



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI

**215 avenue marechal Iyautey
83700 Saint Raphael**

JUIN 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	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
4. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	13
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	20
DOSSIER PATIENT	26
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	37

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI	
Adresse	215 avenue marechal Iyautey 83700 Saint Raphael
Département / région	VAR / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830000170	SA CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI	215 avenue marechal Iyautey 83700 ST RAPHAEL
Etablissement de santé	830100418	CLINIQUE NOTRE DAME DE LA MERCI	215 avenue marechal Iyautey 83700 Saint Raphael

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	30	7

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. 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.

3. 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.

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Femme 67 ans	Chirurgie orthopédie	prothèse totale de hanche			MCO
2	Homme	Chirurgie ambulatoire	coloscopie de dépistage			MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

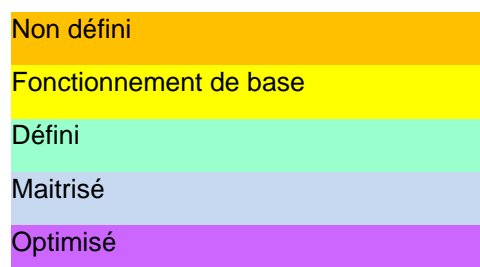
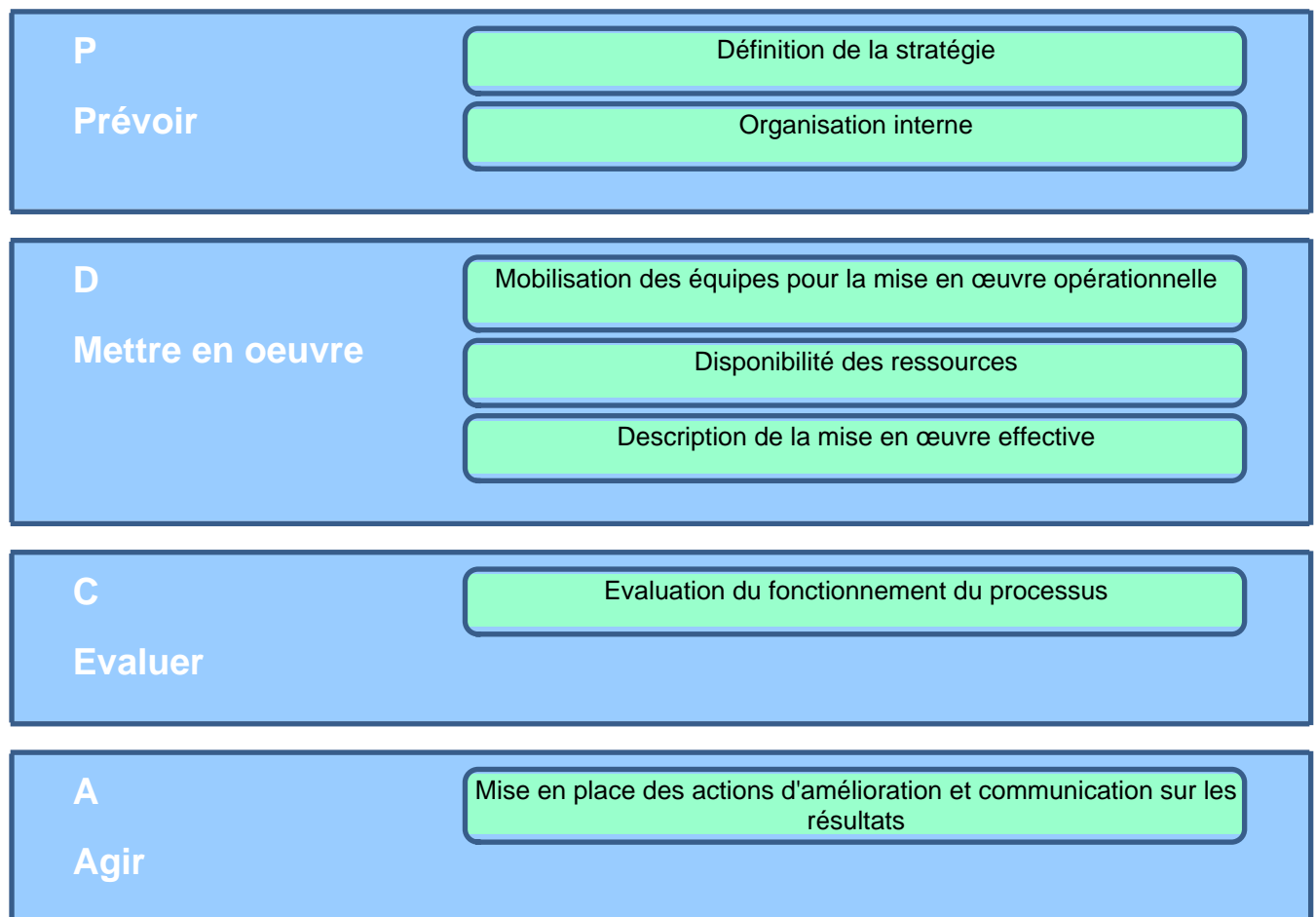
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins (MQR) de la Clinique Notre Dame de la Merci est inscrite dans le projet d'établissement 2017-2021 et est portée par le management. Elle intègre notamment la stratégie EPP par une commission EPP au sein de la CME, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

La Clinique s'est mobilisée dans l'évaluation structurée des risques a priori par la réalisation des cartographies des risques des différents processus et la détermination des actions du processus MQR dans le Compte Qualité. Pour le processus « Management qualité et gestion des risques », cinq actions prioritaires ont été retenues et intégrées dans le Compte Qualité.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prend en compte l'ensemble des éléments attendus. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

Un système de déclaration des événements indésirables est déployé, la FEI existe sous forme papier.

Le risque transfusionnel est assuré par un hémovigilant (pharmacien biologiste) et un Csth composé de l'hémovigilant et de deux médecins anesthésistes. Les commandes de produits sanguins se font avec l'EFS de Cannes.

Quatre représentants des usagers participent à la CDU. Les représentants des usagers sont informés de la démarche qualité et de gestion des risques et du système de gestion des plaintes et réclamations à chaque réunion de la CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du processus « Management qualité et gestion des risques » est assuré par la directrice (Sœur B), la directrice adjointe et le président de CME (médecin anesthésiste). Le pilotage opérationnel est effectué par la directrice adjointe (ancienne RAQ) et la RAQ. La responsable administrative (ancienne secrétaire qualité) apporte sa contribution dans la formalisation des documents. Les missions des pilotes du processus sont formalisées dans une fiche de poste.

Le programme qualité et gestion des risques ainsi que le Compte Qualité sont validés et suivis par le Comité de pilotage COPIL qui intègre la coordination des vigilances et est composé de la directrice, la directrice adjointe, le président de CME, le médecin DIM, la TIM, le pharmacien gérant (président du CLIN et du COMEDIMS, pharmacovigilant, infectiovigilant), le pharmacien adjoint, le responsable du bloc opératoire, le responsable technique, le responsable de la stérilisation (également biomédical et matériovigilant), la RAQ (coordonnateur gestion des risques associés aux soins et identitovigilant), un représentant des usagers, 2 IDEs représentant les soins et le responsable des soins.

Le management déploie une stratégie pour sensibiliser les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins par des formations, par l'implication des professionnels dans des missions transversales (hygiène, douleur, EPP). La directrice adjointe et la RAQ ont été formées à la méthode du patient traceur et dispensent cette formation auprès des professionnels de la clinique.

Un Comité des EI, créé récemment, traite et analyse les EI à fréquence mensuelle.

La gestion documentaire (GED) est informatisée. La gestion documentaire est complètement informatisée (pas de classeurs de protocoles papier dans les services). Seuls les modes dégradés, le plan blanc et quelques documents stratégiques tels que le projet d'établissement et la politique qualité sont également sous format papier. Les procédures et protocoles de plus de 2 ans sont révisés. Des comptes rendus des instances, des indicateurs IQSS, des plans de formation sont également disponibles dans la gestion documentaire.

L'information des professionnels sur la démarche qualité se fait via les réunions, la GED, des panneaux d'affichage dédiés et des bulletins d'information qualité édités au minimum trimestriellement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service sont chargés du déploiement opérationnel dans les services avec le soutien de la RAQ suivant les actions définies par le COPIL. Un point qualité est réalisé à chaque CME et à chaque CDU. Les actions retenues dans le Compte qualité sont engagées suivant les échéances annoncées.

Les professionnels utilisent le signalement avec la FEI d'une manière de plus en plus importante, ayant un retour des actions engagées lors des réunions de service. Ils participent aux EPP, aux CREX et patients traceurs..

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences pour ce processus MQR sont adaptés aux besoins de l'établissement.

Les professionnels sont formés régulièrement par le service qualité. Les ASH, salariés de la clinique,

peuvent accéder à leurs protocoles sur les ordinateurs des services ; il est prévu qu'ils aient leur propre ordinateur. Les nouveaux arrivants bénéficient de formations et d'un tutorat leur permettant d'intégrer le fonctionnement et l'utilisation des applicatifs dont celui de la gestion documentaire. La mise à disposition des outils informatiques et des différents applicatifs permet à chaque professionnel d'accéder aux informations nécessaires pour le MQR.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le déploiement et la mise en œuvre des EPP sont effectifs au sein de l'établissement. Le système de signalement des EI, les actions du PAQSS ainsi que les actions du CQ sont connus de la plupart des professionnels avec l'accès sur chaque poste de travail à la GED.

Les instances COPIL, CDU et CSTH sont opérationnelles et leurs comptes rendus sont accessibles.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquent les professionnels, les représentants des usagers et contribuent à l'élaboration du PAQSS.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Clinique évalue son processus MQR par les indicateurs IQSS, les plaintes et réclamations et les délais de réponse, les résultats de satisfaction des patients, les résultats d'audits, les EI, le tableau de bord des EPP (37 EPP dont 26 nouvelles EPP depuis 2016). Des RMM sont régulièrement effectuées. Les CREX et REMED sont en phase de démarrage.

Un tableau de bord des indicateurs sur la période depuis 2013 est établi par processus.

Le PAQSS et le plan d'actions du CQ sont évalués périodiquement et un bilan annuel est réalisé dans les différentes instances.

A / AGIR

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

Les réajustements du PAQSS et du CQ sont effectués en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus. L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels et les représentants des usagers et les actions qui en découlent sont intégrées dans le PAQSS.

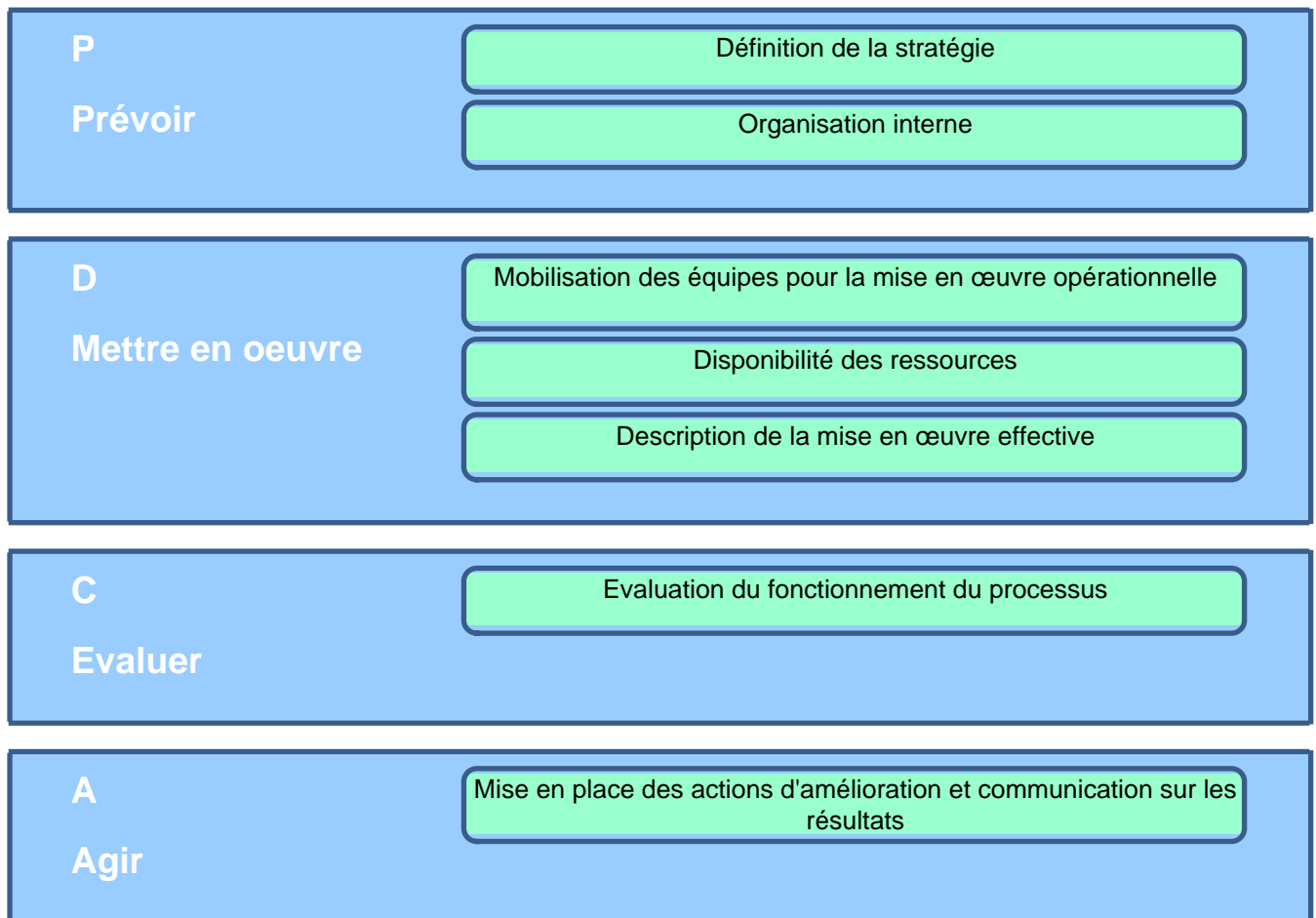
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 politique du risque infectieux (RI) à la Clinique Notre Dame de la Merci à Saint Raphaël est inscrite dans l'axe prioritaire de la politique qualité et gestion des risques au sein du projet d'établissement 2017-2021. La direction et le président de la CME se sont engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de lutte contre les EI. Le CLIN a validé la politique du RI et définit un programme d'action annuel. Cette politique est articulée autour de cinq axes selon le PDCA : organiser et optimiser la prévention du RI, mettre en œuvre, évaluer le système, l'améliorer et suivre l'évolution de la prévention du RI. Elle repose sur le CLIN et son programme annuel. La clinique a défini la cartographie du processus « Gestion du risque infectieux » et définit 4 risques prioritaires et 10 actions dans son Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation et les moyens sont définis par la direction en concertation avec la CME, le CLIN. L'EOHH est composé du médecin anesthésiste référent en antibiothérapie, du pharmacien gérant (président du CLIN), d'un médecin gastro entérologue (vice Président), de la pharmacienne adjointe, de deux correspondants hygiène et des coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins (RAQ et médecin anesthésiste). Les rôles et responsabilités sont définis dans des fiches de poste pour le président du CLIN et les correspondants hygiène (adjointe du bloc, responsable des soins). L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques repose sur le suivi de la consommation antibiotique des praticiens présentée en CME et COMEDIMS et par l'analyse des prescriptions par le pharmacien biologiste lors de la prise en charge de patients infectés par BMR. Des formations périodiques des prescripteurs au bon usage des antibiotiques sont organisées. La formation continue est assurée par le président du CLIN dans le cadre du plan de formation continue. Une organisation interne des ASH est mise en place pour assurer les meilleures conditions d'hygiène pour le nettoyage des locaux dans les services de soins (nomination d'une référente ASH dans le cadre d'une action du compte qualité) et au bloc opératoire ainsi qu'en stérilisation. Le système documentaire relatif à la maîtrise du RI est intégré dans la GED de la clinique.

Toutefois, l'organisation et les moyens adaptés aux activités de l'établissement ne sont pas complètement définis, en concertation avec la CME et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux. La clinique n'a pas de compétence en praticien ou infirmière anesthésiste ce qui constitue un manque de moyen dans son organisation pour maîtriser la prévention des risques. Le risque n'est pas identifié par l'établissement même si elle a programmé une formation non qualifiante pour les 2 correspondants récemment nommés (novembre 2018). Elle n'a pas exploré la possibilité de passer une convention avec le Centre Hospitalier de Fréjus.

Au regard des activités à haut risque infectieux (bloc opératoire et secteur d'endoscopie), l'expertise hygiène est indispensable avec au moins un professionnel détenteur d'une formation qualifiante (DU hygiène).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La communication de la politique, du programme et des plans d'actions est réalisée par le CLIN. Les responsables de service et correspondants hygiène font appliquer les procédures et protocoles validés en CLIN et vérifient le suivi de leur pertinence et leur applicabilité. Le système de signalement des EI permet de détecter les anomalies et de générer les actions d'amélioration correspondantes et les professionnels sont associés à leur analyse. Deux EPP, analyse des risques dans la gestion du RI et organisation, pratique, gestion du risque infectieux en endoscopie souple non autoclavable, sont engagées. L'ensemble des résultats et comptes rendus est consultable par les professionnels dans la GED. La communication est assurée aussi par le bulletin qualité, par voie d'affichage, réunions de service et dans les instances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La direction est en charge de l'adéquation des effectifs en fonction de l'activité. En 2017 des formations sur les bonnes pratiques en hygiène ont été dispensées par le président du CLIN (pharmacien) pour les

médecins (26 personnes) et pour les IDE, AS, ASH et brancardiers (12 personnes). D'autres formations ont été réalisées : la gestion du RI au bloc opératoire (10 personnes) et les bonnes pratiques du bio nettoyage (6 personnes).

En 2018 il est prévu 5 domaines de formation : les pratiques d'hygiène (10 personnes), l'hygiène en endoscopie (2 personnes), la prévention de la transmission croisée lors de la toilette et des soins de nursing (2 personnes), le bio nettoyage des locaux (6 personnes) et l'actualisation des connaissances en hygiène pour les cadres de santé.

La gestion documentaire est informatisée et le tri par mots clés permet un accès rapide des documents par les professionnels sur leur poste de travail.

Les carnets sanitaires des endoscopes sont tenus à jour par le cadre de stérilisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des règles sont définies concernant la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures par un paramétrage du DPI qui est bloquant si cette réévaluation n'est pas effectuée. La majeure partie des antibiotiques sont à dispensation contrôlée et nominative.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en oeuvre comme le suivi de la consommation SHA, ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH.

Les protocoles sont appliqués comme la préparation cutanée de l'opéré.

Les formations sur la prévention du RI sont organisées par la direction.

Les prélèvements d'environnement (surfaces, eau, air) et le plan d'échantillonnage sont effectués et tracés régulièrement.

Un suivi et la traçabilité de l'entretien des endoscopes sont assurés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont réalisées par le président du CLIN et la RAQ à fréquence annuelle sur le circuit du linge, le circuit des déchets, le bio nettoyage, l'enquête de prévalence sur les infections urinaires ; à fréquence bi annuelle par des audits de pratique sur ATB prophylaxie en orthopédie, les précautions standard, l'hygiène des mains.

Des indicateurs nationaux (IQSS) et internes (questionnaires de satisfaction des patients sur la propreté des chambres, nombre de personnes formées au RI...) sont suivis et intégrés dans le tableau de bord de suivi des indicateurs de l'établissement.

Néanmoins, le dispositif de maîtrise du risque infectieux n'est pas complètement évalué. Le protocole de préparation cutanée de l'opéré est formalisé, est appliqué et mis en oeuvre. Aucune évaluation n'a été réalisée ni même prévue. Le CLIN ni l'EOH n'ont pas identifié le manque de ce thème dans les audits programmés alors que ce protocole fait partie des essentiels de la maîtrise du Risque Infectieux.

Il n'existe pas de FEI sur la gestion du risque infectieux émanant du bloc opératoire en 2017. Sur 300 FEI en 2017, aucune FEI sur la gestion du risque infectieux au bloc opératoire. D'une manière plus générale, parmi les 300 FEI en 2017, 8 concernent le RI ce qui ne permet pas de compléter le dispositif d'évaluation.

A / AGIR

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

En fonction du résultat des évaluations (audits, indicateurs) des actions d'amélioration sont engagées et intégrées dans le PAQSS et le CQ. Ainsi des actions d'amélioration du bio nettoyage en termes de traçabilité ont été conduites en 2017 avec des résultats obtenus probants. De même des actions sur le port des bijoux pour l'hygiène des mains sur la même période ont permis de constater une progression de conformité. La communication de ces actions correctives est effectuée en CLIN, auprès de l'EOH, réunions de service.

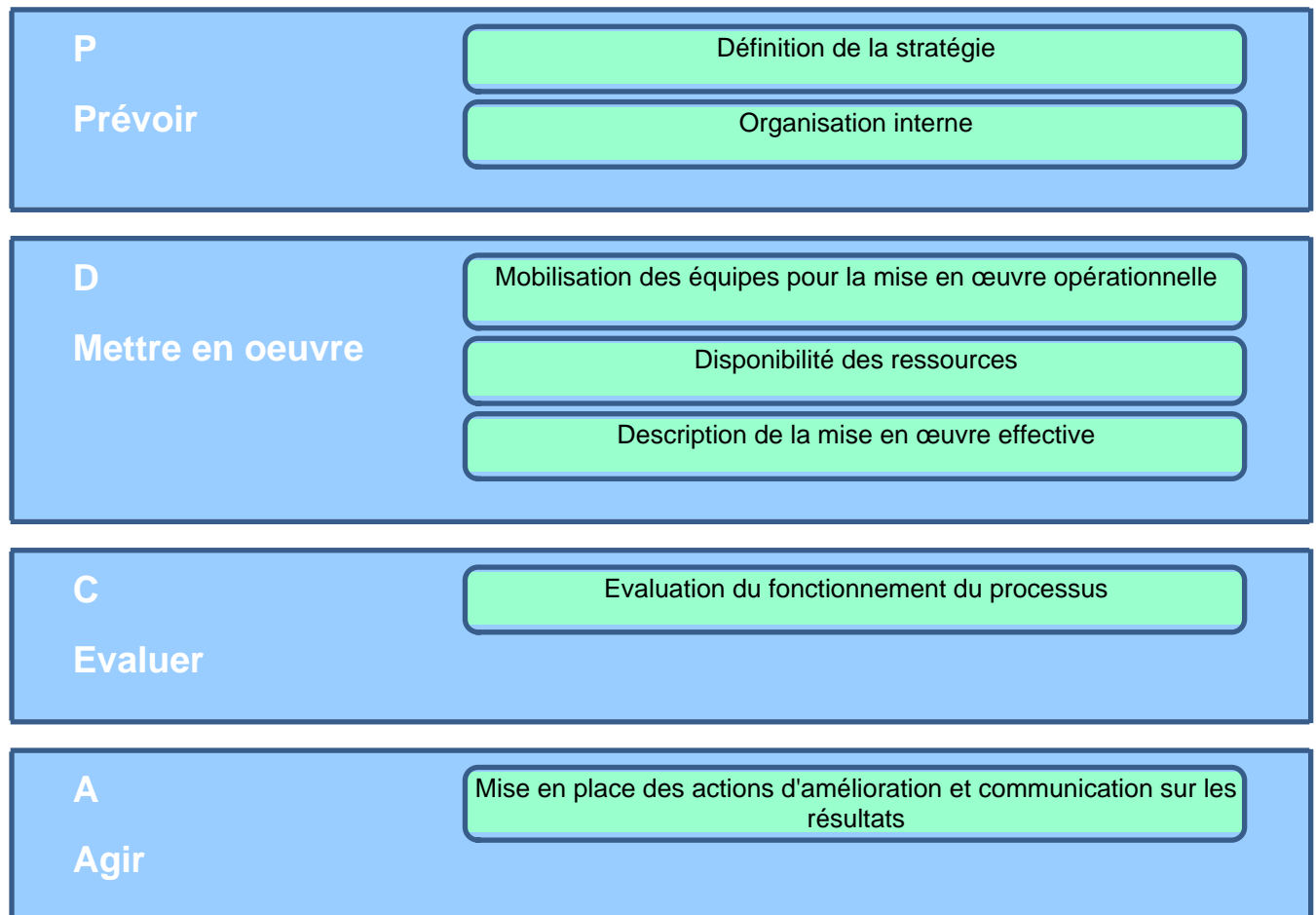
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits des patients a fait l'objet d'un état des lieux par rapport aux attendus du manuel de certification et a été décliné dans l'axe stratégique 2 du projet qualité et sécurité des soins au sein du projet d'établissement 2017-2021.

Il existe une CDU avec la participation de quatre représentants des usagers. La politique des droits des patients a été formalisée et validée par la CDU et le COPIL.

L'établissement a défini sa cartographie des risques pour le processus « Droits des patients » en impliquant les professionnels de manière pluri professionnelle afin de déterminer ses risques prioritaires et ses plans d'action. Quatre risques prioritaires ont été retenus (criticité par la fréquence et gravité) : défaut ou manque de sensibilisation/formation des professionnels sur le thème « droits des patients », défaut de traçabilité de l'information donnée au patient tout au long de sa prise en charge, défaut de connaissance des patients sur les missions de la CDU, absence de consentement éclairé ou d'autorisation parentale signée des deux parents.

Un plan de 10 actions a été défini à partir de ces risques prioritaires dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour assurer le pilotage de ce processus. Une lettre de mission des pilotes a été élaborée. Les rôles et responsabilités sont définis et précisés dans cette fiche de mission. Le groupe de pilotage rencontré comprend la RAQ, la directrice adjointe et responsable des relations avec les usagers, une représentante des usagers présidente de la CDU, la responsable administrative.

Le système de gestion documentaire est informatisé et chaque professionnel y a accès.

Il existe des livrets d'accueil des patients pour l'hospitalisation, un passeport pour l'ambulatoire avec des documents complémentaires remis aux patients (formulaire de désignation de la personne de confiance).

Les comptes rendus de la CDU sont mis à disposition dans la gestion documentaire informatisée.

La gestion des interfaces avec tous les processus est organisée pour faciliter la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la promotion des droits du patient (sœurs de la Congrégation intervenant au sein de la clinique, représentants des usagers).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins identifiés, les responsables organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle au niveau de leur service. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est effective.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au moyen d'évaluations régulières avec l'assistance de la RAQ.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Les résultats obtenus sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des rideaux dans les chambres à 2 lits sont à disposition des professionnels. Du matériel est en place lorsque cela est nécessaire : disque pour les transferts des patients, lits à position basse, fauteuils roulants, déambulateurs, ...

Des travaux ont été réalisés récemment au niveau de l'entrée et de l'accueil de la clinique et du parking répondant aux critères d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite. Des équipements et lieux de détente sont mis à disposition pour répondre aux besoins et attentes des usagers (lits et restauration pour les accompagnants).

Une chapelle est ouverte comme lieu de recueillement pour le culte catholique et il est possible de joindre un représentant des autres cultes.

Les professionnels sont formés à la bientraitance et la maltraitance (10 personnes formées en 2017), aux droits, information et consentement du patient (3 personnes formées en 2017). Une formation est prévue pour les représentants des usagers en 2018.

Les procédures et recommandations sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée comme les droits des patients, la charte de bientraitance, l'annonce d'un dommage associé aux soins, le refus de soins, le signalement de la maltraitance.

Des documents d'information et de prévention sont mis à disposition des patients sur un présentoir près de la salle d'attente des consultations d'anesthésie. Des informations sont rappelées dans le livret d'accueil pour l'hospitalisation et le passeport ambulatoire : charte de la personne hospitalisée, la CDU, la

notion de bientraitance, les droits des patients en fin de vie (les directives anticipées, le respect des volontés du patient), la personne de confiance et la personne à prévenir, l'accès aux informations de santé, les prélèvements et dons d'organes, la loi informatique et liberté, la politique qualité et gestion des risques...
La clinique dispose d'un site internet qui est en cours d'actualisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents services connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour les droits du patient par l'encadrement et à partir de l'accueil du patient jusqu'à sa sortie. L'informatisation du dossier patient et la disponibilité du matériel informatique permettent de tracer en temps réel.

Les restrictions de liberté telles que la contention font l'objet d'une prescription de la mise en place et de sa réévaluation.

L'entourage du patient est associé dans la mesure du possible au projet personnalisé de soin.

Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est organisé puisque les professionnels sont habitués à protéger les ordinateurs portables utilisés dans les services de soin pour la gestion du dossier patient.

Les professionnels sont vigilants à maintenir fermées les salles de soin, les bureaux afin de préserver la confidentialité des informations relatives au patient.

Les horaires de visites sont affichés dans les services et communiqués dans le livret d'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique Notre Dame de la Merci assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, audits, bilan d'activité, etc.).

Outre les indicateurs IQSS et HN, la clinique recueille des indicateurs à partir des questionnaires de sortie des patients, des enquêtes sur les droits et informations du patient, des FEI. L'EPP sur l'évaluation de la tenue du dossier patient permet de recueillir les indicateurs de taux de traçabilité de l'accord du patient avec son projet de soins et le taux de présence du consentement chirurgical et anesthésique signé dans le dossier du patient.

Les 2 patients traceurs confirment la traçabilité des informations dans le dossier patient sur la personne de confiance et les autres informations données au patient au cours de son séjour.

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 et le Compte Qualité. Des supports et modalités de diffusion sont établis (GED, réunions).

Les résultats des évaluations et du suivi des indicateurs ainsi que des actions d'amélioration mises en œuvre sont communiqués aux professionnels dans la GED, lors des réunions de service, les instances et dans le rapport annuel d'activité de CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

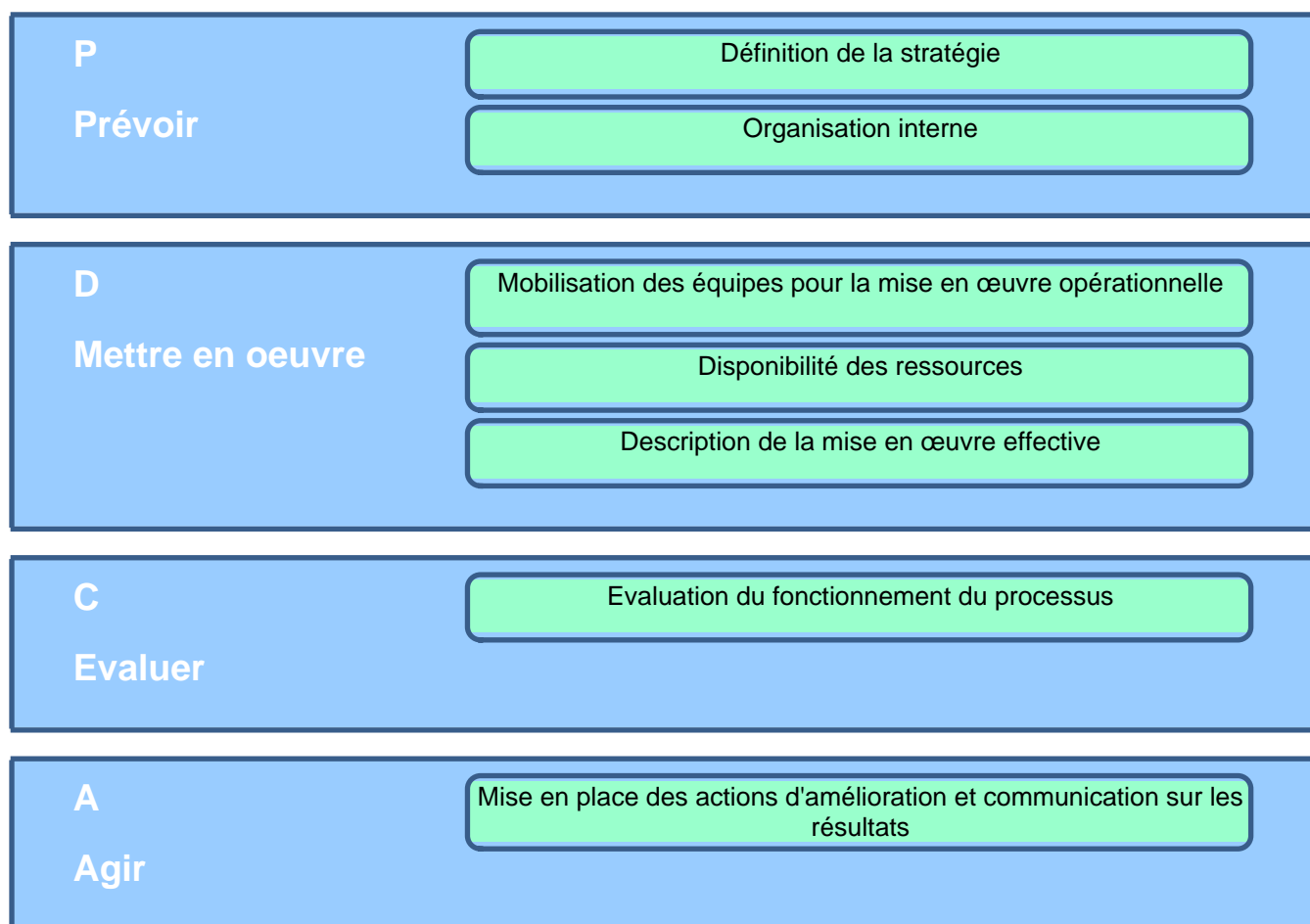
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Notre Dame de la Merci est un établissement privé à but lucratif réalisant une activité essentiellement chirurgicale, de 30 lits et 7 places. Elle accueille des chirurgiens libéraux pratiquant les spécialités d'orthopédie, ORL, esthétique, ophtalmo et gynécologie. Elle se situe dans un quartier résidentiel de Saint Raphaël et assure seule l'offre de soins sur la ville (environ 38 000 habitants). Deux établissements de santé, l'un public le Centre Hospitalier, l'autre privé à but lucratif la clinique des Lauriers, composent le recours des habitants de Fréjus, ville de 50000 habitants jouxtant Saint Raphaël. La clinique Notre Dame de la Merci répond aux besoins de la population sur son territoire en travaillant en complémentarité avec le Centre Hospitalier de Fréjus avec lequel elle est liée par de nombreuses conventions : urgences, réanimation, équipe mobile de Soins Palliatifs, stérilisation, coronarographie, stérilisation.

La stratégie est formalisée dans le projet d'établissement. Dans un contexte de développement d'activité en ambulatoire, l'établissement s'est engagé sur un projet de restructuration des locaux avec un agrandissement portant sur un nouveau bloc opératoire de 7 salles (6 plus une salle dédiée à l'endoscopie), une nouvelle PUI plus vaste et une Unité de Chirurgie Ambulatoire de 16 places. La nouvelle structure aurait du ouvrir le 28 août 2017. La réception des travaux n'a pu être réalisée en raison de nombreuses malfaçons notamment au bloc opératoire. L'établissement est, au moment de la visite, dans l'attente d'une expertise judiciaire (référé en cours) qui lui permettra de faire les travaux et d'intégrer les nouveaux locaux achevés.

La clinique s'est engagée dans le CPOM sur les axes suivants : améliorer le taux global de chirurgie ambulatoire ; réaliser la chirurgie ambulatoire en unité de Chirurgie Ambulatoire ; contribuer au renforcement de la couverture vaccinale des professions de santé ; savoir faire face aux situations de crise en disposant d'outils de gestion réglementaire actualisés ; maîtriser les risques au sein de l'établissement et renforcer la protection des personnels ; développer la culture du signalement auprès des autorités sanitaires ; améliorer ou renforcer la qualité et la sécurité des soins ; augmenter la performance des activités médicales ; atteindre le socle prioritaire spécifié dans le cadre du programme Hôpital numérique.

La clinique a travaillé sur la cartographie des risques du processus Parcours en réunion pluridisciplinaire (IDE/AS/Cadre/RAQ/Directrice Adjointe sur la base des indicateurs IPAQSS, des dysfonctionnements repérés, des patients traceurs et des résultats d'audits notamment sur le dossier patient.

Les risques identifiés ont été priorisés par la criticité (fréquence/gravité). Le Compte Qualité est alimenté par les risques prioritaires. Les objectifs sont identifiés et déclinés dans un programme d'actions centralisé. Les modalités de mise en œuvre sont définies avec les échéances, les responsables et les modalités de suivi. Ce programme est présenté en COPIL et CME.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus Parcours sont identifiés : la Directrice Adjointe et le Président de CME. Les pilotes opérationnels sont le responsable des soins et le médecin coordinateur de l'hospitalisation. Leurs fiches de mission sont formalisées.

La prise en charge des patients est décrite dans la procédure "Processus Général de Prise en charge des Patients" avec les différentes étapes d'accueil, de préparation, de transfert au bloc, passage en SSPI et retour dans la chambre après intervention.

L'accueil du patient est organisé avec la remise d'un livret d'accueil lors de la pré-admission avec des informations délivrées tout le long du parcours : consultation du chirurgien (passeport hospitalisation), consultation pré admission, consultation anesthésie, admission, accueil dans le service.

La clinique ne possède pas d'autorisation pour un service d'urgences. Elle s'est organisée pour faire face aux situations exceptionnelles d'un patient se présentant pour une urgence avec appel à l'anesthésiste d'astreinte sur place la journée et à domicile la nuit.

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale (motifs d'hospitalisation) du chirurgien et de l'anesthésiste. Cette évaluation s'organise aussi autour du personnel soignant qui patients et évaluent les besoins à l'entrée (habitudes alimentaires, douleur, besoins essentiels). Le recours à une assistante sociale ou à une psychologue est organisé.

La prise en charge de la douleur repose sur de nombreux protocoles actualisés (CLUD très actif).

Une astreinte des médecins anesthésistes est organisée et assure une couverture médicale qui est complétée par les chirurgiens joignables 24h/24 pour leurs patients.

Les urgences vitales sont assurées par le recours à l'anesthésiste d'astreinte sur place en journée et à domicile la nuit.

Le risque suicidaire est pris en compte par une procédure formalisée qui précise la conduite à tenir en cas de repérage de signes évocateurs.

L'éducation thérapeutique ne fait pas l'objet d'un programme d'autorisation mais la clinique s'est organisée par convention avec l'Hôpital de Fréjus pour adresser les patients pouvant intégrer un programme dispensé par le Centre Hospitalier.

La gestion documentaire est organisée par un logiciel informatique accessible dans tous les services intégrant les protocoles et procédures actualisées.

Le logiciel Dossier Patient est structuré au sein d'un Système d'Information sécurisé. Une maintenance curative et préventive est organisée pour tous les services. Les plans d'investissement et d'achat de matériel annuels permettent de répondre aux besoins de fonctionnement.

Le recours aux examens de radiologie est organisé par convention avec un cabinet de radiologues libéraux. Des cardiologues sont présents dans les locaux de la clinique et pratiquent des épreuves d'effort. Sur demande des anesthésistes, ils peuvent donner des avis spécialisés.

De même, un laboratoire de ville intervient pour toute demande d'examen biologique.

La sortie est organisée par le chirurgien dès la pose de l'indication opératoire.

Les demandes de SSR sont réalisées à partir de la plateforme du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) par la secrétaire du chirurgien. De plus, la clinique bénéficie du programme PRADO qui organise le retour à domicile des patients avec le recours à un kiné libéral si besoin et/ou une IDE libérale.

En revanche, l'établissement n'a pas organisé la coordination des différents professionnels autour de la prise en charge en lien avec le CLAN ou son équivalent. Même si l'établissement a organisé le recueil des données servant au dépistage des troubles nutritionnels comme le poids et le calcul de l'IMC dès l'entrée du patient, aucune réflexion n'a été menée autour de la prise en charge des troubles repérés. La restauration est sous traitée et dans le cadre du suivi de la qualité de la prestation, une rencontre trimestrielle est organisée entre la Direction et le prestataire mais ne porte que sur l'amélioration gustative et l'équilibre alimentaire des repas.

Les demandes de régime sont respectées et mises en œuvre. Aucune instance CLAN ou équivalent n'est mise en place. Sur certaines prises en charge en orthopédie par exemple avec une durée moyenne de séjour de 5 à 6 jours, le recours à une diététicienne pourrait être envisagé afin de mettre en place un suivi alimentaire individualisé ce qui n'est pas organisé. La population accueillie dans l'établissement est plutôt âgée et les besoins en prises en charge nutritionnelles sont avérés.

La clinique n'a pas identifié ce risque et se repose sur la durée moyenne de séjour de 2 jours et demi jugée trop courte pour justifier ce manque d'organisation.

De plus, la prise en charge ne repose pas sur des réunions pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires. L'activité chirurgicale de la clinique repose sur les chirurgiens libéraux prenant en charge leurs patients. Pour toutes les spécialités représentées, ils travaillent seuls et n'ont pas organisé de réunions multidisciplinaires. Les durées moyennes de séjour sont très courtes (2,7 jours en moyenne) et rendent difficiles la tenue de ce type de réunions. Malgré cela, la tenue de réunions pourrait être rendue possible par des temps de relève identifiés en fin d'après-midi et la clinique n'a pas du tout entamé de réflexion sur une prise en charge des patients présents reposant sur des réunions pluridisciplinaires en incluant le kinésithérapeute qui trace ses actions dans le DPI.

Enfin, le projet de prise en charge spécifique des personnes âgées n'est pas formalisé et ne comprend pas, notamment, un repérage et une évaluation des besoins. Dans les activités présentes à la clinique Notre Dame de la Merci, l'orthopédie représente la plus grosse part de la chirurgie réalisée. Les patients sont en grande majorité de plus de 65 ans, même s'il s'agit de chirurgie programmée et non de traumatologie. La clinique n'a pas identifié cette population spécifique et aucun projet de prise en charge n'a été réfléchi ni organisé. L'évaluation des besoins de ces patients est réalisée au cas par cas par le chirurgien qui les prend en compte pour la sortie. Cependant, lors du séjour du patient, aucune disposition n'est prise pour répondre à des besoins spécifiques comme la prise en compte des besoins nutritionnels spécifiques par exemple car le repérage des besoins n'est pas effectif.

L'établissement n'a pas identifié ce manque et le justifie en se basant sur la durée moyenne de séjour de 2 jours et demi jugée trop courte pour organiser

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'actions institutionnel est décliné pour les service de chirurgie en hospitalisation complète. Les professionnels ont été associés en groupe de travail sur la réalisation de la cartographie des risques sur le processus Parcours du patient. Des CREX sont réalisés alimentés par les Fiches d'Événements Indésirables. Des patients traceurs organisés à fréquence régulière sont réalisés avec les équipes soignantes sur toutes les spécialités représentées au sein de la clinique.

Le responsable du service, récemment nommé, sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. Les équipes sont sollicitées pour définir les actions correctives lors de la Commission des Événements Indésirables qui se réunit mensuellement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service d'hospitalisation complète fonctionne avec des effectifs soignants jour et nuit en nombre suffisant au regard du nombre de patients et de la charge de travail. Ils sont formés à l'urgence vitale (formations AGFSU en janvier 2018). La gestion documentaire est accessible informatiquement avec des documents actualisés. Les équipements informatiques sont en nombre suffisant au regard de l'activité avec des chariots à roulettes permettant aux professionnels soignants de tracer en temps réel devant la chambre ou même dans la chambre du patient les actes réalisés.

Le matériel est pour la prise en charge des patients est conforme à la prise en charge, chariots pansements, chariots médicaments, pompes à morphine ...

Les chariots d'urgence sont opérationnels avec une vérification mensuelle tracée.

Les locaux, service d'hospitalisation complète, sont conformes, fonctionnels et adaptés à la prise en charge.

En revanche, le système de mise à jour des documents n'est pas complètement opérationnel. Dans les services de chirurgie d'hospitalisation complète et d'ambulatoire, les IDE travaillent avec certains protocoles de prises en charge médicamenteuse en support papier affichés à leur hauteur sur le mur devant lequel elles préparent leurs injectables. Ces documents ne sont pas datés, ni signés.

Des classeurs contenant des protocoles médicaux non datés pour certains et pour d'autres de 2012, non enregistrés sous format Qualité et pour certains raturés, sont présents dans les infirmeries. L'IDE présente ne sait pas si ces protocoles sont encore utilisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le processus général de prise en charge décrivant les étapes est respecté. Les patients traceurs réalisés confirment le respect des procédures établies.

La coordination entre les différents acteurs est assurée par un logiciel DPI, socle très structuré autour du parcours de chaque patient par une facilité d'accès des différents professionnels à l'information dont ils ont besoin. Les interfaces sont opérationnelles : l'IDE de SSPI qui accueille le patient a accès aux informations de préparation du patient, l'IDE du service qui réalise la surveillance a accès aux informations per opératoires et aux prescriptions post opératoires. Les interfaces entre le bloc et le service sont opérationnelles. En temps réel, les professionnels de santé (brancardier, IDE SSPI, IDE du service de chirurgie) connaissent l'étape de la prise en charge du patient.

Le risque suicidaire est dépisté à l'entrée et tracé dans le dossier. De même pour le risque d'escarre repéré par le remplissage de l'échelle de Braden.

Dès l'entrée des patients, et tout au long de sa prise en charge, le projet de soins est tracé et réévalué. Les observations médicales (chirurgicales et anesthésiques) sont tracées quotidiennement. Les consentements des patients (bénéfice/risque de l'anesthésie et de l'intervention) sont présents dans le dossier en support papier.

La traçabilité de la douleur est assurée avec une systématisation de l'évaluation, en SSPI, en sortie de SSPI, à l'arrivée du patient, et tout le long de son séjour. La réévaluation est tracée avec la mise en œuvre des protocoles prescrits.

La traçabilité du poids et de l'IMC est assurée et les régimes sont notés. Des actions d'ETP sont tracées comme l'information donnée au patient sur son traitement personnel. Les patients relevant d'un programme d'ETP sont repérés et sont informés de la possibilité de l'intégrer.

La sortie est anticipée avant l'arrivée du patient et la continuité des prises en charge est assurée avec l'ensemble des documents nécessaires et utiles.

La permanence des soins est assurée avec une astreinte opérationnelle des anesthésistes. La présence des 6 Sœurs de la congrégation sur place (elles vivent à côté du bâtiment principal) et en particulier la Directrice, garantit de fait une astreinte administrative car elle peut intervenir pour tout problème le WE et jours fériés..

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de l'ensemble du processus est assurée. Des patients traceurs réalisés tout au long de l'année ont permis aux professionnels d'identifier les points à améliorer : manque de traçabilité, non exhaustivité des consentements dans les dossiers, patient n'ayant pas eu de livret d'accueil ...

Le suivi des indicateurs IPAQSS notamment sur le courrier de sortie a de même amené des actions d'améliorations.

Des EPP, nombreuses, participent à l'évaluation du processus : évaluation de la douleur chez les patients hospitalisés en orthopédie, dépistage des troubles nutritionnels par exemple.
Les analyses des FEI et des questionnaires de satisfaction complètent le dispositif.

A / AGIR

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

Les résultats IPAQSS, les EPP, la méthode des patients traceurs, l'analyse des FEI mettent en évidence des axes d'amélioration.

Des actions sont définies en COPIL et mises en œuvre : formations, sensibilisation, paramétrage du DPI points bloquants comme la réévaluation des antibiotiques ou l'EVA à l'entrée des patients, nouvelles organisations comme les nouveaux circuits des patients.

Ces actions sont formalisées et intégrées dans le PAQSS et mises en œuvre. Les résultats des évaluations permettent de réévaluer les niveaux de maîtrise des risques identifiés lors des cartographies.

Les résultats sont largement diffusés par voie d'affichage dans tous les services. Un Bulletin Qualité est distribué.

Les résultats sont présentés et commentés dans les instances et réunions de service.

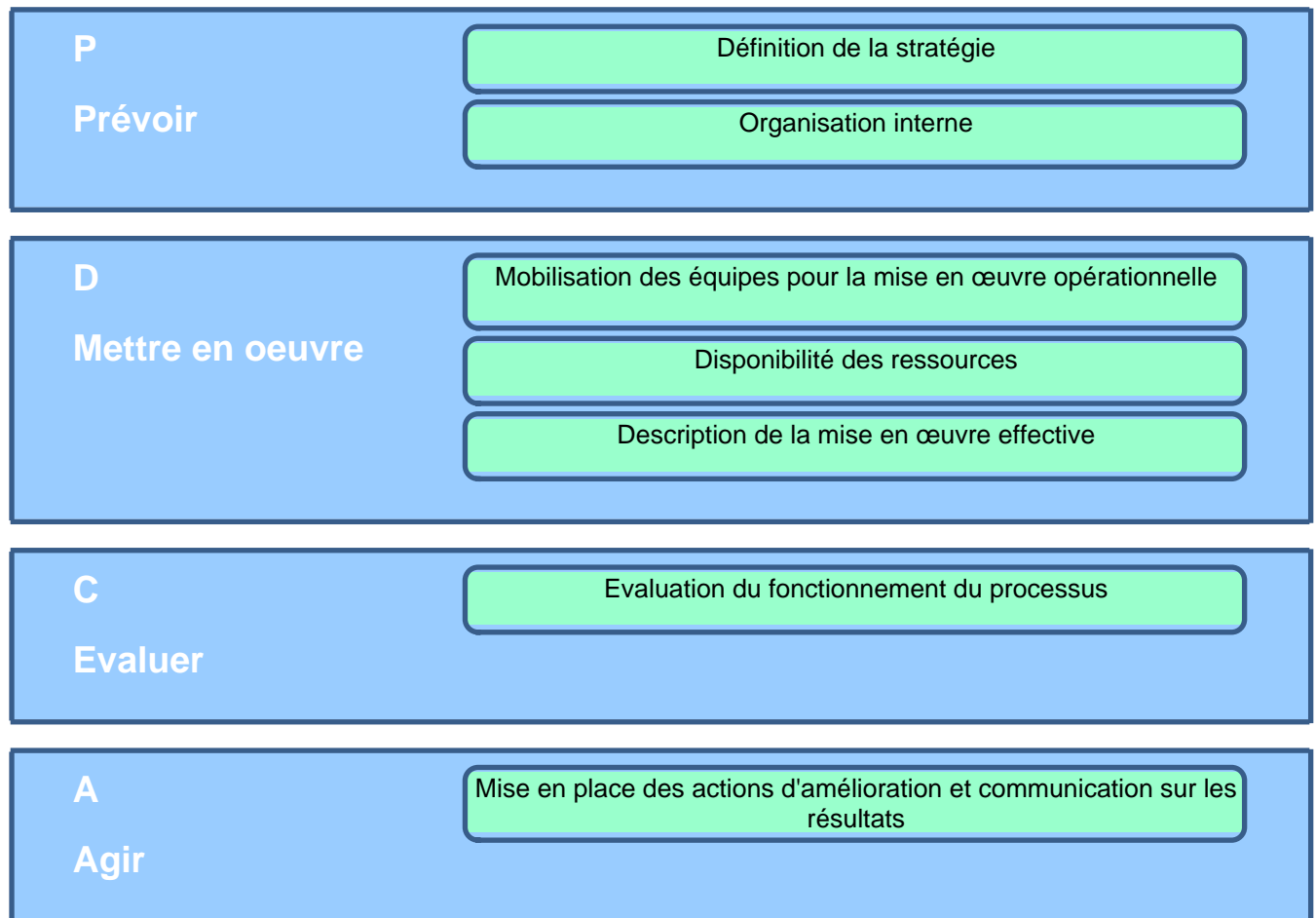
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le dossier patient est informatisé avec un changement d'applicatif en 2016 en version « web ». Il est partagé entre tous les professionnels intervenant sur le patient y compris au cabinet des chirurgiens et à domicile pour le médecin anesthésiste d'astreinte.

Les derniers déploiements portent sur l'intégration des résultats de biologie et des interprétations de radiologie effectuées en interne et en externe, ces dernières étant intégrées dans le logiciel. Il demeure l'intégration de la fiche per opératoire d'anesthésie qui sera prochainement informatisée.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans des guides d'utilisation pour les différents professionnels et consultables dans la gestion documentaire informatisée.

Une politique de sécurité des accès est définie et un mode dégradé existe.

Une cartographie des risques a été établie pour le processus « Dossier du patient » et a permis d'identifier 4 risques prioritaires faisant l'objet de 8 actions dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus du dossier patient est assuré par la RAQ référent du dossier patient, la directrice adjointe et la responsable administrative, tous les trois étant administrateur du logiciel du dossier patient. Il a été rencontré également le médecin DIM intervenant dans l'établissement une journée par mois.

L'organisation opérationnelle repose en plus sur un directeur du système d'information prestataire ainsi qu'un technicien informatique prestataire pour la maintenance informatique, tous les deux rencontrés au cours de la visite. Une organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est mise en place. La responsable administrative est chargée de délivrer le dossier suivant la procédure qui a été définie. Les documents papier utiles à la prise en charge au cours du séjour sont complétés par un extrait de la base informatique du dossier patient de manière à procéder à l'archivage.

La clinique garde ses archives du dossier patient dans deux locaux sécurisés. Les archives les plus anciennes cohabitent avec des archives administratives ; il est prévu après la récente opération importante des travaux du nouveau bloc opératoire et de l'UCA de séparer ces dernières archives.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La clinique a déployé le DPI dans les secteurs d'hospitalisation complète et l'ambulatoire, afin de permettre la communication en temps réel du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. Les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires par l'encadrement.

Des audits réguliers du dossier patient sont réalisés par la Responsable Qualité. D'autres indicateurs tels que les déclarations d'EI sont utilisés. Les professionnels sont informés des résultats dans la gestion documentaire.

Des actions correctives associant les professionnels sont conduites comme l'intégration récente des résultats de biologie, d'anapathologie et les interprétations des examens d'imagerie dans le DPI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont adaptés pour l'activité. Des formations internes régulières sont organisées afin d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient. Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du DPI par tutorat.

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

La communication et l'accès au dossier du patient sont assurés dans le livret d'accueil.

Les outils informatiques sont disponibles en nombre suffisant avec un renouvellement des ordinateurs portables et des tablettes numériques. Dans les services de soins les ordinateurs portables sont positionnés sur des chariots roulants spécifiques permettant d'aller au lit du patient. Les brancardiers disposent de tablettes pour aller chercher les patients préparés pour aller au bloc et en sortie de SSPI.

L'ensemble des serveurs et la sécurité informatique a fait l'objet d'un investissement important en prévision du futur déménagement dans le nouveau bloc opératoire et UCA.

Le système d'information a été structuré avec l'assistance d'un directeur du système d'information prestataire (3 jours par mois) et la maintenance informatique est également assurée par une société prestataire.

La clinique répond aux exigences de l'Hôpital Numérique avec notamment un plan de retour d'activité et

un mode dégradé définis ayant fait l'objet d'une mise en situation lors d'un incident électrique lié au non fonctionnement du groupe électrogène.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier du patient est alimenté dès son entrée jusqu'à sa sortie et permet la coordination de tous les professionnels intervenant auprès du patient. Les guides du dossier patient sont disponibles dans la GED pour les professionnels. La RAQ accompagne les nouveaux utilisateurs du DPI et, le président de la CME et les pharmaciens font de même pour les nouveaux praticiens.

Les interfaces du DPI avec le laboratoire de biologie, d'anapathologie et l'imagerie sont opérationnelles.

Il existe des comptes rendus des instances qui sont diffusés sur la GED et accessibles à tous les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Responsable Qualité organise des actions d'évaluation du dossier patient en recueillant les indicateurs IQSS, HN, le suivi du nombre de FEI sur la thématique du dossier patient, le taux de personnes formées au DPI. Elle réalise des audits réguliers sur la tenue du dossier patient.

La responsable administrative évalue le délai de communication du dossier patient lors de la demande de celui-ci.

Des EPP sont suivies sur la tenue du dossier patient (IQSS), sur la tenue du dossier anesthésique (IQSS), sur la tenue du dossier patient depuis la mise en place du nouveau DPI, sur la tenue du dossier anesthésique depuis la mise en place du nouveau DPI, sur la traçabilité de l'information dans le dossier du patient depuis la mise en place du nouveau DPI.

Les plans d'actions prioritaires sur le dossier patient dans le Compte Qualité ainsi que ceux du PAQSS sont suivis par le COPIL.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le PAQSS et dans le CQ suivant les 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.

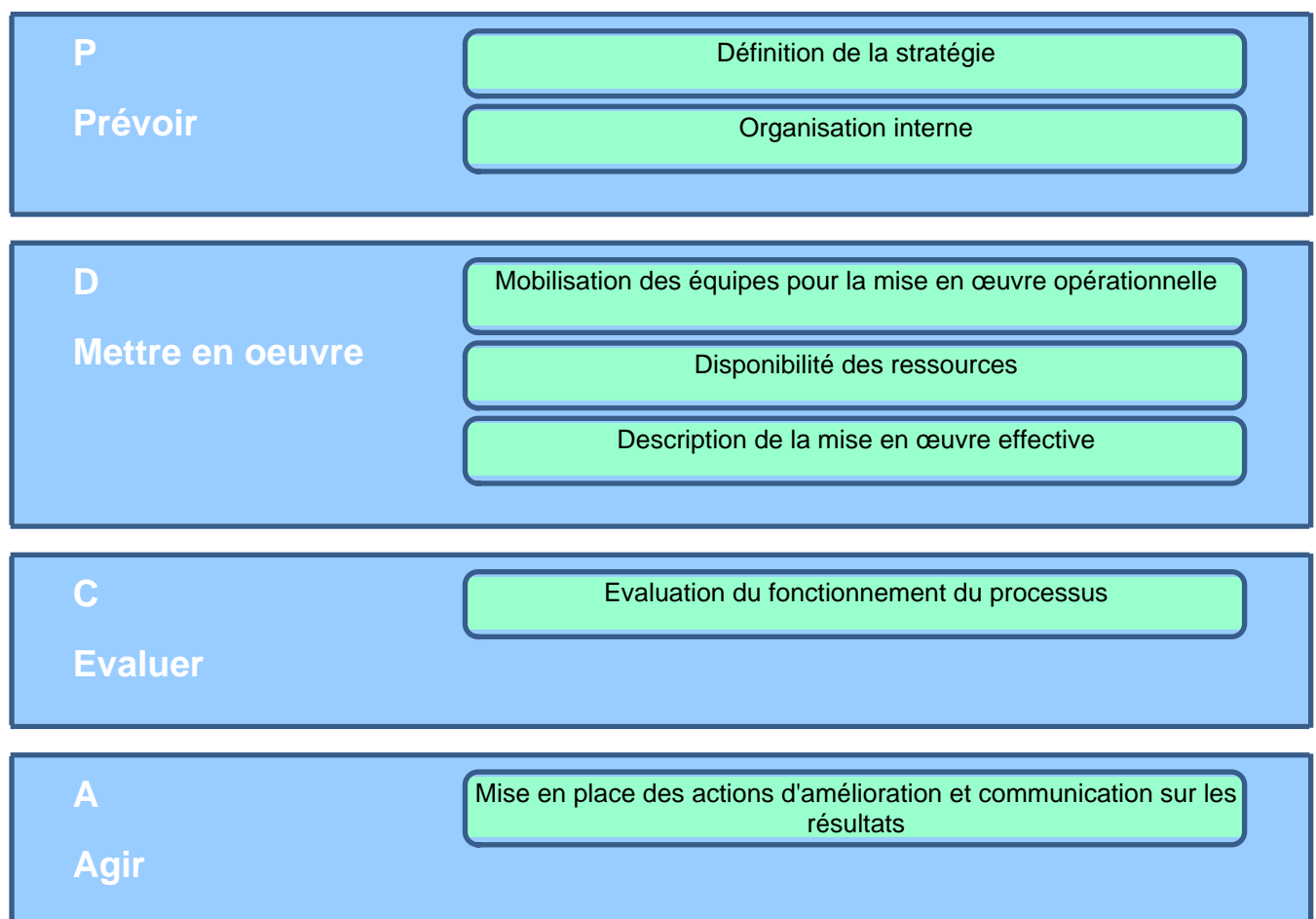
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du médicament est définie et formalisée. Cinq grands objectifs :

- Optimiser le fonctionnement du circuit du médicament
- Sécuriser son fonctionnement
- Evaluer le circuit,
- Améliorer le circuit,
- Suivre l'évolution de la politique du médicament.

La politique du médicament de la clinique porte également sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé. L'établissement a signé un contrat avec l'ARS sous la forme d'un CAQES.

Une cartographie des risques a été élaborée en groupe de travail associant les professionnels et les risques ont été identifiés à partir de la recommandation de la précédente certification, des indicateurs IPAQSS (rédaction d'un traitement de sortie), des résultats d'audits, des EPP et des patients traceurs.

Les risques ont été hiérarchisés par la criticité (Fréquence/Gravité) et les objectifs définis. Ils sont déclinés dans un programme formalisé et centralisé. Pour chaque objectif, les modalités de mise en œuvre sont identifiées par les échéances, les responsables et les modalités de suivi.

Ce programme est validé et suivi en COPIL, présenté en CME, COMEDIMS.

Les risques prioritaires sont formalisés dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les 2 pharmaciens, chacun à mi temps, sont identifiés comme pilotes du processus, ils connaissent leurs missions formalisées dans leur fiches de poste.

Depuis la précédente certification, le circuit du médicament est presque complètement informatisé. Le module en cours d'acquisition est le per opératoire anesthésique. La traçabilité per opératoire et SSPI est effective, et assurée dans notre DPI Expert Santé et la prescription et l'administration sont intégrés dans le DPI. De ce fait, les supports de prescriptions et d'administrations sont définis et validés pour tous les professionnels.

La continuité du traitement de l'admission à la sortie du patient est organisée. Le traitement personnel est entré dans le DPI au moment de la consultation d'anesthésie et validé pour l'IDE qui pourra administrer le matin de l'intervention si besoin.

La permanence pharmaceutique est organisée par une dotation pour besoins urgents et une convention avec le Centre Hospitalier de Fréjus.

L'analyse pharmaceutique a priori des traitements, y compris le traitement personnel des patients, est organisé pour 100% des prescriptions et rendu possible par le DPI déployé. La dotation est globale.

Les formations/sensibilisations aux erreurs médicamenteuses sont organisées de même que pour la sécurisation du circuit.

La gestion documentaire est organisée par un accès informatique dans tous les services.

La liste des médicaments à risque est définie et une organisation spécifique est prévue pour le stockage.

Les règles de gestion comme le transport, le stockage dans les services et à la PUI, le bio nettoyage, la sécurisation et la conservation de certains médicaments au froid sont définies.

Les circuits et interfaces avec le bloc, les services et la stérilisation sont organisés, en particulier le circuit des DMI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action sont propres aux secteurs :

- Sensibiliser les professionnels sur la nécessité de tracer la non administration;
- Améliorer la traçabilité nominative de la pose des DMI ;
- Tracer l'information donnée au patient en consultation d'anesthésie sur la gestion du traitement personnel du patient ;
- Paramétrer un document de sortie informatisé avec les éléments obligatoires incluant les traitements des patients.

Les professionnels ont été associés à l'identification des risques. Ils participent à la Commission des Evénements Indésirables (CEI), aux RMM, EPP et patients traceurs.

Ils identifient les actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les 2 pharmaciens disposent chacun d'un mi temps pour faire fonctionner la PUI. Ils n'ont pas de préparateur.

Les effectifs sont suffisants et formés dans les services pour assurer la Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Des formations sont réalisées en interne par les pharmaciens et en externe sur la sécurisation du circuit du médicament.

La gestion documentaire est opérationnelle avec la mise à disposition de protocoles et procédures actualisés. Les postes informatiques sont en nombre suffisant et adaptés à l'activité, notamment dans les services. Afin de tracer en temps réel l'administration, les IDE disposent d'un chariot sur roulettes avec l'ordinateur très maniable et permettant de rentrer dans les chambres.

La PUI est conforme malgré l'encombrement du à l'exiguïté de l'espace. Une nouvelle PUI est prête à être emménagée dès que les malfaçons seront supprimées. L'accès est sécurisé et les stupéfiants sont rangés dans un coffre à clé. Les frigos sont dotés d'un enregistrement des températures comme dans les services.

Les armoires dans les services sont sécurisées et les portes des infirmeries fermées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le traitement personnel des patients est séquestré lors de l'entrée et rendu à la sortie.

La traçabilité des prescriptions et des administrations est assurée et exhaustive, confirmée par les 2 patients traceurs.

Les traitements personnels sont prescrits et les IDE des services d'hospitalisation complète et ambulatoires ont accès aux prescriptions post opératoires immédiates et à ce qui a été administré en peropératoire.

Les règles d'administration sont respectées notamment sur l'information au patient du bon usage des médicaments.

Les péremptions sont mensuelles et tracées à la fois à la PUI et dans les services.

Les médicaments à risque sont identifiés par une pastille rouge dans les armoires et signalés par un logo dans le DPI.

La permanence pharmaceutique est opérationnelle.

Le COMEDIMS est opérationnel avec traçabilité des réunions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ensemble du processus est évalué par le suivi d'indicateurs comme le critère "rédaction du traitement de sortie" de l'indicateur IPAQSS TDP.

Plusieurs EPP sont en cours en étape de suivi dont celle "Évaluation de la conformité des prescriptions chez le sujet âgé de plus de 65 ans.

Des audits sont réalisés en particulier sur la traçabilité des justifications des non administrations ou de l'information donnée aux patients.

Les patients traceurs réalisés viennent compléter le dispositif.

A / AGIR

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

Le dispositif institutionnel d'amélioration continue est opérationnel.

La mise en oeuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation est effective comme par exemple rendre l'item réévaluation des Antibiotiques à 72 heures bloquant afin d'en assurer la traçabilité exhaustive.

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS et permettent de réévaluer le niveau de maîtrise des risques identifiés au cours de la cartographie.

Les résultats sont communiqués lors des instances, par voie d'affichage et lors des réunions de service.

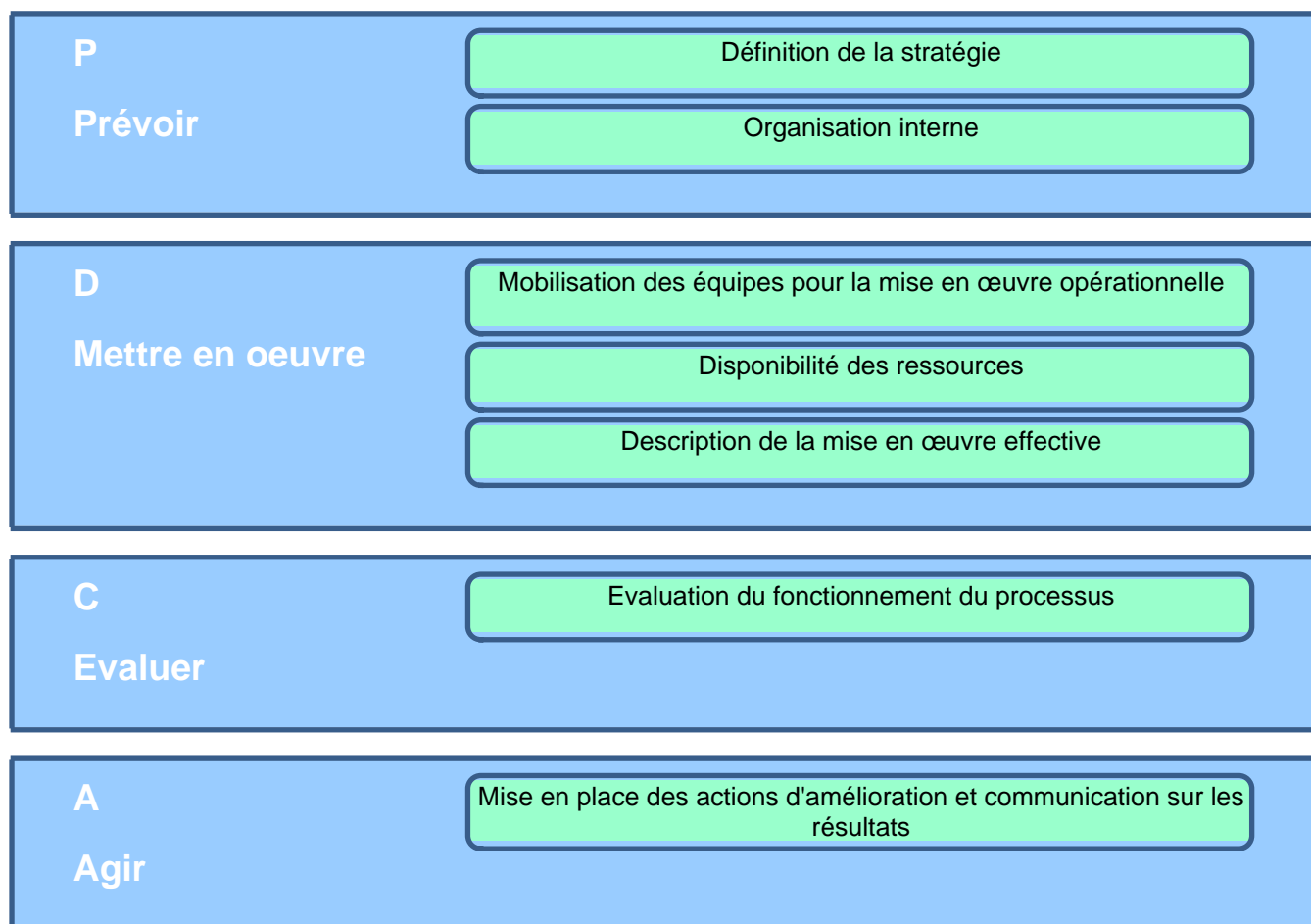
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Bloc opératoire de la clinique Notre Dame de la Merci se situe actuellement au sous-sol du bâtiment principal. Il comporte 3 salles intervention ISO 5 et une salle dédiée à l'activité d'endoscopie. La SSPI située à l'entrée des locaux compte 6 postes.

Les spécialités autorisées sont l'orthopédie, l'ORL, la chirurgie urologique, l'ophtalmologie et la gynécologie. Le bloc est ouvert de 7h45 (avec l'arrivée des 2 IDE bloc et SSPI) jusque 17 heures (dernier patient en salle et 18 heures fermeture de la SSPI).

Les locaux sont petits et très encombrés par du matériel car il n'existe que peu de zones de stockage.

La chirurgie ambulatoire se réalise dans un des 2 étages de l'établissement avec des chambres équipées de brancards.

L'établissement, conscient de l'impossibilité d'augmenter son activité et de continuer à travailler dans des locaux si exigus, a développé un projet d'extension avec des travaux comprenant une Unité de Chirurgie Ambulatoire de 16 places et un bloc opératoire de 6 salles et une SSPI de 16 places.

Les travaux sont terminés mais le déménagement dans les locaux neufs ne peut se faire en raison de nombreuses malfaçons. Dans l'attente d'un règlement judiciaire, la clinique se voit contrainte de continuer à réaliser son activité dans des locaux mal adaptés.

La cartographie des risques du processus Bloc Opératoire a été réalisée en groupe de travail pluridisciplinaire associant le personnel du bloc. Les risques ont été identifiés à partir des indicateurs IPAQSS (Tenue Du Dossier Anesthésique), des résultats d'audits, des Fiches d'Évènements Indésirables (FEI) et les patients traceurs.

Les risques ont été cotés (criticité par la fréquence et la gravité) et priorisés. Les objectifs sont identifiés et déclinés dans un PAQSS (Programme d'Actions) centralisé. Les modalités de mise en œuvre de ce programme sont définies avec des échéances, des responsables d'action et un tableau de bord de suivi. Le PAQSS "Bloc Opératoire" est suivi en COPIL (composé de la Directrice, Directrice Adjointe, RAQ, Président de CME, une Représentante des Usagers, des cadres de bloc et des services) et présenté en CME.

Les risques prioritaires, au nombre de 5, sont présents dans le Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les 2 pilotes du processus Bloc Opératoire identifiés : le chef de bloc et le cadre de stérilisation, connaissent leurs missions définies et formalisées dans leurs fiches de poste.

Une Charte de Bloc décrit les modes de fonctionnement et d'organisation nécessaires à la bonne marche de l'activité :

- La définition des vacances,
- La programmation opératoire,
- Les heures d'ouverture et de fermeture,
- La règles de la régulation au quotidien,
- Les règles d'utilisation de la check list HAS, les obligations d'ouverture et de fermeture de salle.
- Les règles de fonctionnement de la SSPI,
- Les urgences,
- Le rôle, composition et mission du Conseil de Bloc.

Un Conseil de Bloc se réunit 2 à 3 fois par an. Il est composé du Président de CME (Médecin Anesthésiste), du chef de bloc, du cadre de stérilisation, d'un chirurgien orthopédiste et d'un chirurgien ORL, de la Direction. Il définit comment s'effectue la planification, il attribue des plages horaires de vacances : par praticiens et/ou par spécialité. Il est chargé d'élaborer la charte de bloc opératoire et de la faire respecter. Il est en charge de l'application et du suivi du règlement intérieur de fonctionnement du bloc opératoire. Il organise et structure la régulation et propose des solutions au comité de direction sur la base d'indicateurs de mesures et de suivi (TROS, TVO, TDM, TVOR, TRU).

Le programme opératoire informatisé (en lien avec les cabinets des chirurgiens qui précisent dans l'annonce d'une intervention leurs besoins en matériel) d'une semaine sur l'autre est validé tous les vendredis par le binôme chef de bloc et MAR présent ce jour là.

La régulation au quotidien est organisée par le binôme chef de bloc/MAR de l'après midi.

Les circuits propres/sales concernant les approvisionnements, l'entrée et sortie des patients, l'évacuation des déchets, et les transferts de matériel avec la stérilisation sont définis et organisés.

La maintenance curative et préventive est organisée par le cadre de stérilisation qui assure un temps dédié biomédical. Le chef de bloc et le cadre de stérilisation participent à l'élaboration du plan d'investissement.

Le bio-nettoyage est organisé avec 2 ASH par jour qui assurent les ouvertures et fermetures des salles et

SSPI.

La radio protection est organisée par le cadre de stérilisation nommé PCR avec un temps dédié en lien avec la médecine du travail.

Une Charte du secteur ambulatoire est formalisée et décrit les modes de fonctionnement de cette activité avec les heures d'ouverture et de fermeture, les conditions d'éligibilité des patients à ce type de prise en charge, l'appel de la veille et du lendemain, l'organisation de la sortie, la remise d'un passeport ambulatoire lors de la pré admission.

La gestion documentaire est organisée et accessible par informatique à la fois au bloc opératoire et en service ambulatoire.

Les formations sont organisées afin de maintenir les compétences notamment dans le cadre des Actes Exclusifs pour les Infirmières de Bloc.

Les interfaces sont organisées avec la stérilisation, la pharmacie, les services d'hospitalisation complète et secteur d'ambulatoire, les laboratoire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme est décliné pour le bloc opératoire avec son plan d'actions :

- Sensibiliser les professionnels à la déclaration et à l'utilité de déclarer les événements Indésirables.
- Former les professionnels à la maîtrise du risque infectieux ;
- Développer et suivre les indicateurs d'activité au bloc avec le nouveau logiciel.

Le cadre de bloc sensibilise les professionnels aux objectifs du service lors des réunions de service et au quotidien. De même, le responsable du service ambulatoire au quotidien.

Les professionnels ont été associés à l'identification des risques lors de l'élaboration de la cartographie. Ils participent aux patients traceurs et aux CREX.

Ils sont informés des résultats des audits (comme l'audit zéro bijou par exemple). Ils sont présents en CEI (Commission des Évènements Indésirables) et définissent des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc opératoire fonctionne avec 2 IDE par jour en SSPI et une IDE circulante par salle. Chaque chirurgien réalise ses interventions avec sa propre aide opératoire. Les Médecins Anesthésistes Réanimateurs travaillent sans IADE, un par salle. Ils sont actuellement 5 voire 6 (arrivée prévue en mars) dans le cadre du futur bloc de 7 salles. Deux ASH par jour et l'AS qui s'occupe de la décontamination des endoscopes complètent les effectifs en nombre suffisant et adapté à l'activité.

En service ambulatoire, 2 IDE sont présentes sur la journée avec une sœur infirmière en plus qui se partage entre l'activité ambulatoire et l'hospitalisation en fonction des pics d'activité.

Les formations sont réalisées à la fois pour le personnel de bloc (Hygiène en particulier) et d'ambulatoire. Le cadre de stérilisation, nommé PCR, forme à la radioprotection l'ensemble du personnel y compris les chirurgiens.

La gestion documentaire est opérationnelle avec des documents accessibles par informatique au bloc, en SSPI et en ambulatoire. L'équipement informatique est en nombre suffisant et adapté à l'activité.

Les locaux du bloc et de la SSPI sont conformes à l'activité pratiquée malgré l'exiguïté et le peu de zones de stockage car les professionnels ont réussi à optimiser l'espace au maximum des possibilités.

Les zonages radio protection actifs et passifs sont réalisés et des dosimètres sont à la disposition des professionnels à l'entrée du bloc.

Le service ambulatoire est un service d'hospitalisation avec des chambres. Les locaux sont conformes même s'ils sont peu adaptés à l'activité. Les nouveaux locaux (une UCA avec boxes permettra aux professionnels d'améliorer le taux de rotation).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La coordination entre les professionnels du bloc opératoire, la SSPI et le secteur ambulatoire repose sur un accès en temps réel à toutes les informations dont ils ont besoin pour une prise en charge de Qualité par le biais d'un logiciel DPI.

Un travail important de paramétrage a permis de structurer la transmission des informations utiles et nécessaires à chaque professionnel à tout moment de la prise en charge du patient. Ainsi les interfaces sont complètement opérationnelles entre le brancardier équipé d'une tablette, la SSPI, l'IDE du bloc et celle des services d'hospitalisation.

L'interface entre le bloc et la stérilisation est opérationnelle par la fiche navette informatisée reprenant par intervention, les boîtes et matériels utilisés.

La traçabilité des actes est réalisée en temps réel y compris en ambulatoire. Le circuit des DMI est opérationnel avec une traçabilité retrouvée dans le dossier du patient (confirmée par les 2 patients traceurs).

Les ouvertures de salle par les IBO et les anesthésistes sont tracées.

La check liste HAS est réalisée et tracée. Le bio nettoyage est tracé au bloc et en secteur ambulatoire.

Les circuits propres/sales sont opérationnels et respectés. Les protocoles et procédures comme le port du dosimètre, le zéro bijou et la conformité des tenues professionnelles, sont respectés au bloc et en

secteur ambulatoire.

La sortie de SSPI est validée et tracée par le MAR en fonction du score de ALDRET réalisé par l'IDE.

La sortie du patient et son retour à domicile sont validés et tracés par le chirurgien après la réalisation du score de CHUNG par l'IDE. L'appel de la veille et du lendemain sont réalisés et tracés.

Les contrôles air/eau/surface sont réalisés et tracés avec qualification des salles ISO 5.

Le Conseil de Bloc est opérationnel avec traçabilité des réunions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus Bloc Opérateur est évalué avec un dispositif reposant sur les indicateurs IPAQSS (la tenue du dossier Anesthésie), les EPP, des audits, l'analyse des FEI, des RMM et les patients traceurs.

Les EPP : évaluation de la tenue du dossier anesthésiques, évaluation des bonnes pratiques liées à l'antibioprophylaxie peropératoire en adéquation avec les recommandations en vigueur, sont en étape 5 avec un suivi régulier.

Les audits comme le zéro bijou ou la traçabilité de la check-list HAS sont programmés d'une année sur l'autre.

Malgré la sous déclaration des FEI au bloc (une action est en cours dans le PAQSS), des CREX sont réalisés.

Enfin, les patients traceurs viennent compléter le dispositif.

A / AGIR

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

Le dispositif institutionnel d'amélioration continue est opérationnel par la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation.

A partir des résultats, les actions sont définies avec les professionnels comme par exemple, la création du passeport ambulatoire et sa remise au patient lors de la pré admission suite à l'identification d'un problème récurrent d'oubli de document comme la pièce d'identité ou des consentements par le patient.

Ces actions sont formalisées et intégrées dans le PAQSS.

Les résultats sont utilisés pour réévaluer le niveau de maîtrise des risques identifiés lors de la cartographie.

Les résultats sont communiqués à l'ensemble des professionnels lors des instances, CLIN, CDU, COPIL, CME, Conseil de bloc. Un bulletin Qualité est diffusé. Un affichage est réalisé dans les services et le sujet est abordé lors des réunions de service.

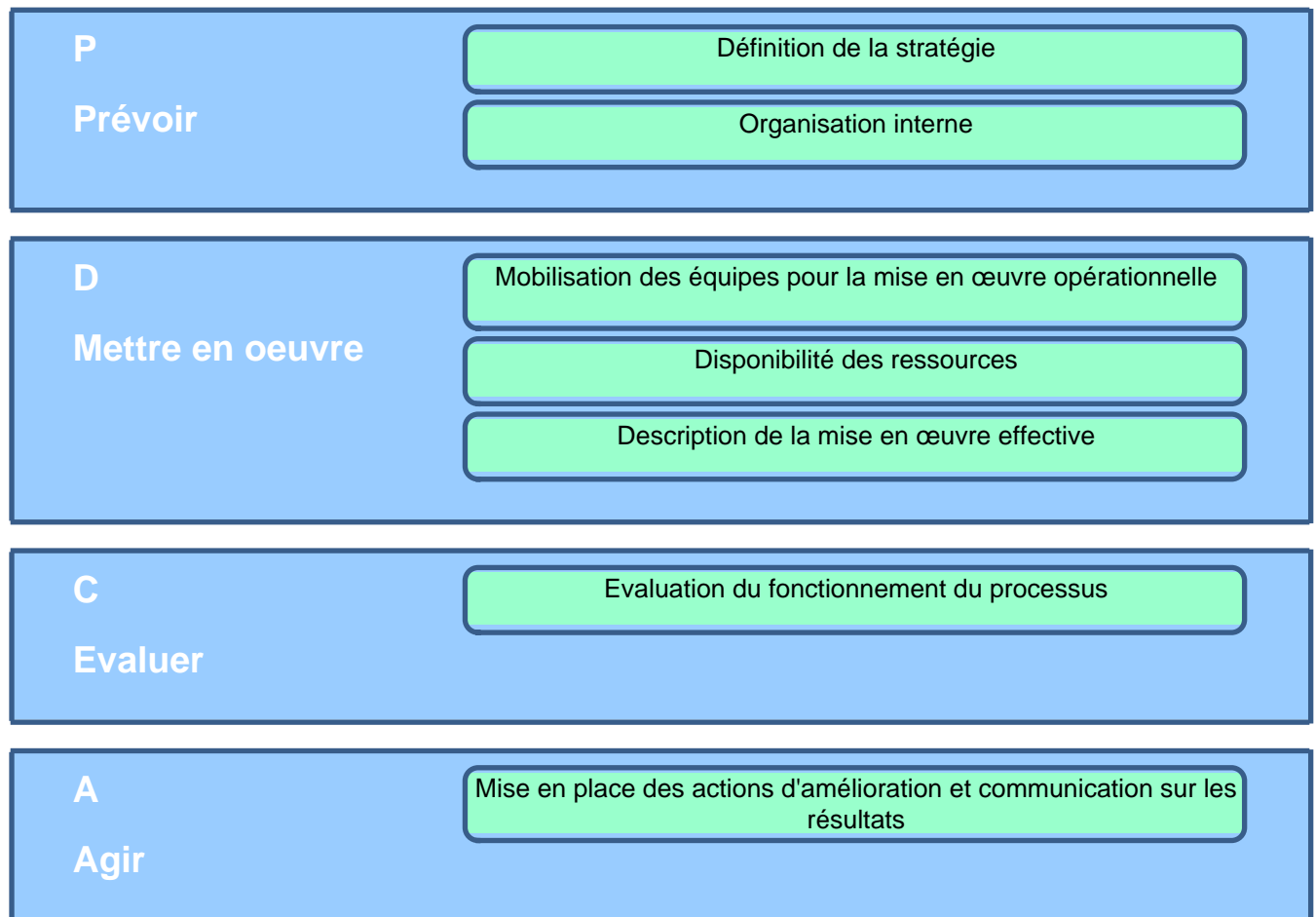
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie digestive et urologique se pratique au sein du bloc opératoire avec une salle dédiée à l'activité d'endoscopie digestive.
Le pilotage opérationnel est commun avec celui du bloc : le fonctionnement et l'organisation du bloc s'appliquent à l'activité d'endoscopie.
La salle dédiée est très exiguë, de même que la pièce utilisée pour la décontamination des endoscopes et urétérocopes.
L'établissement, conscient de l'impossibilité d'augmenter son activité et de continuer à travailler dans des locaux si exigus, a développé un projet d'extension avec des travaux comprenant un bloc opératoire de 6 salles et une salle dédiée à l'endoscopie. La salle de décontamination flambant neuve comprend un dispositif de traçabilité électronique.
Les travaux sont terminés mais le déménagement dans les locaux neufs ne peut se faire en raison de nombreuses malfaçons. Dans l'attente d'un règlement judiciaire, la clinique se voit contrainte de continuer à réaliser son activité dans des locaux mal adaptés.
La cartographie des Risques a été réalisée avec les professionnels sur la base d'indicateurs, de résultats d'audits, le respect des obligations réglementaires et les EPP.
Les risques ont été priorisés par la Criticité (Fréquence/Gravité).
Les objectifs sont identifiés et déclinés dans un PAQSS centralisé. Les modalités de mise en œuvre sont formalisés avec les échéances, les responsables et les modalités de suivi.
Ce programme est présenté, validé en CME, suivi en COPIL et en Conseil de bloc.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote identifié du processus, le cadre de stérilisation, matériovigilant et biomédical, connaît ses missions formalisées dans sa fiche de poste. Il est assisté par le chef de bloc et les 2 Responsables travaillent en binôme. La Charte de Bloc intègre l'activité d'endoscopie. Le fonctionnement et l'organisation sont identiques à ceux du bloc. Ainsi le programme opératoire informatisé permet la validation d'une semaine sur l'autre de l'activité en lien avec le MAR et le cadre de bloc. La régulation au quotidien se fait entre les 2 cadres et le MAR présent l'Après Midi.
Les circuits de prise en charge sont définis avec le secteur ambulatoire et la mise à disposition des appareils nécessaires à l'activité est organisée (AS dédié à cette activité) afin d'en assurer la sécurité de prise en charge. L'identification des besoins et ressources nécessaires est assurée. Les formations sont organisées et inscrites dans les plans de formation 2016/2017/2018.
La gestion documentaire est organisée avec la mise à disposition des documents actualisés comme les protocoles de décontamination ou les procédures de séquestration des endoscopes par exemple.
Les contrôles des endoscopes et de l'eau sont organisés et des plans de maintenance curative et préventive sont en place. La traçabilité des vérifications et des différents temps de décontamination est organisée
Les interfaces avec les services, le bloc et l'EOH sont définies et organisées. La coordination repose en très grande partie sur des échanges d'information portées par le DPI adapté.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel est décliné pour l'activité d'endoscopie avec des actions propres au secteur :

- Améliorer la traçabilité dans le dossier patient;
- Renforcer les bonnes pratiques en matière de prévention du Risque Infectieux,
- Renforcer le signalement en endoscopie;
- Poursuivre la démarche Qualité et sécuriser la prise en charge des patients en endoscopie.

Les professionnels ont été associés à l'identification des risques lors de l'élaboration de la cartographie des risques. Ils participent à l'EPP "Organisation, pratique, gestion du risque infectieux patient endoscopie souple non autoclavable", aux CREX et patients traceurs.
Ils sont sensibilisés au quotidien par les 2 cadres, stérilisation et bloc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel dédié à la décontamination des endoscopes est formé tous les ans et compétent.
La salle dédiée à la décontamination des endoscopes est conforme malgré l'exiguïté des locaux : extraction d'air et marche en avant, bacs de décontamination et soluscopes.

Le personnel dispose de protection, tablier et lunettes.
Les ressources documentaires sont à disposition du personnel informatiquement et les protocoles sont actualisés : temps de décontamination dans les bacs, séquestration en cas de prélèvements non conformes par exemple.
Les accès informatiques sont en nombre suffisant, à proximité dans la salle dédiée à la réalisation des actes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les endoscopes et urétéroscopes font l'objet d'une maintenance curative et préventive effective et tracée dans un carnet de vie tenu par endoscope.

La traçabilité des vérifications et des différents temps de traitement des endoscopes est assurée par des enregistrements par patient (étiquette patient) sur un cahier et sur une fiche par patient rangée dans le dossier du patient.

Les tickets des soluscopes tracent le passage des tubes et assurent la traçabilité dans le cahier et dans le dossier.

Les protocoles de traitement sont connus et respectés par le personnel dédié et formé par des formations réalisées en interne et en externe.

La coordination entre les professionnels, comme pour le bloc opératoire, repose sur l'accès au DPI avec les informations dont ils ont besoin en temps réel. Les interfaces sont opérationnelles avec le bloc, la stérilisation, et les services.

Les circuits définis sont respectés (propres/sales et marche en avant). Les contrôles eau/endoscopes/qualification des soluscopes sont effectifs et tracés. La traçabilité du risque ATNC est assurée.

La conseil de Bloc est opérationnel avec la traçabilité des réunions.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ensemble du processus est évalué par le suivi d'indicateurs, des EPP "Organisation, pratique, gestion du risque infectieux patient en endoscopie souple non autoclavable" et des audits sur la traçabilité du risque ATNC ou sur la traçabilité du pré traitement des endoscopes.

Le recueil et l'analyse des recueils des Evènements Indésirables permet aux cadres de réaliser des CREX auxquels participent les professionnels.

A / AGIR

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

Le dispositif institutionnel d'amélioration continue repose sur la mise en oeuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation.

Par exemple, afin d'assurer une traçabilité exhaustive du pré-traitement des endoscopes (problème repéré lors d'un audit), la clinique, dans les locaux neufs, a prévu un processus informatique par le biais d'une puce par endoscope.

Les actions sont intégrées dans le PAQSS et le niveau de maîtrise des risques identifiés est revu.

La communication sur les résultats est réalisée dans les instances, les réunions de service et par voie d'affichage.