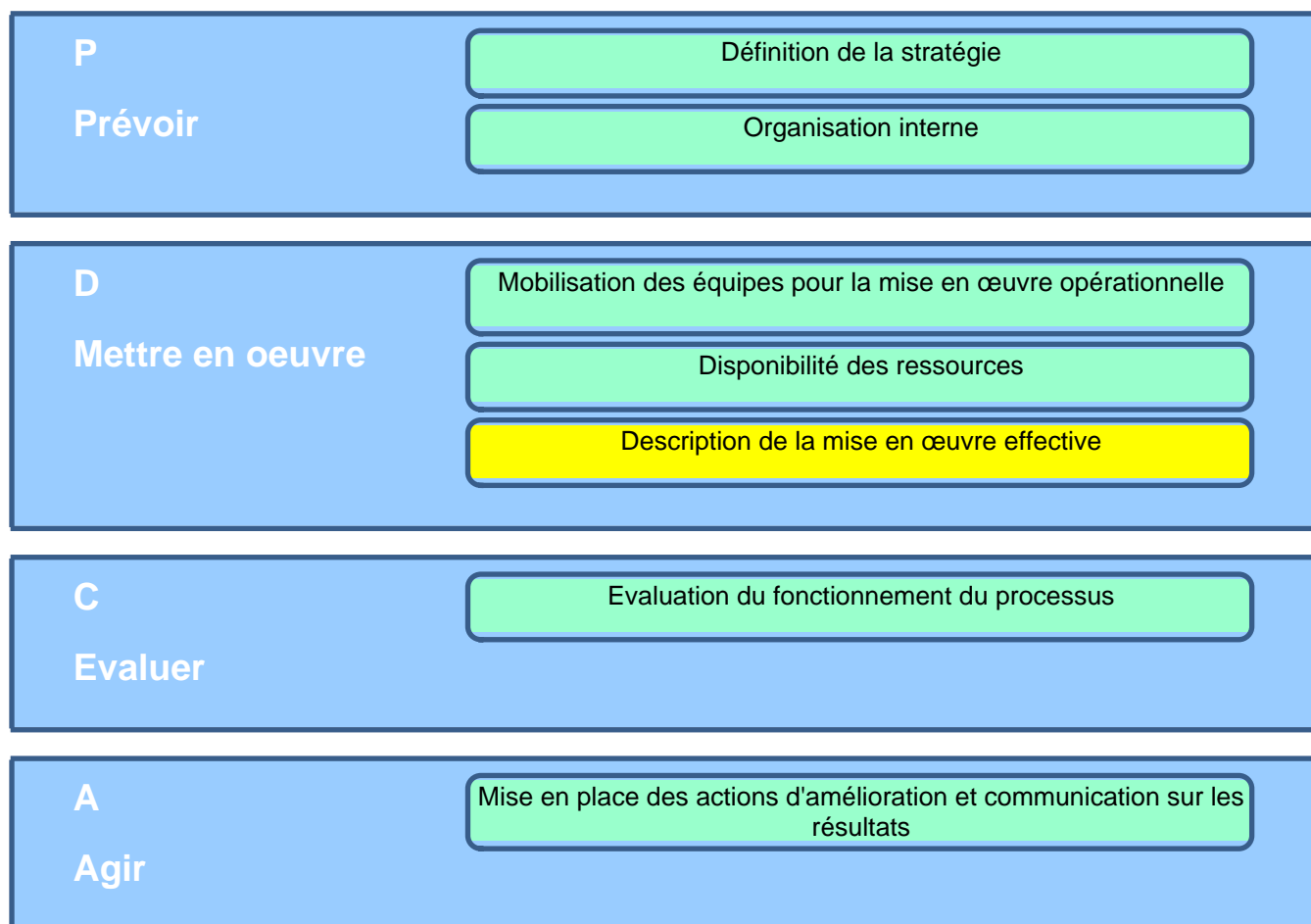
DOSSIER PATIENT

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

La clinique Rémusat a formalisé sa politique dossier patient ainsi que sa politique de sécurité du système d'information. Celles-ci sont validées annuellement par la CME, le Conseil de Bloc, la Commission des Soins, la Commission du Dossier Patient.

Une cartographie des risques est mise à jour annuellement. Les risques identifiés sont inscrits au PAQSS ainsi que dans le compte qualité. La grille de criticité est celle de l'HAS. Deux risques spécifiques à ce processus ont été identifiés dans le compte qualité associés à des objectifs et des actions mis en place pour répondre à la maîtrise de ces risques.

Le Schéma directeur vient d'être entièrement reformulé pour une période allant jusqu'en 2020 afin d'être en adéquation avec l'évolution du processus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches métier des professionnels. Le pilotage du processus du dossier patient est assuré par le médecin DIM, RAQ et GDR de la clinique. Le référent sécurité est le Président directeur général de la Clinique.

Un comité de pilotage définit les objectifs et actions à mettre en place, il se réunit régulièrement, l'enjeu étant d'obtenir une informatisation totale de l'établissement.

L'organisation opérationnelle repose sur la surveillante des soins et la surveillante de bloc qui sont quotidiennement sur le terrain.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont formalisées.

Dans les situations d'urgence de transfert d'un patient, une procédure et une fiche de liaison permettent de transmettre les informations concernant le patient aux correspondants externes.

La gestion des interfaces est organisée tant sur le plan administratif que clinique.

L'absence d'informatisation en salle de réveil nécessite le maintien d'un dossier papier en place obligeant les soignants à une vigilance accrue au regard du nombre de documents de liaison. Ces documents font aussi l'objet de recopiage (fiche de liaison papier et informatique).

Les règles d'archivage sont organisées au niveau du service des admissions, les dossiers sont archivés dans une salle au sous-sol fermée à clé et maintenus dans la clinique pendant deux ans ; au-delà c'est un prestataire externe qui prend en charge ces dossiers afin de répondre à la réglementation de conservation des dossiers médicaux.

Les règles de tenue du dossier papier et informatique sont formalisées, diffusées dans la GED informatisée et connues des professionnels.

Une charte informatique est remise à tout personnel recruté dans la clinique ; elle est signée après prise de connaissance. Cependant, les règles d'accès au dossier ne sont pas totalement sécurisées car la charte informatique ne mentionne pas la nécessité de changement de mot de passe.

Une organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est mise en place dans le cadre d'une procédure formalisée et du livret d'accueil. Les délais de transmission du dossier à la demande des patients sont conformes à la réglementation.

Les besoins en formation sont recensés lors des entretiens professionnels.

L'ensemble du personnel a été formé depuis 2016 à la mise en place du dossier informatisé.

Les ressources documentaires du dossier patient sont définies dans la GED.

La sauvegarde des données médicales des données est effective et sécurisée avec redondance sur deux serveurs. Trois prestataires externes sont en charge de la maintenance du SI avec une hotline 24h/24h pour le DMI.

L'établissement utilise le logiciel trajectoire et PRADO pour les transferts d'aval des patients.

Le laboratoire utilise un logiciel spécifique pour envoyer ses résultats en temps réel sur les postes dans les services de soins ainsi que par fax.

Une procédure en mode dégradé est en place, elle a été évaluée en 2017.

Le plan de retour d'activité en cas de dysfonctionnement du système d'information existe mais n'a pas été réactualisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La stratégie est déclinée de façon opérationnelle au sein des secteurs notamment par la surveillance des soins et la chef de bloc. Ces référentes sont impliquées dans l'organisation du déploiement du DPI et sont quotidiennement sur le terrain.

La Clinique Rémusat a déployé le DPI dans tous les secteurs d'hospitalisation sauf dans la salle de réveil.

Deux audits sur le fonctionnement du laboratoire et de l'imagerie médicale ont récemment démontré un bon fonctionnement de ces interfaces.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations par le biais d'affichages et par l'accès à la gestion documentaire.

Des actions correctives associant les professionnels sont conduites.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences (formation), le matériel (dont locaux et équipements) et la documentation (accessible) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les locaux sont adaptés et sécurisés pour respecter la confidentialité des informations.

Le médecin DIM de la clinique est impliqué dans la mise en place du DPI autant auprès des professionnels de terrain que des praticiens. L'accueil des nouveaux arrivants passe par un accompagnement et une formation à l'utilisation du système d'information.

La clinique possède un parc d'ordinateurs dans les services administratifs et d'hospitalisation ainsi que des tablettes pour l'administration des traitements ou des soins.

Les documents utiles à l'utilisation du DPI sont disponibles dans la gestion documentaire.

Un classeur regroupant toutes les consignes et pratiques du dossier informatisé et papier est à disposition en cas de panne informatique.

Les applications métiers sont installées sur tous les postes informatiques de chaque service avec des codes d'accès par profession et par identification unique du professionnel.

Une procédure dégradée assurant la continuité des soins est formalisée et connue des personnels. Une hotline permet de répondre aux problématiques techniques.

L'entretien et la maintenance sont assurés par trois prestataires externes.

Deux serveurs permettent de sauvegarder les données médicales.

A la date de la visite, seule la salle de réveil n'est pas informatisée.

Le schéma directeur prenant en compte les enjeux de l'informatisation vient d'être finalisé, néanmoins le plan de reprise d'activité ne l'est pas.

La communication et l'accès au dossier du patient sont assurés par la direction de la clinique en lien avec le service qualité et le responsable des soins.

Les conditions d'archivage respectent les règles de sécurité.

Le processus a été évalué en 2017 et des indicateurs de suivi mensuels sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier du patient est alimenté dès son entrée jusqu'à sa sortie avec une rupture informatique en salle de réveil compensée par un dossier papier.

Le logiciel d'admission-facturation est interfacé avec le DMI. Une procédure de la prise en charge administrative détaillée est à disposition des personnels de ce service.

La clinique étant une petite structure les compétences sont polyvalentes.

L'évaluation initiale est formalisée par la consultation d'anesthésie en amont de l'admission. Le passage systématique de l'anesthésiste la veille de l'intervention objective cette évaluation initiale sans toutefois être systématiquement tracée en tant que telle.

Le plan de soins réunissant les dépistages des troubles nutritionnels, escarres, scores d'autonomie est renseigné par les soignants à l'entrée du patient. Le projet personnalisé de soins au-delà de 48 h n'est pas encore incrémenté dans le DPI et n'est pas réévalué. La durée moyenne de séjour étant courte, cette obligation a été reportée. La prescription médicamenteuse est quasi entièrement informatisée ainsi que le suivi des soins paramédicaux.

Lors du passage au bloc opératoire on retrouve des documents papier tels que fiches de liaison, consignes chirurgicales post-opératoires, prescriptions pour les séances de kinésithérapies. Les prescriptions médicamenteuses et biologiques sont diligentées sur le DMI à la sortie du bloc opératoire.

Les actes et observations des kinésithérapeutes sont retrouvés dans le DMI des patients. La traçabilité des actes soignants est exhaustive.

Cependant, les éléments constitutifs de la prise en charge du patient ne sont pas systématiquement tracés en temps utile dans le dossier du patient. En effet, les anesthésistes ne tracent pas toujours leur passage dans le dossier du patient. Lors de la sortie de SSPI le score d'Aldrete ne figure pas systématiquement dans le dossier tel que constaté lors de l'investigation du patient traceur. La feuille de sortie du patient traceur n°1 est déjà signée en SSPI par l'anesthésiste et l'heure de sortie est déjà indiquée. Par ailleurs, la consultation chirurgicale et les observations de suivi ne sont pas toujours tracées dans le dossier en amont et lors de l'hospitalisation (confirmé par l'audit de dossier fait en juillet 2017). Enfin, dans le service ambulatoire, l'ensemble des documents nécessaires au suivi de la prise en charge et favorisant la coordination des professionnels extérieurs (lettre, compte rendu opératoire) ne sont pas remis au patient. Constat confirmé par le chirurgien lors de la visite et lors de l'investigation du patient traceur n°1 (chirurgie ambulatoire).

Des champs bloquants ont été introduits dans le DMI afin de rendre obligatoire la saisie d'éléments prioritaires pour la prise en charge du patient, telle que la réévaluation du traitement antibiotique. Les professionnels soignants sont sensibilisés aux risques identifiés dans le processus et utilisent le logiciel de déclaration des événements indésirables avec facilité. Les analyses de ces FEI sont visibles en temps réel permettant leur suivi.

Dans les comptes rendus de CME, on retrouve de manière systématique la sensibilisation des praticiens à tracer les observations médicales, à prescrire les consignes post-opératoires via le DMI, répondant ainsi au traitement des risques identifiés dans le compte qualité.

A la sortie du patient la fiche de liaison informatisée lui est remise avec les consignes de surveillance du traitement. Pour les patients nécessitant un centre de réadaptation ou une prise en charge à domicile, les logiciels trajectoire et PRADO sont utilisés par la surveillante des soins.

Des audits de dossier complètent ces actions.

Les instances en particulier la CME et la CQGRV assurent le suivi du pilotage de la finalisation du DPI.

Les professionnels rencontrés utilisent le DPI et documents papier demeurant nécessaires. Le mode dégradé est connu en cas de difficulté informatique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement organise des actions d'évaluation du dossier patient en recueillant les indicateurs: IQSS, TDP (prescriptions de sortie, qualité des documents de sortie) , HN, Qualhas, dossier d'anesthésie.

La clinique assure aussi le suivi de:

- L'EPP sur la bonne tenue du dossier initiée en 2013 et toujours en cours,
- CREX: trois en 2017,
- Du nombre de FEI sur la thématique du dossier patient,
- De la Commission d'identitovigilance se réunissant tous les trimestres.

L'établissement réalise régulièrement des audits sur la tenue du dossier patient et sur les plaintes et réclamations ; Elle est à l'écoute des professionnels utilisant le dossier patient (services de soins, bloc opératoire, pharmacie, secrétariats, admission, archives).

Elle analyse les résultats des évaluations et des surveillances mise en place à la suite de la réalisation de la cartographies des risques.

Elle évalue le délai de communication du dossier patient lors de la demande de celui-ci. Les demandes d'accès au dossier et les réponses sont en accord avec les délais impartis par la réglementation.

Les plans d'actions prioritaires concernant le dossier patient sont inscrits dans le Compte Qualité et suivis.

A / AGIR

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

Il existe un dispositif de suivi structuré des actions d'évaluation et d'amélioration.

Lors de la visite, les risques identifiés sur ce processus étaient toujours d'actualité et faisaient l'objet d'actions récurrentes auprès notamment des praticiens de l'établissement.

L'outil DPI n'étant pas totalement déployé, il nécessite une appropriation globale de tous les intervenants.

Le travail de sensibilisation auprès des praticiens est en cours et les résultats commencent à être probants avec une amélioration des indicateurs spécifiques.

Les actions d'amélioration sont inscrites dans le PAQSS et dans le CQ au regard des différentes évaluations réalisées.

La communication et la diffusion des résultats et actions d'amélioration sont assurées par l'encadrement et disponibles dans la GED ainsi qu'au niveau des instances dont la CME.

Ces résultats sont transmis aux professionnels ainsi qu'aux usagers dans le cadre de la CDU.

Des affichages dans les services complètent l'information de ces résultats.

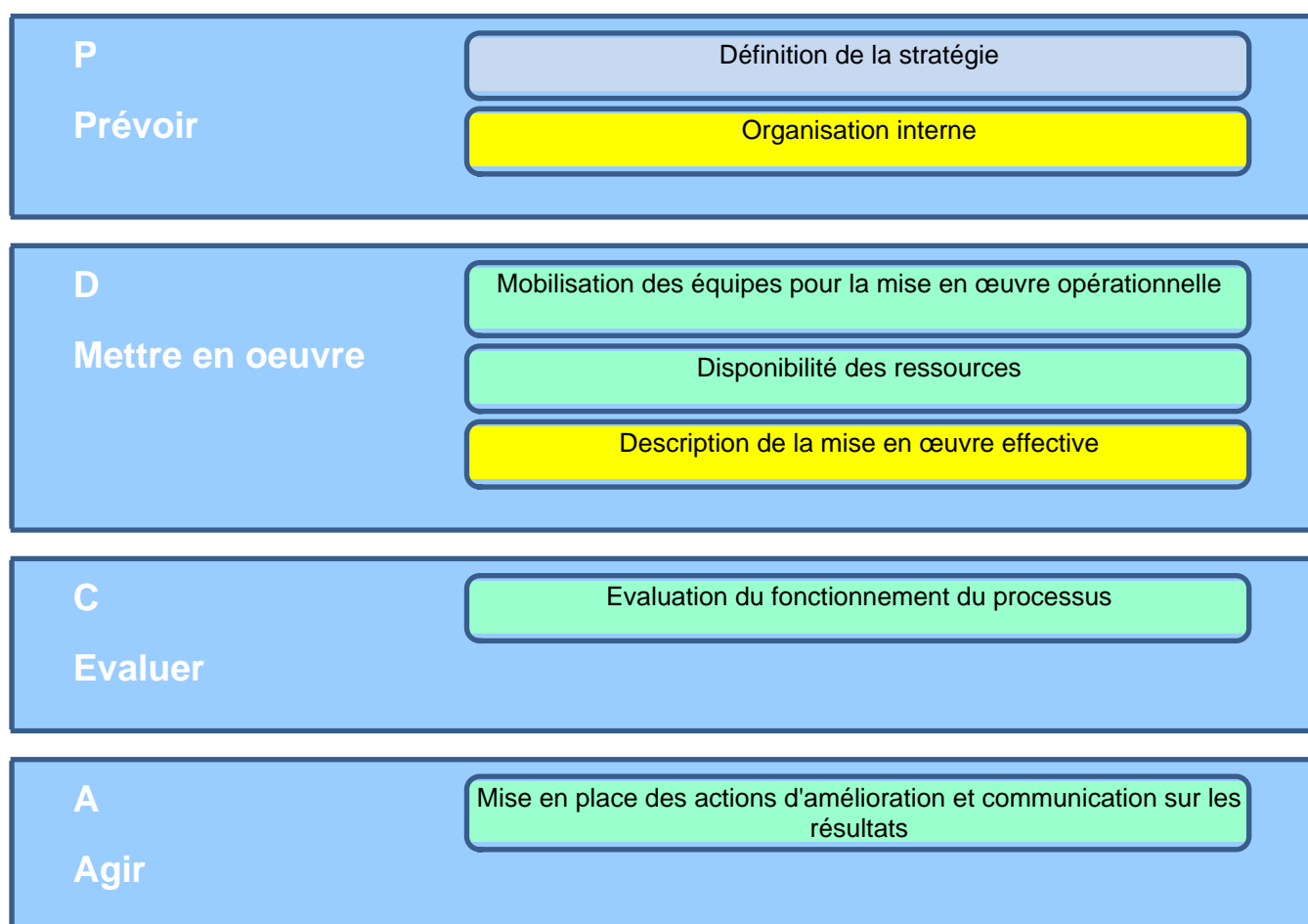
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Rémusat a formalisé sa politique management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans un sous chapitre (intitulé la pharmacie et le circuit du médicament) de son projet d'établissement pour la période 2016-2020 présenté lors de la CME de décembre 2016 , soumis à l'avis de la CME lors de la séance du 15 mars 2017 et approuvé par le conseil d'administration lors de cette séance.

Cette politique aborde les objectifs, les actions mises en œuvre, l'évaluation, le comité du médicament et la pharmacovigilance, la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Le COMEDIMS est en place et se réunit 3 fois par an ; ces objectifs principaux sont définis (promouvoir une politique de choix commune à l'ensemble des prescripteurs, politique générant elle-même une politique de prescription, de dispensation, d'achat et d'approvisionnement)

La pharmacie a élaboré un projet de service (Version 2 du 01.06.2017) définissant les objectifs prioritaires pour les années 2017 et 2018.

Les risques à priori de la prise en charge médicamenteuse ont été répertoriés dès 2007 ; cette cartographie des risques a été réévaluée régulièrement notamment en 2017 en groupe pluridisciplinaire.

L'analyse à postériori du processus prise en charge médicamenteuse alimentant la cartographie des risques a été élaborée collectivement sur la base réglementaire, les événements indésirables, les résultats d'audits, les RMM.

Les risques identifiés en groupe à toutes les étapes du processus ont été priorisés selon la méthodologie HAS. Les risques les plus critiques et les moins maîtrisés apparaissent dans le compte qualité; ils sont assortis de plans d'action systématiques définis en termes de responsabilités, d'échéancier et de suivi. Les plans d'actions notés dans le compte qualité ont presque tous été finalisés lors de la visite.

Le programme d'action pour la prise en charge du médicament est intégré dans le PQASS institutionnel global révisé et validé à chaque CME soit trimestriellement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à la pharmacienne qui s'appuie sur le gestionnaire des risques (lui-même, DIM et responsable qualité) et l'attachée qualité.

Le gestionnaire des risques est responsable du management de la qualité du circuit du médicament.

Les missions de pilotage et de responsable de la prise en charge médicamenteuse sont formalisées respectivement dans une lettre et une fiche de mission.

Le référent antibiotique est un infectiologue qui intervient régulièrement.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires.

La pharmacienne est présente tous les matins du lundi au vendredi.

Il existe une formation annuelle sur la thématique médicamenteuse (2016 et 2017) avec un retour d'audit sur les piluliers en 2017. Les nouveaux arrivants sont accueillis lors d'une réunion d'accueil avec remise d'un livret d'accueil. La pharmacovigilance est assurée par la pharmacienne. La liste des prescripteurs est disponible à la PUI. La gestion documentaire est informatisée, les procédures sont actualisées.

Le manuel qualité (version 2 en modifiée en juillet 2016) décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de la clinique Rémusat. Il s'applique à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient et concerne toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans cette prise en charge.

Il est complété de procédures et instructions (gestion du traitement personnel, broyage des médicaments, dispensation des médicaments, gestion des armoires à pharmacie, prescriptions et administration des médicaments, insulinothérapie, protocole KCL injectable...)

La prise en charge médicamenteuse étant informatisée, le support de prescription - administration est unique pour tout l'établissement (ce que confirme les indicateurs numériques), la totalité des lits de l'établissement étant informatisée excepté en SSPI où les prescriptions et l'administration sont tracées sur papier. Cependant, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas toutes définies car il n'y a pas de liste de médicaments à risque et dès lors qu'un patient nécessite un traitement de type médicament à risques (exemple : anticoagulant) qui n'existe pas dans la dotation il est prescrit nominativement ; la boîte de médicament n'est pas clairement identifiée comme médicament à risque dans l'armoire du service afin d'être distribué pour le patient.

Des avis et alertes pharmaceutiques peuvent être donnés par la pharmacienne. L'analyse pharmaceutique est effective pour l'ensemble des prescriptions. La validation du traitement se fait après l'analyse pharmaceutique du traitement. La pharmacienne a un accès au dossier patient ainsi qu'aux résultats biologiques. La conciliation médicamenteuse est largement engagée.

La permanence pharmaceutique est organisée : une dotation pour besoins urgents est effective dans une armoire sécurisée située dans le bureau de la cadre de santé au rez de chaussée.

Une procédure d'accès à cette réserve de pharmacie en dehors des heures d'ouvertures de la PUI est formalisée, disponible dans la gestion documentaire informatisée et connue des professionnels.

La gestion des médicaments thermosensibles est organisée (stockage, transport, contrôle de température des réfrigérateurs à la PUI et dans un service avec max / min et au bloc contrôle continu par disque). Il n'existe pas de documentation à l'attention des patients (livret AVK, insuline) mais les IDE effectue une information lors de la délivrance des traitements.

La gestion du stock est informatisée. En dehors des heures d'ouverture de la PUI, les livraisons sont stockées dans un lieu dédié.

La gestion (commande , stockage , traçabilité) des DMI est assurée par la cadre de bloc.

Il existe une liste générique des classes thérapeutiques à haut risques chez la personne âgée mais pas de liste spécifique pour l'établissement.

Les locaux de la PUI sont sécurisés. Les salles de soins sont fermées à clef.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En interne, la livraison dans le secteur d'hospitalisation ainsi que le retour des produits périmés est organisé et géré par le pharmacien.

Les interfaces entre la pharmacie et les services de soins sont opérationnelles et facilitées par le logiciel métier qui permet la coordination et la continuité de ces interfaces.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels transversaux et spécifiques aux secteurs sont établis en déclinaison du programme d'action du processus inscrit dans le compte qualité.

Les professionnels sont impliqués et ont participé à l'identification et à la priorisation des risques, ils sont sensibilisés à la prévention des erreurs médicamenteuses par le pharmacien et la responsable des soins (formation en 2016 et 2017).

Tous les protocoles et procédures ont été présentés au service et sont consultables sur la gestion documentaire informatisée.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par la réalisation d'audits, de contrôle (par exemple EPP des piluliers), ils informent les professionnels de leurs résultats.

Des mesures sont mises en place pour favoriser la déclaration interne des événements indésirables (procédure de déclaration d'événement indésirable et rappel aux personnels par l'encadrement et le gestionnaire des risques).

L'analyse des événements indésirables est pratiquée avec retour aux professionnels à la fois oral, sur la GED, et lors des réunions de service.

Des retours d'expérience sont réalisés régulièrement à partir d'événements indésirables ainsi que des RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles en pharmacie et dans les secteurs de soins. Le maintien des compétences est assuré par la mise en œuvre de formations régulières.

La gestion documentaire est actualisée et disponible des professionnels. Elle comprend de nombreuses procédures complétant celle du circuit du médicament.

Des guides et recommandations sont également disponibles : livret thérapeutique, VIDAL.

Le livret thérapeutique du médicament est écrit et a été validé par le COMEDIMS en 2017. Des listes de dotation définissent la composition des lieux de stockage.

Un médicaments à risque (fer injectable) est identifié dans les armoires des services « médicament à risque » . Le KCL est uniquement disponible dans le chariot d'urgence et identifié comme médicament à risque.

Les professionnels de santé assurent l'information sur le bon usage des médicaments. La surveillante distribue des flyers sur les anticoagulants et les insulines. Elle explique personnellement au patient les modalités du traitement et la conduite à tenir pour bien gérer les traitement à risque.

Les ressources matérielles et équipements sont adaptés pour la réalisation de l'activité. La PUI située au sous sol est dispatchée dans plusieurs locaux exigus peu fonctionnels. Les services sont équipés d'armoire de stockage, de chariots équipés d'ordinateurs portables, d'un chariot d'urgence et de réfrigérateurs permettant la conservation des médicaments thermosensibles. Les réfrigérateurs des unités de soins sont pourvus d'un système de contrôle et de sécurité (enregistrement). Tous les dispositifs de rangement de médicaments disposent d'un mode de fermeture assurant la sécurité y compris les coffres de toxiques.

La gestion des stocks est informatisée (prescription, commande, traçabilité, suivi de processus).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels respectent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge médicamenteuse du patient. Les professionnels connaissent et utilisent la gestion documentaire informatisée.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie du patient. Le traitement personnel est prescrit dans le dossier informatisé des patients. Il est retiré au patient, mis en quarantaine dans l'armoire à pharmacie du service et restitué à la sortie. La traçabilité est assurée dans le dossier patient. La prescription respecte les dispositions réglementaires, ce que confirment les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins. Elle est presque totalement informatisée (exceptée en SSPI) comme le montre l'indicateur HN. L'analyse pharmaceutique quotidienne est rendue possible par l'accès du pharmacien au dossier du patient. Elle inclut le traitement personnel du patient. La validation pharmaceutique est réalisée le matin pour tous les traitements du lundi au vendredi. La dispensation est globalisée (deux fois par semaine) dans toutes les unités et nominative pour les médicaments hors dotation ; le service de soin (IDE) confectionne en soirée les piluliers nominatifs pour le lendemain à partir de la dotation globale et des ordonnances nominatives pour les produits hors dotation.

Le stockage des médicaments en pharmacie et dans les services respecte les règles de bonnes pratiques. Le transport est assuré par des caisses scellées, la pharmacienne s'occupe personnellement du transport des stupéfiants; ceux-ci sont stockés dans des coffres sécurisés à la PUI, dans chaque unité ainsi qu'au bloc ou chaque anesthésique a son coffre à stupéfiant personnel. Les armoires de stockage, chariots d'urgence et réfrigérateurs sont vérifiés à périodicité régulière en recherche des péremptions. Cependant, les modalités assurant la sécurisation de dispensation ne sont pas toujours assurées car l'armoire de réserve médicamenteuse est sécurisée mais placée dans le bureau de la responsable des soins qui est rarement fermé; de plus le chariot de distribution des médicaments n'est pas sécurisé (simple chariot mobile ou les piluliers sont simplement posés dessus) pouvant influencer sur la sécurisation de l'administration. Ce dernier écart a été pris en compte par l'établissement lors de la visite et corrigé avec un mode de distribution sécurisé.

L'administration est tracée en temps réel dans le dossier; les pratiques d'administration des médicaments sont conformes: vérification de l'identité du patient, l'information est tracée sur le support de prescription et le prescripteur et le pharmacien en sont informés. Les patients présentant des troubles de la déglutition sont pris en compte et il existe des règles et du matériel adapté pour l'écrasement des médicaments.

L'information du patient sur son traitement et le bon usage du médicament est assurée par le médecin et l'IDE.

Les interfaces sont opérationnelles, notamment entre la pharmacie, les secteurs de soins et la qualité.

Le COMEDIMS se réunit régulièrement environ 3 à 4 fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre.

Des évaluations régulières sont réalisées : audit interdiag , audit anap unité de soin et bloc opératoire ; nombre de RETEX, audit traitement personnel , audit traçabilité des DMI , rapport d'étape du CBUM 2014 , 2015 , 2016.

Deux EPP sont menées sur le processus (préparation des piluliers en étape 5 : réévaluation de l'antibiothérapie avant la 72 ème heure en étape 4).

Les indicateurs nationaux et internes sont suivis : indicateur HN, nombre de CME, ICATB, indicateurs IPAQSS, nombre de FEI, nombre d'analyse d'EI, suivi des dépenses pharmacie et prothèse et nombre de DMI.

Ces différentes évaluations permettent d'identifier de nouvelles actions d'amélioration.

A / AGIR

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

L'établissement a mis en œuvre les actions d'amélioration prévues dans le compte qualité aux échéances définies. Les plans d'actions définis dans le compte qualité (informatisation quasi complète, mise en place de l'armoire d'urgence) ont été en grande partie finalisés au moment de la visite.

C'est le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient qui s'assure régulièrement du suivi du plan d'action, de la réévaluation du taux de maîtrise du risque et de la mise à jour de la cartographie.

Des supports et modalités de diffusion des résultats sont établis. En interne, la communication est assurée par le biais du logiciel documentaire, des réunions de service. L'information des professionnels est aussi assuré directement (facilité du fait de la petite dimension de l'établissement) par la pharmacienne et le responsable du management de la PECM.

L'information vers les usagers est assuré par l'affichage des résultats des indicateurs, le livret d'accueil, la CDU.

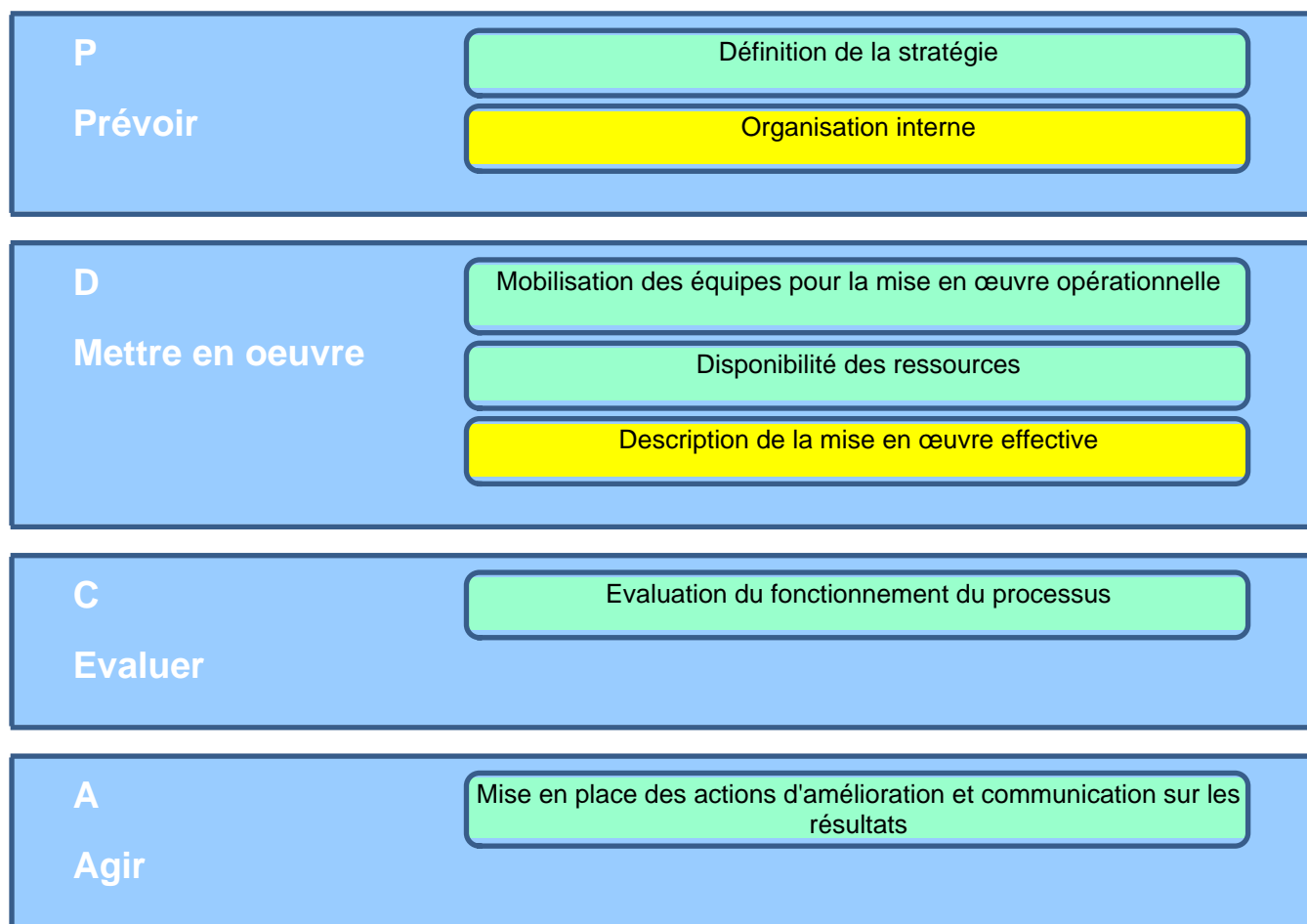
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans la clinique Rémusat, l'activité opératoire se déroule sur un site central de 3 salles d'opération fonctionnelles (la 4^e salle n'est pas utilisée).

Deux salles sont réservées à l'activité orthopédique prothétique, la 3^e pour les autres interventions en orthopédie (les ablations de matériel, les hallux valgus ...) et la chirurgie esthétique et plastique.

Les actes sous radiologie interventionnelle sont réalisés dans le bloc opératoire.

L'activité ambulatoire est intégrée au site central avec un secteur d'hospitalisation dédié de 5 postes.

Le bloc reçoit les patients des services d'hospitalisation complète, du secteur ambulatoire ainsi que des urgences. En effet, la clinique Rémusat n'a pas d'autorisation administrative pour l'accueil des urgences, mais elle en reçoit un certain nombre via les établissements hospitaliers du secteur ou adressées par des praticiens correspondants.

Ses spécialités principales sont l'orthopédie, la chirurgie vasculaire (varices), le chirurgie esthétique et réparatrice, l'ORL.

En post opératoire les patients sont surveillés dans une salle de soins post interventionnelle avec 5 postes de surveillance. (4 postes utilisés sur 5).

La politique formalisée du bloc opératoire s'intègre de façon transversale au travers du projet d'établissement 2017 - 2020.

La politique du bloc et celle de la chirurgie ambulatoire sont validées par les différentes instances (CME, Conseil de bloc), révisée annuellement et diffusée par le biais de réunions, d'affichage et de publication dans le journal d'établissement.

Cette politique (avril 2017) a pour objectifs de contrôler les risques identifiés en rapport avec :

Les infections du site opératoire, les risques liés aux dispositifs médicaux implantables et leur traçabilité, le bio nettoyage des locaux, la stérilisation des matériaux, la qualité de l'eau et de l'air.

Elle prend en compte les orientations en matière de chirurgie ambulatoire, les politiques régionales fixées par l'ARS dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens et les attendus des décrets sur la maîtrise des risques dans le management de la qualité et de la sécurité de l'établissement.

Les objectifs principaux du processus organisation du bloc opératoire sont d'une part l'amélioration continue de la qualité et, d'autre part, l'optimisation et l'efficacité de l'organisation.

D'autres objectifs ont été définis en lien avec l'analyse des besoins, l'analyse des risques et leur hiérarchisation.

En effet, à partir des analyses à posteriori du traitement des événements indésirables, des retours d'expérience, des dysfonctionnements et en lien avec les spécificités du plateau technique (cartographie) l'établissement a identifié ses besoins et déterminé ses risques au niveau du bloc opératoire.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins au bloc et en chirurgie ambulatoire. (PAQSS). L'établissement s'est ainsi engagé dans un programme d'actions d'améliorations, formalisé et priorisé.

Le compte qualité précise pour chaque action, les modalités de suivi, les responsabilités, leur planification dans des délais fixés.

Des plans d'actions préventifs et de surveillance ont été établis pour les principaux risques.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie dans la charte du bloc opératoire et dans la charte de fonctionnement de l'unité d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire. L'engagement de la direction y est stipulé.

Les chartes décrivent le processus de prise en charge au bloc opératoire en précisant les règles de management, de programmation, de régulation, les règles d'hygiène et de sécurité.

La charte de fonctionnement du bloc est validée par le conseil de bloc. Elle établit les responsabilités, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, ainsi que les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires, les règles de comportement. Elle est actualisée et diffusée aux professionnels.

Cependant, les règles pour la prise en charge des enfants et des urgences ne sont pas définies et formalisées, ni dans la charte de fonctionnement du bloc, ni dans le projet du service bloc opératoire 2017-2019. Par ailleurs, les professionnels assurent les interventions pour les enfants de plus de 3 ans mais les règles pour sécuriser cette prise en charge spécifique ne sont ni décrites ni formalisées.

Le rôle et les responsabilités des professionnels impliqués dans le management de la qualité et de la sécurité au bloc opératoire et sa mise en œuvre sont identifiés : pour le bloc, un médecin anesthésiste et la surveillante du bloc et pour l'unité de chirurgie ambulatoire, un médecin anesthésiste.

Ils sont membres du CQGRV et du conseil de bloc. La responsable du bloc est identifiée. Le second est désigné.

Leurs missions sont définies et formalisées dans des lettres de mission.

Ils assurent le suivi des plans d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

Les modalités de la coordination entre les programmes opératoires et les patients programmés en chirurgie ambulatoire sont définies pour permettent d'optimiser et de sécuriser cette prise en charge.

La mise à disposition en temps utile des ressources humaines, matérielles, logistiques et documentaire est ainsi organisée.

Les ressources humaines nécessaires au regard des missions et des risques sont définies (les effectifs paramédicaux, compétences) (bloc/SSPI et UCA) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation.

La surveillante de bloc, désignée par la direction de la clinique est responsable de l'organisation du secteur opératoire et anime la politique qualité au bloc. Le conseil de bloc opératoire se réunit régulièrement.

Les objectifs de formations et compétences sont définis en prenant en compte les besoins du plateau technique, principalement sur les compétences.

Des formations pour le personnel du bloc sont prévues dans le plan de formation d'autres sont réalisées. (Conduction autoclave, radioprotection). En revanche, le plan de formation ne prévoit de formation régulière sur la prise en charge des patients en ambulatoire pour les professionnels. En effet, l'équipe médicale, paramédicale et administrative n'est pas régulièrement formée à la chirurgie ambulatoire avec une connaissance du rôle de chacun. Les modalités de recrutement et l'adaptation/intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies (Période de tutorat).

Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire. Les professionnels sont associés à la conception et à la gestion des procédures. Cette gestion documentaire est intégrée à celle de l'établissement.

En chirurgie ambulatoire, les procédures sont adaptées à ce mode de prise en charge (procédure d'information pré/post-opératoire du patient, procédure d'appel de la veille/du lendemain). Elles sont accessibles sur le logiciel. Pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements des plans de maintenance, programme de travaux, programme d'achats sont organisés.

Le service de chirurgie ambulatoire est aisément identifiable et dispose de moyens dédiés en locaux et matériels.

Les principales zones du bloc sont définies (circulation, stockage, intervention) ainsi que les règles de circulation et d'habillage dans les différentes zones.

Les ressources matérielles sont adaptées, la maintenance préventive et curative est assurée.

Le matériel a été renforcé par l'achat de nouveaux respirateurs à circuit fermé, de moniteurs de surveillance, de matériel pour le traitement de la douleur (PCA), de systèmes de réchauffement.

Le système d'information (SI) au bloc est informatisé sauf pour la SSPI. Il existe des procédures de fonctionnement en mode dégradé et de retour à la normale. Les informations concernant la surveillance du patient sont tracées sur un dossier papier.

Les interfaces sont opérationnelles entre le bloc le SSPI et le service de chirurgie ambulatoire. Cependant, la régulation des activités du bloc opératoire ne permet pas totalement de garantir le respect de la programmation du patient. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient entre le bloc opératoire et le service ambulatoire n'est pas totalement organisé.

Les flux de patients ne sont pas identifiés. La gestion des flux en ambulatoire n'est pas organisée ; les patients arrivent donc en même temps au bloc ce qui entraîne désorganisations, dysfonctionnements au bloc, retards, décalage des interventions, allongement du programme et de l'attente pour le patient, ce que confirme le patient traceur.

Les pratiques actuelles consistent à ajouter les urgences orthopédiques dans le programme, ce qui entraîne des décalages et du retard dans le programme prévu, une désorganisation du bloc.

De plus, les urgences peuvent être différées et reportées au lendemain ce qui retarde l'intervention du patient et ne permet pas de sécuriser la prise en charge des patients.

Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont organisés en prenant en compte les risques : Sas de transfert de patients avec un brancardier, transport du matériel dans des conditionnements hermétiques, décartonnage dans une salle spécifique.

Les mesures pour assurer la qualité et la sécurité du patient sont prévues : Les modalités de bio nettoyage sont formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins le management de chaque secteur, chirurgie, bloc, ambulatoire, organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'actions.

La cadre de bloc et celle de chirurgie communiquent oralement auprès de leur équipe sur la politique de management de la qualité et de la sécurité commune au niveau du bloc de la SSPI et du service ambulatoire, sa mise en œuvre et son évolution.

Elles impulsent une démarche d'amélioration. Des plans d'action et objectifs opérationnels sont mis en œuvre.

Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs et/ou par les dysfonctionnements et événements indésirables.

Il en découle des analyses des événements indésirables, des plans d'actions et des retours d'expérience. Les équipes connaissent partiellement les risques identifiés et les objectifs en matière de qualité et de sécurité au bloc et en ambulatoire, elles participent à l'élaboration des protocoles, à la déclaration des FEI et aux EPP. Au regard des résultats, des actions correctives sont identifiées par les professionnels qui sont aussi associés au choix des actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En ce qui concerne les ressources en compétences, les effectifs sont suffisants. Les professionnels du bloc en poste sont formés. Le personnel employé en stérilisation est formé.

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés.

Pour l'ambulatoire, les procédures sont disponibles, accessibles, à jour, actualisés. Par contre, les pratiques professionnelles ne s'appuient pas toujours sur des procédures actualisées. Il y a de nombreuses procédures au bloc mais elles ne sont pas toutes actualisées comme celles pour les préparations des interventions. Cela pourrait générer du retard dans le déroulement de l'intervention si tout le matériel n'est pas en salle et un allongement de l'intervention avec une prolongation du temps d'anesthésie pour le patient. Ce qui n'a pas été constaté lors de la visite.

Les équipements/matériels en panne sont remplacés. L'approvisionnement (matériels, linge, médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins) permet de répondre aux besoins et à l'activité (activités programmées ou non programmées, population particulière de patients comme les enfants).

Un matériel d'urgence vitale adulte et enfant est disponible.

Le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond aux besoins.

Le service ambulatoire prend en compte les risques et la réglementation.

Les locaux du bloc / SSPI, vestiaires et salle de rangement du matériel sont exigus. Une partie des vestiaires est à l'étage inférieur.

Les enregistreurs de pression différentielle pour les 3 salles d'opération assurent le suivi en continu des surpressions, de la température et de l'hygrométrie ; les portes sont étanches.

Le logiciel permet la planification et la programmation des interventions, les prescriptions médicales. Cependant, il n'est pas partagé par la SSPI.

Le dossier d'anesthésie est sous format papier pour tracer les données de surveillance du patient. L'installation du logiciel en SSPI est programmée pour décembre 2017.

La sortie du patient de la SSPI est validée avec l'anesthésiste.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, mais des réunions communes entre le bloc et l'ambulatoire ne sont pas organisées et formalisées.

Le projet de service traduit les objectifs institutionnels en plans d'actions d'amélioration spécifiques au secteur. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients).

La traçabilité est assurée.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôles en salles opératoires (registre d'ouverture de salle), identification des patients, fiches de préparation de chaque intervention (installation, matériel), traçabilité des DM implantés et des actes opératoires.

La planification des vacances (entre spécialités, entre chirurgiens ou autres opérateurs) est effective ainsi que la validation du programme par la cadre de bloc avec l'anesthésiste.

Les professionnels disposent des informations concernant le patient nécessaire à sa prise en charge (dossier du patient, dossier d'anesthésie, prescriptions, préparation ...).

Le programme opératoire est accessible aux professionnels (lieu d'affichage respectant la confidentialité des données) et lisible (rajouts, annulations des interventions).

Il est régulé au quotidien par la responsable du bloc. Les dysfonctionnements (déprogrammations, retards) sont suivis, analysés en conseil de bloc ou en réunion et donnent lieu à des actions. Le conseil de bloc se réunit à périodicité définie. La cadre est désignée pour réguler les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens humains et matériels dans le cadre du programme opératoire, assure la coordination et le respect des règles de la charte de bloc et dispose de la maîtrise des moyens et des informations nécessaires pour remplir sa mission.

Un coordinateur médical est désigné (Un anesthésiste).

L'identification des patients au bloc opératoire est conforme à la procédure institutionnelle et en relation avec la mise en place de la check list. La check list "sécurité du patient au bloc opératoire" est mise en œuvre et tracée, ce que confirme l'audit interne: la check-list est retrouvée dans 90% des interventions et elle est complétée, la plupart du temps, par une infirmière. En revanche, lors de la visite du bloc, le "stop and go" n'a pas été réalisé, ce qui ne permet de sécuriser la prise en charge du patient. La construction de l'audit interne n'a pas permis d'évaluer la participation active de l'équipe au complet, ainsi que l'existence d'un "stop and go".

La traçabilité de stérilisation, de conservation des médicaments et de l'utilisation des produits sanguins est assurée.

Les modalités de bio nettoyage sont mises en œuvre, tracées et vérifiées. La gestion des déchets et du

linge est assurée. Les contrôles de l'air, des gaz de l'eau et des surfaces sont réalisés tracés selon les procédures de l'établissement et en adéquation avec la réglementation.

La gestion des EI est effective.

En chirurgie ambulatoire des actions sont tracées :

- Comme l'analyse et le traitement de la prise en charge du patient,
- l'appel des patients à J-1 (rappel des consignes ..)
- les vérifications (médicales et administratives) réalisés conformément à la procédure en place sont tracés dans le dossier.

La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies, le jeune, la douche pré opératoire, le dossier, la check list, la fiche de liaison entre le service et le bloc , la fiche entre la SSPI et le service sont des transmissions tracées sur papier.

Cependant, la signature par les anesthésistes des autorisations de sortie de SSPI est parfois anticipée. La feuille de sortie du patient traceur en chirurgie ambulatoire est préalablement signée en SSPI par l'anesthésiste et l'heure de sortie est déjà indiquée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes de processus assurent l'évaluation et le suivi périodiques du dispositif de maîtrise du risque.

Le contenu du tableau de bord des indicateurs comprend :

- Des indicateurs quantitatifs, nombre de séjour en ambulatoire, nombre d'appels de la veille et du lendemain, nombre d'intervention au bloc etc...
- Des indicateurs qualitatifs : tenue des dossiers d'anesthésie DAN, audit de remplissage de la check list, audit sur le vécu du patient au bloc (octobre 2017), audit des pratiques réalisation de la check list (octobre 2017), enquête de satisfaction des patients en ambulatoire.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances (conseil de bloc, des réunions de direction).

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points critiques nécessitant une surveillance particulière.

Le bilan d'activité est réalisé et un plan d'action est constitué.

A / AGIR

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

Suite aux résultats des évaluations ou à l'analyse des FEI des actions d'amélioration sont en place.

En effet, suite à l'audit de fonctionnement du bloc, un bilan des écarts sur les circuits et les activités au bloc opératoire a été fait et un plan d'action décidé (20 novembre 2017).

Le suivi des scores permet aussi de mettre en place des mesures correctives.

Le suivi en RETEX de ces actions conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Elles sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Des supports et des modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est assuré pour les professionnels (logiciel, lettre interne) et aux usagers par la CDU.