



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE DES CÈDRES

21 rue albert londres
Bp 219
38432 ECHIROLLES

NOVEMBRE 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	53

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DES CEDRES	
Adresse	21 rue albert londres 38432 ECHIROLLES
Département / région	ISERE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	380795211	CLINIQUE DES CEDRES	21 rue albert londres Bp 219 38432 Echirolles
Etablissement de santé	380785956	CLINIQUE DES CEDRES	21 rue albert londres Bp 219 38432 ECHIROLLES

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	66	24
MCO	Gyneco-Obstétrique	31	/
MCO	Médecine	47	/

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	chirurgie	Cancer digestif opéré	Programmé	Simple	MCO
2	Personne âgée	Médecine gériatrie	syndrome inflammatoire. Infection urinaire	Urgence	complexe	MCO
3	Femme/Bébé	Obstétrique	Accouchement par voie basse	Urgence	Simple	MCO
4	Femme	Chirurgie Gynécologique - Ambulatoire	Stérilisation tubaire	Ambulatoire	Simple	MCO
5	Enfant	Chirurgie urologique	Abaissement testiculaire	Ambulatoire	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

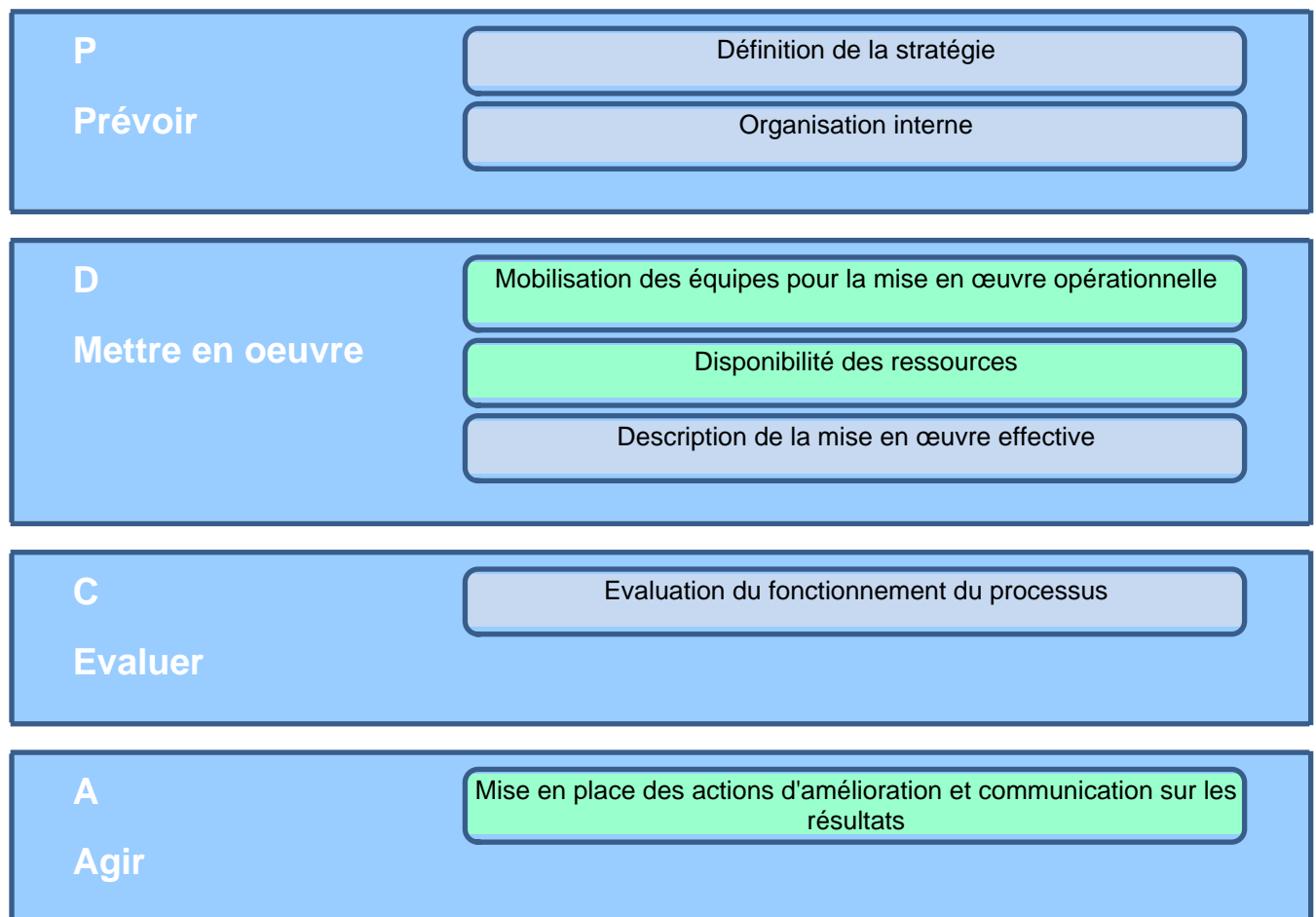
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité, gestion des risques et sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques de la Clinique des Cèdres rédigées en janvier 2019. Elle se décline selon 8 axes prioritaires visant à mettre en œuvre un programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, à promouvoir et mettre en œuvre une qualité de vie au travail, à améliorer le management de la prise en charge dans les secteurs à risque, à améliorer et sécuriser la qualité de la prise en charge médicamenteuse, à optimiser les parcours patient, à développer le système d'information, à améliorer la gestion du dossier patient, à promouvoir les actions visant la bientraitance et le respect des droits des patients. Elle intègre par ailleurs la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Le premier axe de cette politique s'attache en particulier à développer la culture sécurité visant à encourager le signalement des événements indésirables (EI), des presque événements, des événements porteurs de risque, à favoriser l'implication des équipes dans l'analyse des causes latentes, à promouvoir le retour d'expérience des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et la culture positive de l'erreur. Cette stratégie est reprise dans le manuel qualité qui comprend l'engagement formalisé de la direction et de la CME à promouvoir la politique qualité risque et à mettre en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette stratégie s'est appuyée dans son élaboration sur le concours des représentants des usagers (RU) et a été validée par la CDU et la CME. Elle est établie sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La Clinique a établi une cartographie des risques des différents processus. L'identification, la hiérarchisation et la priorisation des risques a été réalisée selon la méthodologie de la HAS par des groupes de travail affiliés à chaque processus composés de professionnels médicaux, soignants et administratifs. Les sources de données utilisées pour la réalisation des cartographies prennent en compte les exigences réglementaires, l'analyse des risques a priori, l'analyse des risques a posteriori (EI, EIGAS, CREX, RMM, analyse des plaintes et réclamations), les résultats des indicateurs nationaux, régionaux et internes, des évaluations de pratique professionnelle et les retours d'information liés aux activités réalisés dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins. De manière générale, les risques des différents processus identifiés ont été priorisés, ils sont assortis d'un plan d'action formalisé dans le compte qualité pour la totalité des processus et intégrés dans le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Concernant le processus qualité gestion des risques, le programme inclut les actions consécutives au traitement des EIGAS et des plaintes et réclamations. Les modalités de mise en œuvre sont définies en termes d'objectifs, de responsabilité et d'échéancier, les modalités de suivi sont précisées. Le programme a été validé par la CME et le COVIRIS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus management qualité gestion des risques est assuré au niveau institutionnel par le comité de direction composé du Président Directeur Général, du président de la CME, du directeur adjoint (médecin anesthésiste), de la directrice des soins, de la directrice du bloc opératoire, du médecin médiateur médical et président de la CDU, du médecin DIM, du directeur des affaires financières et de la directrice des ressources humaines. Le pilotage opérationnel est confié au service qualité composé d'un médecin responsable assurance qualité également coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, d'un manager qualité et d'un gestionnaire des risques. Ce service est en charge de la coordination et de l'animation du compte qualité en lien avec les pilotes de processus, il est de manière générale le garant méthodologique de la démarche qualité gestion des risques. Le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste et d'un médecin orthopédiste, plus particulièrement en charge des dispositifs médicaux implantables. Les rôles et missions des pilotes ainsi que les responsabilités des professionnels impliqués sont connues et formalisées dans le manuel qualité. Ce dernier précise en outre l'organigramme qualité risques en lien avec les instances et comités de l'établissement. La coordination des différentes composantes du système qualité, de la gestion des risques et des vigilances est réalisée par l'intermédiaire du Comité de Coordination des Vigilances et des Risques (COVIRIS). Celui-ci rassemble les vigilants (pharmacovigilant, hémovigilant, identitovigilant, matériovigilant), les présidents des différentes instances et comités, les pilotes – copilotes de processus ainsi que les référents qualité risques. Ces derniers constituent le lien avec les équipes de terrain. En effet, dans chaque service sont désignés des référents des différentes instances et comités et en particulier des référents CREX. L'analyse et le traitement des EI sont organisés. Le service qualité analyse toutes les déclarations de manière hebdomadaire et se réunit avant chaque CREX pour préparer la revue des EIAS ainsi que l'analyse approfondie et structurée du cas retenu lors de la précédente réunion. Les professionnels déclarent les EI, les EIG, les EIR, les événements porteurs de risque (EPR) et presque accidents ainsi que les EI évités par la mise en œuvre de la check list au bloc opératoire. Les EPR déclarés par les médecins dans le cadre de leur accréditation sont intégrés dans le dispositif de signalement de la Clinique. La déclaration des EIGAS à l'ARS a été initiée depuis septembre

2019. Une organisation est en place pour la gestion et le signalement des alertes sanitaires. La gestion des plaintes et des réclamations quel que soit la source est définie et encadrée. Les patients sont informés de cette possibilité par l'intermédiaire du site internet et du livret d'accueil. Le suivi des contentieux est assuré par l'assistant de direction, vice-président de la CDU, le traitement des courriers est confié à une secrétaire. Toutes les doléances de la semaine sont analysées lors d'une réunion hebdomadaire rassemblant les médiateurs médical et non médical ainsi que la secrétaire en charge de répondre aux plaignants. Le circuit de traitement et de validation est défini dans une procédure, la CDU est informée de toutes les plaintes, réclamations et contentieux à chacune de ses réunions. Le dispositif est articulé avec le signalement des EI : les plaintes et réclamations sont saisies à l'identique des EI et bénéficient ainsi du même traitement en CREX ou RMM, et de l'intégration des plans d'actions dans le PAQSS institutionnel. Le dispositif de gestion documentaire est informatisé, le même logiciel permet également la déclaration d'EI. Il est directement accessible depuis le dossier patient, favorisant ainsi la démarche déclarative. Cette approche a été soutenue par la rédaction et la diffusion d'une charte de non punition. La procédure « Gestion des documents et des enregistrements » définit les règles de rédaction, de diffusion et de révision documentaire. Le registre des plaintes et réclamations permet de colliger les doléances des patients. Le dispositif de gestion de crise est défini dans le cadre du plan blanc. Les professionnels sont formés en interne et en externe à la qualité gestion des risques et à la maîtrise du risque transfusionnel, ce qui est confirmé par les plans de formation. Un parcours d'intégration est prévu pour les médecins, il inclut une formation à la qualité et à la gestion des risques. La moitié de l'effectif médical de la Clinique est accréditée. Le manager qualité et le gestionnaire des risques participent régulièrement aux journées d'échange organisées par la structure régionale d'appui en Rhône Alpes. Les moyens matériels concourent à assurer la qualité et la sécurité des prises en charge. Les interfaces sont organisées entre la qualité gestion des risques et les autres processus par l'intermédiaire du travail collaboratif entre les différents pilotes, co-pilotes de processus, par l'intermédiaire du COVIRIS, des CREX et de l'implication du corps médical dans la démarche de gestion des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action opérationnels issus du PAQSS sont déclinés par thématique, par instance et par service. Des groupes de travail multidisciplinaires impliquant les professionnels médicaux et paramédicaux ont été mis en place en vue d'identifier et de prioriser les risques. Les professionnels de la Clinique ont été mobilisés dans l'élaboration du compte qualité. Des actions de sensibilisation et de communication autour des EI déclarés, des plaintes et réclamations sont régulièrement menées par l'encadrement lors des réunions de service et/ou de débriefing ainsi que lors des temps de transmission formels ou informels. Les professionnels rencontrés lors des investigations terrain en chirurgie orthopédique, en médecine gériatrique, au bloc obstétrical et au bloc opératoire déclarent les EI, ils sont associés à l'analyse des événements, des doléances des patients et sont informés de la suite donnée à leur signalement. Les référents CREX sont les vecteurs de la transmission d'information en direction des équipes. Ils sont également impliqués dans le recueil de la satisfaction des patients et ont connaissance des résultats des évaluations nationales. Par ailleurs, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par la réalisation d'audits, d'EPP (dont patients traceurs), de RMM, du recueil de la satisfaction des patients et par le suivi des indicateurs internes et nationaux, dont e-Satis et RCP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles pour la mise en œuvre des actions en lien avec la démarche qualité et sécurité des soins. Une sensibilisation des professionnels (83 professionnels médecins, soignants, administratifs et logistique) a été réalisée en 2018 dans le cadre des réunions d'information portant sur la « Présentation générale de la démarche qualité risque, le système d'information qualité, les intérêts et enjeux du signalement ». Le manager qualité et le gestionnaire des risques participent régulièrement à des journées thématiques régionales ciblant par exemple l'intégration des risques sociaux dans le document unique, la cartographie des risques ou encore le point de vue juridique de la déclaration d'EIG. Par ailleurs, les actions prévues au plan de formation concernant les bonnes pratiques transfusionnelles et le dépôt de sang ont été mises en œuvre. Les nouveaux arrivants sont formés à la gestion documentaire et à la déclaration d'EI à l'occasion de la formation à l'utilisation du dossier patient informatisé. Le médecin médiateur et les deux représentants des usagers (RU) titulaires sont formés à la médiation, les RU participent au processus et aux réunions de médiation. Le médecin médiateur a également bénéficié d'une formation à l'information en cas de dommage associé aux soins. Le dispositif de gestion documentaire informatisé est opérationnel et connu des professionnels. Il contient en outre les procédures de signalement des événements indésirables, la conduite à tenir en cas d'EIG, l'organisation et le fonctionnement du retour d'expérience la gestion des alertes ascendantes et descendantes, la procédure de gestion des plaintes et réclamations et toutes les procédures du processus transfusionnel. Plusieurs guides sont à disposition des professionnels (ex : CREX et méthode ORION). Le COVIRIS et la CDU disposent de leur règlement intérieur. Les équipements informatiques sont présents en suffisance dans tous les services, un dépôt d'urgence vitale situé aux urgences permet d'assurer la

sécurité transfusionnelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs rencontrés connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures définis pour assurer le fonctionnement et la prise en charge des patients. La Clinique des Cèdres a mis en place une démarche globale, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques, en adéquation avec la politique énoncée s'appuyant en particulier sur le retour d'expérience et la culture positive de l'erreur. Ainsi, les événements indésirables déclarés constituent une donnée d'entrée dans l'identification et la priorisation des risques. Le dispositif est informatisé et s'appuie sur un support de déclaration accessible à tous les professionnels (y compris médicaux) permettant le signalement des EI et des EPR. L'anonymat est rendu possible. Le professionnel déclarant renseigne l'évènement, évalue sa criticité, fait état de son analyse et des actions immédiates mises en œuvre. Il est d'emblée sollicité pour proposer des actions d'amélioration. La déclaration est réceptionnée par le gestionnaire des risques, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le manager qualité, certains membres du Comité de Direction (dont le médecin médiateur, le directeur adjoint, la DSI, la directrice de bloc) et les pilotes du processus concerné. Les déclarations sont analysées régulièrement, une attention particulière est portée aux EIAS et aux EI récurrents qui sont analysés en CREX tous les mois. Un EI est sélectionné pour une analyse des causes profondes selon une méthodologie structurée. Les plans d'action sont définis, intégrés au PAQSS global et suivis à chaque réunion de la commission. Celle – ci est ouverte à l'ensemble des professionnels, en particulier à ceux présents lors de l'EI. Les signalements réalisés intègrent également les presque-accidents, les EPR déclarés par les médecins et les EI évités par la check list au bloc opératoire et en endoscopie. Deux EIGAS ont fait l'objet en septembre et en octobre 2019 d'une déclaration à l'ARS. Les EIAS ont fait l'objet d'une analyse croisée (avec identification des causes et propositions d'amélioration) avec les doléances des patients et les contentieux. Une étude de la sinistralité d'une spécialité à risque (chirurgie du rachis) a été menée et comparée aux plaintes et réclamations des patients depuis 2009. Toutes les doléances orales et écrites des patients (à l'exception de celles diffusées sur les réseaux sociaux) sont prises en compte et font l'objet d'un compte rendu écrit présenté en CDU. En cas de plainte ou réclamation orale, un entretien est systématiquement proposé avec le médiateur médical ou non médical, il est suivi d'une enquête et d'une réponse écrite au plaignant. La doléance écrite est suivie d'un premier courrier accusant réception puis de la réalisation d'une enquête interne, le médecin concerné est informé en tant que de besoin. Il est suivi d'un second courrier portant l'argumentaire de réponse avec proposition de médiation et/ou d'action compensatrice selon la nature de la plainte. La proposition de médiation fait l'objet d'un courrier spécifique adressé par le médecin médiateur demandant autorisation de consultation du dossier. En cas d'acceptation, la médiation est conduite par le médecin médiateur et les RU formés. Le patient est également informé des suites judiciaires à entreprendre. La médiation donne lieu à l'établissement d'un compte rendu soumis aux RU avant diffusion. Les plaintes et réclamations sont articulées avec le dispositif des EI et donnent lieu à analyse et traitement en CREX ou RMM avec plan d'actions associé contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Les démarches d'évaluation de pratique professionnelle (EPP) sont placées sous l'égide de la CME, elles intègrent les RMM concernant l'anesthésie, la chirurgie digestive et urologique, l'obstétrique (RMM internes et RMM du réseau périnatal), les urgences et l'orthopédie infectieuse (en lien avec le CHU). Les EPP sont déployées dans tous les secteurs avec un engagement effectif des professionnels médicaux et paramédicaux. Elles incluent la réalisation des patients traceurs. Des RCP sont mises en œuvre en cancérologie et en chirurgie bariatrique, leur déploiement est conforme aux attendus, tel que le démontre le résultat de l'indicateur national associé. La gestion de crise est éprouvée au travers d'exercices de simulation visant à l'activation de la cellule de crise, à l'installation de la cellule de tri, au confinement de l'ES dans le cadre d'un exercice départemental, à la simulation plan blanc avec l'ARS. Les interfaces entre le processus management de la qualité et des risques et les autres processus sont rendus opérationnels par le suivi méthodologique de l'identification, de l'analyse des risques et des plans d'actions associés. Leur déclinaison est réalisée au travers des réunions des instances (CME, CLAN, CLIN, CLUD, COMEDIMS, CSTH) dont certaines associent les RU, par l'intermédiaire de la CDU et par le COVIRIS. Ces instances se réunissent à périodicité régulière et produisent leur compte rendu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du système de management de la qualité gestion des risques est réalisée à l'aide des indicateurs qualité et sécurité des soins, en particulier RCP2 et e-Satis. Des tableaux de bord d'indicateurs participent au pilotage et au suivi du processus. Ils sont composés des indicateurs du processus transfusionnel (dont taux de PSL détruits), évaluent la satisfaction des usagers (dispositif e-Satis, taux de retour des questionnaires de sortie), la gestion des plaintes et réclamations, le suivi des demandes de dossiers, le suivi des contentieux, le dispositif de déclaration des EI et de retour d'expérience (nombre annuel de CREX et RMM), le nombre de formations, le taux d'avancement du PAQSS.

Des actions d'évaluation spécifique portant sur la chirurgie la plus à risque sont menées : sinistralité sur la chirurgie du rachis avec analyse des infections du site opératoire. Sur cette même chirurgie : évaluation des actes traceurs et suivi d'un traceur de préemption d'infection nosocomiale. La Clinique a complété ces évaluations par une analyse croisée entre les EIG, les plaintes, réclamations, contentieux et les demandes de dossiers. En parallèle, une évaluation annuelle de la sinistralité de la Clinique est réalisée avec l'assureur. Le tableau de bord des EPP permet de suivre le déploiement sur la Clinique et l'état d'avancement des démarches en cours, il comprend en particulier l'évaluation qualitative de la mise en œuvre de la check list au bloc opératoire. Des patients traceurs ont été initiés depuis 2018 dans tous les secteurs de soins. Le bilan annuel de la CDU est réalisé tous les ans conformément aux dispositions réglementaires. Le bilan qualité – gestion des risques annuel est produit, il est associé au bilan du COVIRIS incluant toutes les vigilances.

A / AGIR

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

Le programme et la politique qualité risques sont réévalués en fonction de l'avancement du programme d'actions et des résultats obtenus. Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre en vue d'optimiser le signalement des EI : déclaration des EIGAS sur le portail ARS, articulation EI - plaintes, réclamations et contentieux, diffusion d'une charte non punitive, incitation des professionnels à déclarer. Ce plan d'actions est complété par la mise en place d'une démarche évaluative sur les actes à haut risque associée à l'analyse des pratiques dans les secteurs à risque et des EIG associés avec pour corollaire la redéfinition des responsabilités concernant la mise en œuvre de la check list au bloc opératoire, la création et la révision des procédures associées. Par ailleurs, l'analyse de ces EIG a abouti à la sécurisation de la prescription de sortie par son informatisation. Toutes les actions identifiées à l'issue des analyses des risques sont systématiquement intégrées dans le PAQSS global de la Clinique. La communication des résultats d'évaluation et des actions d'amélioration est réalisée en interne via le logiciel de gestion documentaire, via le réseau partagé, par le journal interne et par voie d'affichage. En externe, la communication est réalisée par le site internet, par le livret d'accueil et par l'affichage des résultats des indicateurs et des adresses de messagerie des RU.

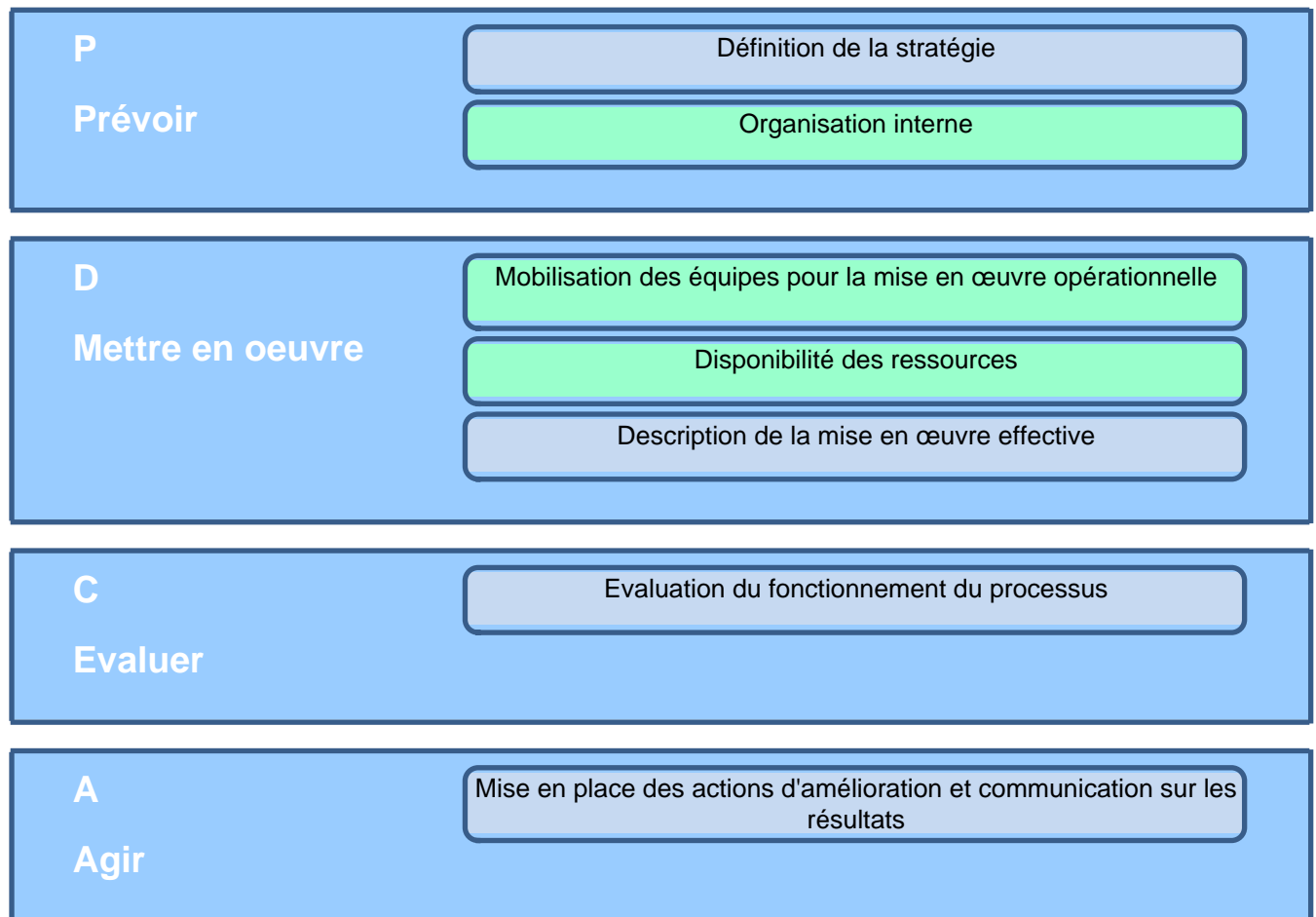
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 gestion du risque infectieux est inscrite dans les chapitres « Intégrer la lutte contre les infections associées aux soins dans une démarche globale de gestion des risques » et « Maitriser le risque de diffusion SAMR/SAMS et streptocoque B par une technique de dépistage innovante" de la note d'orientations stratégiques (janvier 2019). Les axes stratégiques prioritaires identifiés sont la maîtrise des infections associées aux soins et le bon usage des antibiotiques.

Les objectifs prioritaires sont le résultat d'une identification des risques et des besoins. Une cartographie des risques intègre l'analyse a priori et a posteriori. Les risques a posteriori et le Compte qualité ont été élaborés avec les professionnels sur la base des EI, du suivi des indicateurs, des résultats des évaluations, des signalements, des surveillances épidémiologiques. Dans le compte qualité sur la thématique gestion du risque infectieux, l'établissement a identifié 9 risques prioritaires : la contamination croisée (non identification d'un patient porteur de BMR), le défaut de transmissions service/bloc sur la préparation préopératoire, la contamination croisée (défaut de transmissions en cas de patient nécessitant des précautions complémentaires), le maintien inutile des précautions complémentaires contact, le traitement de sortie patient SAMR+ non prescrit en ambulatoire ou aux urgences, le non respect des précautions complémentaires en cas de transfert interne/externe, l'utilisation de produits antiseptiques périmés au bloc opératoire, le défaut de traçabilité de la pré-désinfection des DM restérilisables services de soins et bloc et la désorganisation dans l'entretien des chambres patients placés en précautions complémentaires.

Les risques ont été hiérarchisés (méthodologie de la HAS). Ils sont déclinés dans un programme d'action formalisé, priorisé, unique. Les modalités de mise en oeuvre du programme ont été définies. Le programme et la stratégie de gestion du risque infectieux ont été présentés au CLIN, à la CME, à l'EOH et au COVIRIS. Le programme est intégré dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus. L'EOH, composée du président du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (médecin biologiste, infectiologue et référent antibiothérapie), d'un pharmacien, d'une infirmière hygiéniste et de la responsable du bio-nettoyage, pilote la gestion du risque infectieux. Les missions des pilotes de processus sont décrites dans le manuel qualité. Depuis 2015 les ressources de l'EOH ont été renforcées par une coopération avec l'Equipe spécialisée partagée de prévention du risque infectieux (FEMERIS ESPPRI, CH Métropole Savoie).

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est chargé de la prévention du risque infectieux. Il a pour mission d'élaborer la politique de lutte contre les infections nosocomiales décrites dans un document intitulé « organisation et missions du CLIN et de l'équipe opérationnelle d'hygiène ». Il se réunit trois fois par an ; organise régulièrement des réunions de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu diffusé. Un retour d'information auprès des praticiens est réalisé lors des réunions CME par le président du CLIN.

Les ressources nécessaires et les besoins ont été identifiés. Les besoins en formations sont définis (formation des nouveaux arrivants, bon usage des antibiotiques, bio nettoyage) ainsi que les besoins en compétence (intervention d'un praticien hygiéniste) et en effectif.

Un comité anti infectieux est chargé du suivi de la gestion du risque infectieux.

Les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont définies et formalisées. Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques (formation, guide antibiothérapie de 1ère intention, Protocoles d'antibioprophylaxie, Protocole réévaluation des antibiotiques avec modalités de réévaluation et l'obligation de la réévaluation à 48h et 72h) est en place. Le bio nettoyage et le suivi des prélèvements sont organisés. Les missions, les responsabilités (prestataire externe de bio-nettoyage, protocoles, suivi, etc.) sont établies dans le cadre de l'organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux.

Les interfaces sont organisées en interne entre secteurs (soins, pharmacie, laboratoires) et entre l'ensemble des professionnels (spécialistes libéraux, médecins traitants, service des urgences, services d'hospitalisation, l'EOH et laboratoires...) et en externe au plan régional (service infectieux du CHU, CH Métropole Savoie). L'EOH collabore avec des correspondants en hygiène représentant l'ensemble des services de soins, en coordination avec le gestionnaire de risques. Les modalités de collaboration entre les professionnels, le référent antibiotique infectiologue, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie sont définies.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'EOH et le management de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle de gestion du risque infectieux. Dans chaque secteur un correspondant en hygiène est désigné. Il est chargé du déploiement opérationnel de la démarche de maîtrise du risque infectieux auprès des professionnels de son service. Un programme d'actions de prévention et de surveillance est en place. Des actions d'information et de formation des professionnels en matière de lutte contre les IAS sont menées. L'IDE hygiéniste conduit des évaluations des pratiques et promotion de la qualité des soins (suivi de la consommation de GHA par service, préparation cutanée préopératoire, Surveillance des infections liées aux dispositifs invasifs) et s'assure en lien avec le prestataire de la conformité des pratiques (Surveillance épidémiologique et environnementale). Les professionnels sont informés des résultats des évaluations; ils déclarent les EI (12 en 2018) et sont associés aux actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en SHA, GHA, matériel sécurisé, tenues professionnelles, EPI, matériel pour le bio nettoyage sont disponibles. L'établissement propose une approche préventive de dépistage des facteurs de risque des patients à leur admission en développant des techniques innovantes de diagnostic microbiologique rapide.

Depuis 2012, la clinique des Cèdres s'est doté d'un robot permettant de réaliser des analyses par polymérase chain réaction (PCR), en temps réel, au coup par coup, 24h sur 24H pour l'ensemble des entrants dans l'ensemble de services.

Les documents sont actualisés, validés établis à partir de textes réglementaires et/ou de recommandations reconnues. Ils sont accessibles dans la GED. Les guides/protocoles (antibiotiques, antibiothérapie de 1ère intention, antibioprophylaxie, réévaluation de l'antibiothérapie probabiliste, dépistage BMR, BHRe) sont diffusés aux professionnels. Dans le livret d'accueil des rubriques "hygiène" et "préparation cutanée" pré opératoire sont disponibles et des documents d'information sur les risques infectieux sont diffusés aux patients. Le logiciel patient comporte des alertes notamment sur la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure avec un menu déroulant pour le choix du motif de la réévaluation.

Les effectifs et les compétences (correspondants hygiène, référent antibiotique infectiologue, CGDRAS) sont disponibles. L'intégration des nouveaux arrivants est assurée. Des formations périodiques sont mise en oeuvre: formation à l'hygiène des locaux pour les professionnels en charge du bio-nettoyage (entretien des surfaces, balayage humide, essuyage humide, code couleur, familles de produits et leur utilisation, connaissance du dosage des produits, règles d'hygiène hospitalière, matériel et son entretien, vêtements de travail) ; formation par l'EOH des professionnels de santé à la prévention du risque infectieux (sensibilisation/formations SHA et GHA, hygiène des mains, PS et PC, préparation cutanée) ; formation périodique aux bon usage des antibiotiques et des informations sur le bon usage des antibiotiques sont transmises en CME.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH.

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est effective et tracée dans le dossier patient informatisé. Les indicateurs ICATB (A, 2018) et ICABMR (A, 2016) sont suivis. Les règles concernant l'antibiothérapie probabiliste sont respectées (procédure d'antibiothérapie de 1ère intention) et les protocoles d'antibioprophylaxie sont appliqués conformément aux dernières recommandations de la SFAR (Refonte totale du protocole antibioprophylaxie en 2017).

Le dépistage des bactéries multi-résistantes est mis en œuvre: information du patient sur le dépistage systématique; prélèvement à l'entrée du patient; envoi immédiat des prélèvements au laboratoire par système pneumatique; analyse des résultats dans des délais courts (le dispositif des analyses par PCR permet d'obtenir un dépistage rapide des SAMR/SAMS, des BHRe ainsi que du streptocoque B : 32 à 72 minutes); communication des résultats avant l'intervention ou l'accouchement pour que le patient infecté puisse recevoir un traitement adapté ; traçabilité du résultat et de la prescription et administration; retour d'information au patient et isolement si nécessaire; remise d'un document sur l'intérêt du dépistage et sur la conduite à tenir par le patient au cours de son séjour dans la Clinique mais également lors de son retour à domicile pour limiter toute complication infectieuse post opératoire. Un bracelet bleu est posé au poignet et au lit du patient pour les patients porteurs de BMR ou BHRE.

La prévention et la surveillance des infections en lien avec l'environnement sont mises en oeuvre: bio nettoyage des sols et des locaux (prestataire extérieur) ainsi que l'hygiène de l'environnement immédiat du patient avec fiches de traçabilité; contrôles micro biologiques de l'air, de l'eau des surfaces avec

traçabilité assurée (tous les trimestres bloc opératoire et services). Le traitement du linge et des déchets est conforme aux bonnes pratiques.

La prévention et la surveillance des IAS sont mises en oeuvre: Hygiène des mains; Précautions standard, précautions complémentaires, précautions lors des gestes invasifs; prévention des ISO (préparation cutanée); Bon usage de l'antibioprophylaxie ; Suivi de l'écologie bactérienne. Le dispositif de signalement est opérationnel ainsi que le dispositif de gestion des épisodes épidémiques.

La traçabilité des actions et des activités de surveillance et de prévention du risque infectieux (soins, bio nettoyage, entretien des locaux de stockage des DASRI et des déchets, prélèvements environnementaux) est effective. Les circuits et les interfaces notamment avec la pharmacie, l'EOH et les laboratoires sont opérationnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la gestion du risque infectieux (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Des évaluations de pratique professionnelles sont réalisées sur la douche opératoire, sur les précautions complémentaires, sur les précautions standard, sur le sondage urinaire, sur le suivi du protocole et conduite à tenir en cas de dépistage systématique de SAMS et SAMR, sur l'antibioprophylaxie sur toutes les chirurgies.

L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux sur la maîtrise du risque infectieux et développe le recueil de nouveaux indicateurs nationaux (ICSHA3, PCC, VAG, ISO Ortho, ATBIR), régionaux (CAQES) et suit l'indicateur de maîtrise du risque infectieux dans les secteurs opératoires (IRISO). Les résultats en deçà des attentes (ICSHA3, 2018) donnent lieu à des actions d'amélioration (Actions de sensibilisation par l'encadrement et l'EOH, Amélioration du suivi de la consommation de GHA par service et suivi en comité de pilotage risque infectieux).

Des démarches de benchmarking avec d'autres établissements de santé sont mises en oeuvre. L'établissement assure également des surveillances des consommations de solutions hydro alcooliques (SHA et GHA) et suit les infections liées aux dispositifs invasifs (cathéter veineux). Des enquêtes de surveillance des IN sont mises en oeuvre.

L'établissement procède aux surveillances environnementales (air, eau, surface) au bloc opératoire et dans les services et dans le cadre de la démarche de dépistage systématique à l'entrée du risque infectieux, la clinique assure le suivi d'un indicateur ISO en continu. En 2018, 5% des événements indésirables ont porté sur le thème gestion du risque infectieux.

Un bilan annuel du programme de prévention du risque infection et de lutte contre les IAS est présenté en CME/COVIRIS. Il intègre les résultats des indicateurs nationaux de lutte contre les infections associées aux soins.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre ou en cours suite aux évaluations : informatisation de la fiche anesthésie avec la traçabilité de l'heure d'incision et l'heure d'administration de l'antibioprophylaxie; la mise en place d'un nouvel antiseptique pour la pose d'un cathéter; autoévaluation des correspondants hygiènes sur le GHA; refonte totale du protocole antibioprophylaxie, amélioration du logiciel prescription pour déployer la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques avec production de statistiques...

Les supports et modalités de diffusion sont établis. En interne la communication est réalisée via le logiciel de gestion documentaire, via le logiciel de dossier patient, par voie d'affichage ou par le journal interne. Une communication périodique des résultats est assurée en CME.

En externe la communication est réalisée par le site internet, par des documents d'information « Vous êtes porteur d'un SAMR, SAMS, EPC, précautions à prendre », par le livret d'accueil ou par voie d'affichage.

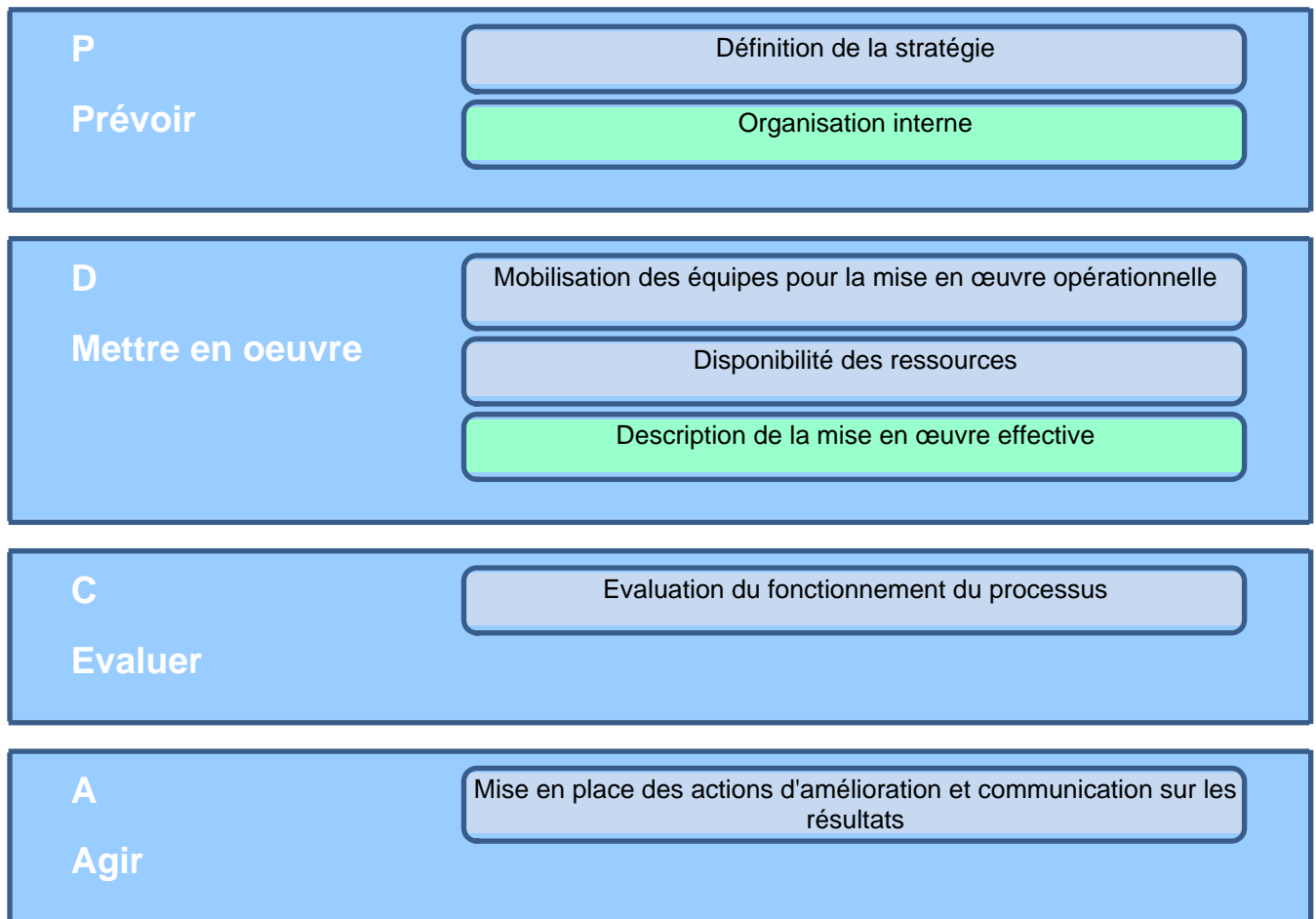
DROITS DES PATIENTS

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 est inscrit dans la note d'orientations stratégiques de la clinique des Cèdres dans le chapitre "Commission des Usagers et démocratie sanitaire" et fait partie intégrante de l'axe 8 de la politique qualité risques en association avec la Commission des Usagers et les représentants des usagers.

L'établissement a défini sa stratégie sur les droits des patients et ses objectifs, à partir d'une analyse des risques réalisée notamment suite à un "questionnaire des professionnels de l'établissement sur la Bienveillance et droits des patients/regards croisés sur la bienveillance" élaboré par la HAS, suite aux signalements d'évènements indésirables, aux recueils des réclamations...

10 risques prioritaires ont été identifiés dans le compte qualité : le défaut d'organisation de la réflexion éthique ; le manque d'information des patients et des professionnels sur l'existence et le rôle des représentants des usagers ; le défaut d'information/ consentement sur les soins dispensés ; l'annonce, accompagnement du diagnostic inadapté, le défaut d'information, d'accompagnement en cas de dommage lié aux soins ; le non respect intimité/dignité du patient ; les informations médicales délivrées en présence d'un tiers/défaut de confidentialité informations médicales ; la perte, détériorations effets personnels (prothèses dentaires, auditives, lunettes, etc....) ; la contention sans prescription médicale, non protocolisée ; le manque/insuffisance d'informations remises au patient à la sortie. Cette stratégie, validée par la commission des usagers, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé dont les modalités de mise en œuvre sont définies.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la Commission des Usagers est réalisée via les livrets d'accueil (hospitalisation, ambulatoire, maternité) et par voie d'affichage.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage du processus Droits des patients est assuré par le Président de la Commission des usagers et la directrice des soins. Les missions des pilotes de processus sont décrites dans le manuel qualité.

La commission des usagers est en place. Elle se réunit conformément à la réglementation. Un règlement intérieur Commission des usagers précise les missions, la composition, le fonctionnement, l'examen des plaintes et réclamations, les moyens et les attributions de la CDU.

L'établissement adhère à une fédération de réflexion éthique regroupant les établissements sanitaires et médico-sociaux grenoblois. Cette structure peut être saisie par l'établissement pour toute question éthique.

Un protocole "signalement des cas de maltraitance" décrit les modalités de signalement simple, de procédures d'urgence notamment pour les enfants en danger, les nouveaux nés, les violences conjugales et les maltraitances sur personnes vulnérables (personnes handicapées, personnes âgées, femmes enceintes, majeurs protégés).

La gestion des interfaces entre secteurs est organisée entre l'ensemble des professionnels (service des urgences, services d'hospitalisation, bloc opératoire, médecins, soignants, médiateurs médicaux et non médicaux, représentants des usagers et CDU).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus et les cadres de secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus droit des patients. Dans différents secteurs des plans d'action spécifiques sont en place en déclinaison du programme institutionnel.

Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats, notamment sur le recueil de la personne de confiance, sur les directives anticipées, sur le recueil du consentement éclairé...Les professionnels sont associés à l'identification des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et

documentation (validé et actualisée, diffusé à l'ensemble des professionnels sur le logiciel de gestion documentaire) sont disponibles dans les secteurs.

Les ressources humaines sont disponibles dans les secteurs.

Les professionnels de la clinique des Cèdres sont formés aux droits des patients (formations sur la bientraitance). Deux journées REFOPPECC de sensibilisation ont également été réalisées par le président de la commission des usagers en 2018 sur les droits des patients, bientraitance, démocratie sanitaire auprès de 70 professionnels de la clinique.

Toutes les chambres doubles ou chambres en ambulatories de 4 lits sont équipés de paravent de séparation. Des rideaux "occultants" ont été installés dans certaines chambres ainsi qu'en SSPI afin de respecter l'intimité des patients. Des chambres pour personnes à mobilité réduite sont proposées. En maternité, la "chambre handicapée" offre une table à langer à hauteur variable permettant l'accès d'un fauteuil roulant pour réaliser la toilette du bébé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont réalisés. Un salon des familles est proposé à l'entourage.

Les projets de prise en charge, organisation et pratiques permettant le respect des libertés individuelles sont mises en œuvre. Les contentions font l'objet de prescription.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés est organisé et mis en œuvre. La démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est opérationnelle.

Une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin est mise en œuvre. Le recueil du consentement éclairé est intégré dans la check list d'entrée ("Bonhomme vert")

La participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins sont recherchés par les professionnels de santé. Un portail patient est en cours de déploiement. Le patient (ou une personne de son entourage s'il le souhaite) peut suivre en temps réel l'évolution de sa prise en charge (exemple entrée en salle de bloc opératoire, intervention, sortie de salle SSPI, remontée en chambre).

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement est recherché.

Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est respecté par l'ensemble des professionnels. En chirurgie ambulatoire, une organisation et des pratiques sont en places pour garantir la confidentialité des informations à donner aux patients présents dans les chambres multiples. Des box individuels sont utilisés par les professionnels de santé pour l'annonce d'un diagnostic.

Des cafés thérapeutiques sont mis en place dans le service des urgences afin de mener une réflexion collective sur les situations difficiles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation périodique du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage est réalisée dans le cadre du questionnaire de sortie.

Le questionnaire de sortie intègre des items comme le respect de la confidentialité et de votre intimité, la disponibilité et l'écoute du personnel soignant, des médecins, l'information sur les modalités de prise en charge de la douleur, l'information transmise par votre médecin sur votre état de santé et sur vos soins...

L'établissement assure également un suivi du nombre de réclamations et par répartition par motif d'insatisfaction, le nombre de signalement à l'ARS, le délai de prise en compte d'une réclamation, le nombre de proposition de médiation, le nombre de rencontres médiation, le nombre d'actions correctives, le nombre annuel de réunions CDU, le nombre d'actions de communication (JEDS, articles info Cèdres), le nombre de formation bientraitance.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations comme par exemple la rédaction d'un certificat du consentement éclairé aux urgences, le consentement éclairé « clinique », l'inscription des coordonnées (adresse mail) des représentants des usagers dans le livret d'accueil pour un accès direct des patients aux représentants des usagers, l'adhésion à une fédération éthique, l'adaptation du

tarif télévision pour les séjours longs, la formalisation des modalités de traitement d'une demande de non divulgation de la présence d'une personne hospitalisée sur la clinique.

Les supports et modalités de diffusion sont établis.

En interne la communication est réalisée via le logiciel de gestion documentaire, via le logiciel dossier patient, par voie d'affichage dans les salles de soins ou par le journal interne.

En externe la communication est réalisée par le site internet, par le livret d'accueil ou par voie d'affichage.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

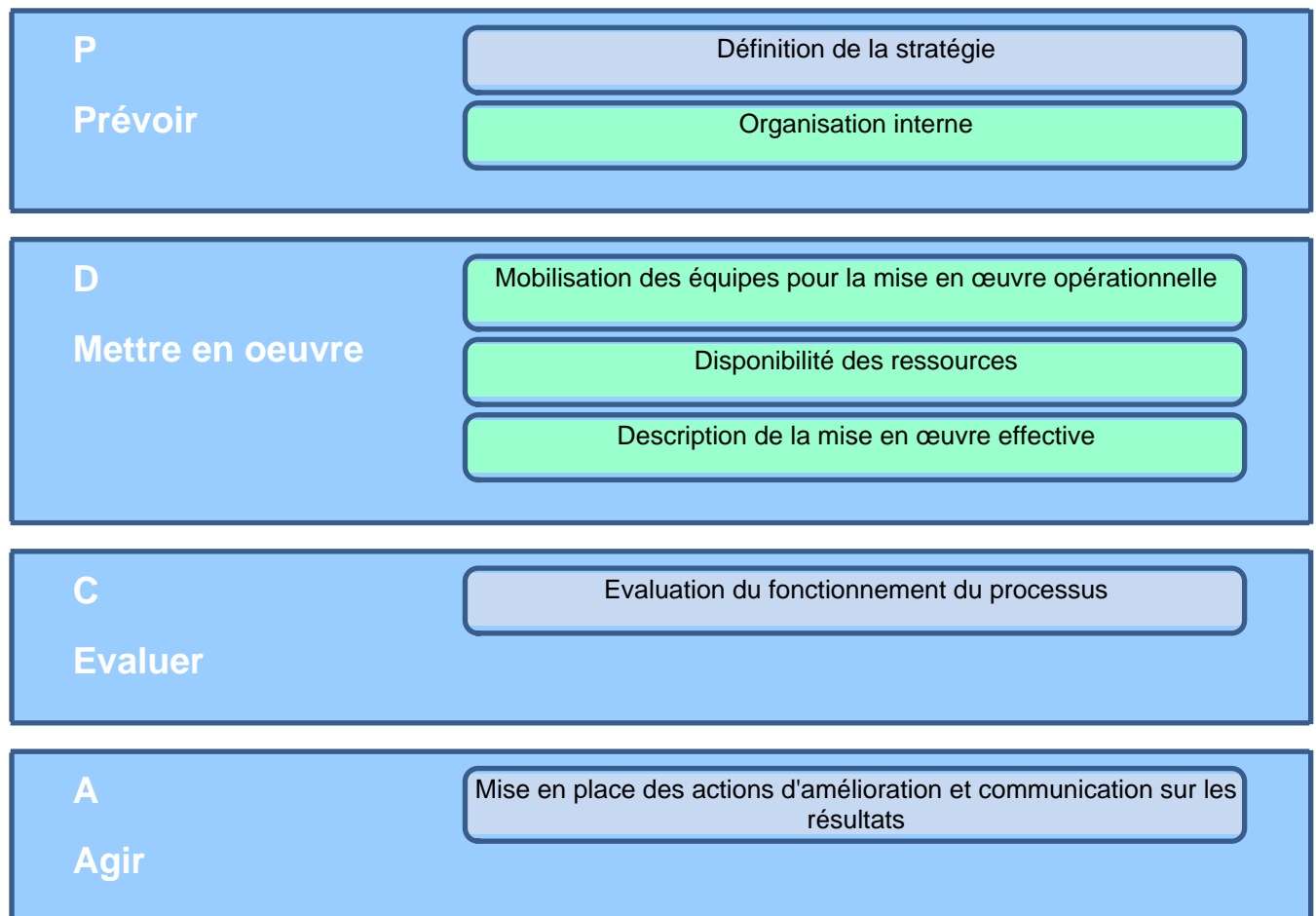
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 des Cèdres a élaboré une stratégie du parcours patient. Celle-ci tient compte du contexte territorial, des besoins de la population et de l'offre de soins dont elle dispose. Elle est intégrée à la note d'orientations stratégiques 2019 de la structure.

Elle s'appuie sur le bilan de la précédente visite de certification V2014, les indicateurs IQSS, ainsi que sur les objectifs fixés dans le cadre du CPOM 2013-2018 et 2019.

Une étude des risques et des besoins a été réalisée sur les parcours du patient au sein de la clinique (hospitalisation complète et parcours ambulatoire). Elle a été réalisée par un groupe pluridisciplinaire composé de la direction des soins, de la responsable qualité, de médecins et d'infirmiers.

Les risques ont été hiérarchisés et priorisés. Complétés des données issues de l'analyse des fiches événements indésirables, des conclusions des CREX et RMM, de la réalisation de patients traceurs, ils ont permis l'élaboration d'objectifs d'améliorations. Un programme d'actions, formalisé et priorisé, avec identification de responsables, de délais et de modalités de suivi, a été élaboré. Celui-ci, est validé par les instances de la structure dont la CME et la CDU. Les éléments jugés prioritaires sont repris dans le compte qualité de la structure.

Des conventions ont été mises en place et formalisées avec d'autres structures comme le Centre Hospitalier Universitaire de GRENOBLE pour une coordination des prises en charge en cancérologie ou pour les patients nécessitant une prise en charge en réanimation. Il en est de même pour l'orientation des patients après certains actes chirurgicaux, où des conventions ont été rédigées avec le CH de TULLINS pour la réalisation des soins de suite et de réadaptation, ou avec la CPAM dans le cadre du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile pour la chirurgie et la maternité.

Une stratégie de communication sur la thématique du parcours patient a été définie.

ORGANISATION INTERNE

La clinique des Cèdres assure le pilotage et la mise en œuvre de sa stratégie du parcours patient.

L'organisation s'appuie sur un pilote, chirurgien de l'établissement, et d'un copilote en la personne de la directrice des soins.

Les rôles et responsabilités du pilote et du copilote de la thématique sont définis. Une fiche de mission « pilote / copilote thématique » est rédigée et retrouvée dans le « manuel qualité » de l'établissement.

Les ressources nécessaires en effectifs et en compétences sont identifiées selon les risques relevés, les besoins et la réglementation. Les besoins en formation sont déterminés et intégrés au plan de formation global de l'établissement.

L'accueil des nouveaux personnels est organisé avec la mise à disposition d'un « livret d'accueil du salarié informatisé », ainsi que par la tenue d'une « fiche d'intégration », gérée par les cadres des unités durant les trois premiers mois d'exercice du nouveau salarié. Concernant les stagiaires que la structure est amenée à accueillir, un « livret d'accueil du stagiaire informatisé » a été élaboré.

L'établissement a organisé les règles de présences et d'astreintes afin d'assurer la continuité des soins 24h/24. Il a formalisé les règles d'appel pour la prise en charge des urgences vitales dans une procédure : « prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire et de l'urgence vitale ».

Le système de gestion documentaire est informatisé. Il comporte les procédures en lien avec la thématique (prise en charge des urgences vitales, des personnes âgées, des personnes en fin de vie, de la douleur, des problèmes nutritionnels...). Il est accessible par l'ensemble des professionnels via un logiciel spécifique.

La traçabilité des interventions des différents intervenants, et des avis spécialisés, dans le dossier de soins informatisé unique du patient, est prévue afin de permettre la continuité et la coordination des soins.

Des procédures, définissant les règles de fonctionnement, les moyens alloués et les responsabilités, ont été élaborées au niveau de certains secteurs de prise en charge : « parcours du patient en Unité de Chirurgie Ambulatoire », « admission et séjour en maternité », « circuit du patient aux urgences ».

La gestion des places d'hospitalisation est organisée et gérée par l'intermédiaire du logiciel de soin partagé.

L'organisation de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en cancérologie et en chirurgie bariatrique est définie. En médecine, des staffs hebdomadaires pluri professionnels sont programmés pour la prise en charge des patients en gériatrie ou en soins palliatifs.

L'établissement n'a pas de programme d'éducation thérapeutique reconnu par l'ARS. Il organise et réalise des actions d'éducation à la santé auprès des patients. Elles concernent les patients hospitalisés pour une chirurgie de l'obésité, ou les patients ayant bénéficié de la pose d'une prothèse du genou.

L'organisation des locaux est prévue pour la prise en charge de patients atteints de troubles moteurs ou cognitifs avec l'attribution de matériel dédié et des chambres adaptées dans les différents services.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée. Le logiciel de soins partagé permet aux différents services d'accéder aux données du patient, même pour les patients admis dans les services de soins, et

dont le dossier a été créé par le service d'accueil des urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres responsables des unités de soins, sont en charge du déploiement opérationnel des actions portant sur le parcours du patient. Elles s'assurent de la conformité des pratiques et du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne.

La communication avec les professionnels se fait par différents moyens et supports : réunions de service et réunions pluri professionnelles, transmissions journalières, affichage dans les unités.

Les équipes participent à la déclaration des événements indésirables (42 déclarations en 2018) et sont incitées dans ce sens par leur encadrement et les responsables qualité et gestion des risques. Certains soignants participent régulièrement à la réalisation des CREX institutionnels et des RMM. Ils sont également sollicités lors de la réalisation des audits selon la méthode du «patient traceur».

Les dysfonctionnements font l'objet d'actions correctrices en collaboration avec les professionnels concernés et les résultats des actions d'amélioration sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible, validée et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

En cas d'absence de soignant dans les unités de soins, des remplacements sont organisés directement par les responsables d'unité. La nuit, les week-ends et les jours fériés, c'est l'administrateur de garde qui est prévenu afin de trouver une solution pour permettre la poursuite des prises en charge soignantes.

La continuité de la présence des différentes spécialités médicales et chirurgicales est assurée en journée. La nuit, les week-ends et les jours fériés le système de garde et d'astreinte, tel qu'il a été défini, est en place. Le tableau de garde comporte la présence de toutes les spécialités disponibles sur la clinique.

L'ensemble des formations en lien avec la thématique, et réalisées par le personnel, est retrouvé dans le plan de formation global de l'établissement, notamment en ce qui concerne la gestion des urgences vitales (AFGSU), la prise en charge de la dénutrition, ou de la douleur.

Les nouveaux personnels sont accueillis selon les dispositions qui ont été élaborées.

Les documents, procédures et protocoles, actualisés et nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles sur l'outil informatique, par l'intermédiaire des postes informatiques mis à disposition.

Des documents d'information à destination des patients sont mis à leur disposition dans les unités. Ils concernent la nutrition (mémo nutrition), les suites opératoires de certaines chirurgies (fractures vertébrales), la gestion des stomies, ou les consommations à risques dans le cadre d'une grossesse.

Le matériel d'urgence vitale est disponible sous la forme de chariots complets disposés dans chaque unité de soin. Ils sont équipés de défibrillateurs semi automatiques, faisant l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Aux urgences et dans le secteur « salle de naissance », un chariot d'urgence pédiatrique est également mis à disposition des personnels. Ils sont scellés et contrôlés mensuellement par les soignants de chaque service.

Du matériel à destination de personnes grabataires ou handicapées comme des lèves malades, des matelas à air ou du matériel de transfert est retrouvé dans les différents secteurs.

Les postes informatiques sont en nombre suffisant et certains fonctionnent en Wifi. Ils permettent la continuité de la prise en charge des patients. En cas de panne informatique une procédure de fonctionnement en mode dégradé est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de toutes les étapes de la prise en charge du patient est effective.

Les admissions au niveau des services d'hospitalisation conventionnelle (complète ou ambulatoire) se font, soit par l'intermédiaire des urgences, soit dans le cadre d'hospitalisations programmées. Entrés par les urgences, les patients sont adressés directement au spécialiste de garde, qui en accord avec le cadre responsable d'unité, valide l'admission.

Les éléments issus des consultations initiales sont mis à disposition des soignants, et les entrées programmées sont planifiées via le logiciel informatique. Cette planification permet d'optimiser l'utilisation du bloc opératoire, notamment pour l'activité ambulatoire.

L'entrée administrative du patient est réalisée au niveau du bureau des admissions. Certains documents ou formulaires (consentement, autorisation d'opérer, personne de confiance...), peuvent être envoyés par les patients avant son hospitalisation sur une plate forme dédiée, afin d'être intégrés dans son dossier. Le contrôle de l'identité est systématiquement réalisé avec copie de la carte d'identité. Une plaquette d'étiquettes est éditée.

A son entrée dans le service, et après contrôle de son identité, un bracelet d'identification est posé au patient. Les rencontres avec les patients et les équipes lors des investigations "patient traceur" le confirment.

L'équipe de soins, qui assure l'entretien d'accueil, remet au patient le livret d'accueil et lui délivre les informations complémentaires pouvant être utiles à sa prise en charge. Une évaluation paramédicale est

également réalisée, dès son entrée, avec une analyse de ses besoins.

Au niveau médical, les motivations de l'hospitalisation et le projet de soins personnalisé, intégrant la réflexion bénéfico-risque, sont tracés dans le dossier de soin partagé.

La traçabilité du poids et le calcul de l'IMC sont réalisés. Le logiciel de soin a été modifié afin de permettre l'élaboration de courbes de suivi et améliorer l'indicateur IQSS concerné. En médecine, un bilan plus complet de détection des troubles nutritionnels est assuré.

Les différents intervenants (diététicienne, psychologue, assistante sociale...) tracent leurs activités dans le dossier informatisé du patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

La douleur est évaluée à l'entrée et régulièrement pendant le séjour. Elle est tracée dans le dossier de soin informatisé.

L'accueil de personnes appartenant à une population spécifique est assuré. On retrouve les moyens mis à disposition comme les portes d'entrées motorisées, les ascenseurs et sanitaires adaptés aux handicapés, ainsi que du matériel dans les secteurs de soins.

La permanence des soins est effective. Le service des urgences assure l'accueil des personnes se présentant pour une urgence 24h/24.

La gestion des urgences vitales est assurée par l'application du protocole connu de tous, ainsi que les matériels mis à disposition.

Les prescriptions d'examen d'imagerie et de biologie médicale sont réalisées par les médecins sur le logiciel de soins. Elles sont datées, électroniquement signées et argumentées. Les délais de réalisation et de retour des résultats, directement dans le dossier patient informatisé, sont compatibles avec la continuité de la prise en charge. Le déploiement des actions d'éducation à la santé prévues, est effectif. Les supports à destination des patients sont disponibles.

Les différentes réunions pluridisciplinaires (RCP, staffs), sont réalisées tel que cela a été programmé. Des comptes rendus sont rédigés pour les RCP et les modifications de projets de soins sont tracées dans les dossiers pour les patients de médecine et en soins palliatifs.

Concernant la détection des patients à risque suicidaire, le logiciel de soin est paramétré de sorte à pouvoir tracer cette évaluation. Au besoin, une psychologue peut intervenir auprès du patient à la demande des soignants. Les patients identifiés lors des consultations préalables font l'objet d'une attention particulière de la part du personnel soignant.

L'entourage des patients est accompagné, lorsque cela le nécessite, par les équipes de soins. Un « kit » d'accompagnant, comportant un lit d'appoint et les petits déjeuners, leur est délivré lorsque leur proche est positionné sur un des lits de soins palliatifs.

Afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins, la sortie du patient est organisée au plus tôt dans le séjour, au besoin avec des professionnels d'aval. Les patients devant séjourner à leur sortie de l'établissement en service de soins de suite et de réadaptation sont inscrits sur des unités de convalescence via le logiciel « Trajectoire ».

L'ensemble des documents de sortie (compte rendu opératoire, synthèse médicale, ordonnance...) est remis au patient. Des fiches de liaison sont renseignées pour les transferts des patients vers d'autres structures. Un plan d'action a été mis en place afin d'améliorer l'indicateur IQSS sur la qualité de la lettre de sortie (46, 2018).

En chirurgie ambulatoire, des bulletins de sortie comportant des recommandations, sont systématiquement rédigés. La réalisation des appels du lendemain, telle que prévue par procédure, est assurée.

Le questionnaire de satisfaction remis au patient à son entrée, est recueilli lors de sa sortie.

Tous les intervenants rencontrés dans le cadre des visites de terrain connaissent les fiches de déclaration d'événements indésirables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi du parcours du patient est en place, géré par les pilotes du processus et la responsable qualité.

L'établissement assure le relevé et l'utilisation de ses indicateurs nationaux, ainsi que d'indicateurs qu'il a mis en place tels ceux sur le nombre d'événements indésirables et réclamations en lien avec la thématique, le nombre de professionnels formés à la prise en charge de la douleur, ou encore le nombre de sédations de fin de vie prescrites dans le logiciel dossier patient.

Des EPP en lien avec la thématique sont déclinées : mise en place de « patients traceurs », afin d'évaluer l'ensemble du processus de prise en charge, de l'admission à la sortie ; la prévention et la prise en charge de la constipation.

Des bilans d'activité au sein de chaque instance (CLAN, CLUD) en lien avec la thématique sont également rédigés annuellement.

Suite aux déclarations d'événements indésirables ayant pour sujet le parcours du patient, des CREX ainsi que de RMM sont réalisées, avec l'appui de professionnels de différentes catégories professionnelles de l'ensemble des services.

La satisfaction des usagers est évaluée via l'analyse des questionnaires de satisfaction et l'utilisation du

A / AGIR

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

L'établissement a mené des actions d'amélioration concernant le parcours du patient en s'appuyant sur les résultats des différentes évaluations et l'analyse de ses risques. Le plan d'action est retrouvé dans le plan d'action global de l'établissement. Certains éléments jugés prioritaires, sont repris dans le compte qualité.

Des actions ont déjà été menées, notamment pour le renforcement des ressources en matière de conseils nutritionnels/diététiques, ou pour le déploiement du module « portail patient », afin de permettre au patient d'accéder à certaines de ses données, via internet.

D'autres actions sont en cours de finalisation notamment sur le déploiement d'un programme de formation interne en communication thérapeutique, la réalisation d'un inventaire des équipements dégradés, ou l'amélioration du parcours des patients vus en consultation et nécessitant une intervention en urgence.

La communication des résultats des actions d'amélioration mises en place est effective. L'encadrement assure la communication des éléments, ce que confirme le personnel rencontré lors des visites de terrain.

Certains indicateurs font l'objet d'un affichage dans les secteurs de soins. Les indicateurs nationaux obligatoires sont affichés dans le hall d'entrée de l'établissement et la salle d'attente des urgences.

Les usagers sont informés via la CDU des plans d'action.

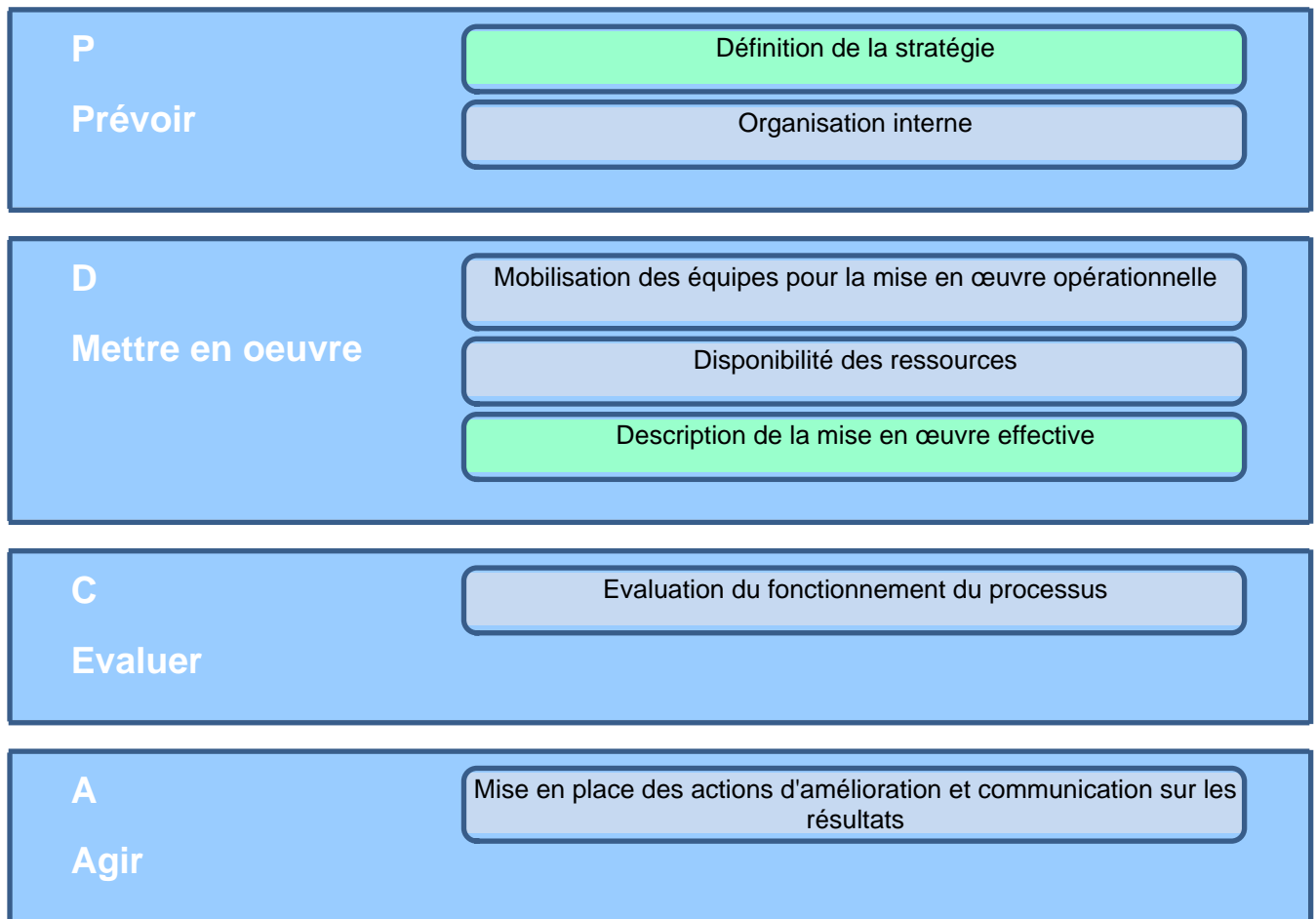
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique des Cèdres a élaboré une stratégie de gestion du dossier patient inscrite dans le chapitre « système d'information » de la note d'orientations stratégiques.

Les risques et les besoins spécifiques à l'établissement au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales (Hôpital Numérique et son relais programme Hop'EN 2018-2022) ont été identifiés : cartographie des risques, EI, indicateurs, évaluations, résultats des précédentes certification... Les risques sont hiérarchisés avec les professionnels concernés selon la méthodologie de la HAS.

Dans le compte qualité sur la thématique dossier patient, l'établissement a identifié 4 risques prioritaires comme la perte de temps liée aux manipulations multiples du dossier papier Ambulatoire, les comptes rendus d'hospitalisation/lettre de sortie incomplets/non conformes, le défaut de traçabilité de l'autorisation de sortie en ambulatoire et les modalités d'accès au dossier médical par un tiers non conformes/ méconnues.

Les risques et les objectifs sont déclinés dans un programme d'action formalisé, priorisé dont les modalités de mise en œuvre sont définies. Le programme est articulé avec le PAQSS institutionnel. Il a été communiqué aux instances concernées (Direction, CME..).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus dossier patient (DPA) qui repose sur le médecin DIM, la responsable facturation PMSI, le directeur administratif et l'équipe informatique. Les missions des pilotes de processus sont décrites dans le manuel qualité.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées dans un document "dossier de soins" "dossier médical". Ce document est diffusé à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Une procédure "Dossier du patient identification - traçabilité - accès" définit les règles, les moyens, responsabilités pour maîtriser la constitution, la traçabilité, et l'archivage du dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est organisé. La procédure "Dossier du patient identification - traçabilité - accès" décrit également en 8 étapes les modalités d'accès du patient à son dossier. Le patient est informé de ses droits d'accès via le livret d'accueil. Des documents d'accès au dossier ont été formalisés comme "demande d'informations relatives à un dossier de patient décédé", "demande d'informations relatives à un dossier de patient mineur ou majeur protégé", "demande d'informations relatives à un dossier de patient majeur".

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont organisées.

La gestion des interfaces entre secteurs est organisée entre l'ensemble des professionnels (spécialistes libéraux, médecins traitants, service des urgences, services d'hospitalisation, bloc opératoire, laboratoire, imagerie, soignants, kinésithérapeutes, diététiciens...). Le logiciel Dossier Patient permet une interface entre l'ensemble des services de la clinique, mais également avec les professionnels de santé extérieurs (médecins traitants, médecins spécialistes, laboratoire, sages femmes libérales...) et les patients par le biais d'un portail patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus et les cadres des secteurs d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en actions d'amélioration sur le terrain. Les professionnels sont sensibilisés aux risques identifiés dans leur secteur et sur le processus Dossier Patient.

Les responsables et les pilotes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (audit de dossiers patients, CREX, EPP). Les professionnels sont informés des résultats. Des actions correctives sont identifiées si besoin, selon les résultats des évaluations et mises en œuvre. Les professionnels déclarent les EI en lien avec le DPA.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles en termes d'effectifs et de compétences. Les formations à l'utilisation du dossier patient informatisé ont été réalisées pour tous les professionnels concernés, praticiens, soignants et nouveaux arrivants (formation globale du logiciel dossier patient et formation spécifique sur le module prescription pour les médecins).

L'établissement met à disposition de l'ensemble des professionnels des ordinateurs fixes, des ordinateurs portables et des tablettes. Les procédures sont actualisées, validées et disponibles dans la GED. L'accès à la gestion documentaire est connu des professionnels. Le livret d'accueil et le site de la clinique informent le patient sur ses droits et sur la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des services et des professionnels (Urgence, Médecine, Chirurgie1, chirurgie2, maternité, USIC, SSPI) renseigne en temps utile les éléments de prise en charge sur un support unique (logiciel dossier patient) ainsi que le confirment tous les dossiers des patients traceurs et les investigations menées aux admissions et dans les différents secteurs d'activité. Le logiciel se compose des onglets "patient, rendez-vous, antécédents, dossiers, consultations, séjours, interventions, prescriptions, soins, réanimation, laboratoire, fiches, documentations, mouvements, PMSI", mais également du bloc opératoire (la prise en charge per opératoire reste sur un document papier), de la gestion des lits, des plannings des professionnels...

Les modalités de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont définies et appliquées dans le cadre de l'informatisation du dossier patient. Les règles de confidentialité sont respectées.

Lors des demandes d'accès du patient à son dossier, les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés (inférieur à 8 jours pour les hospitalisations de moins de 5 ans). Ces délais sont suivis et présentés en CDU dans le cadre de l'élaboration du rapport annuel de la CDU transmis à l'ARS.

La gestion des interfaces est effective pour faciliter la continuité des soins, entre tous les professionnels concernés par la prise en charge du patient. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est assurée en temps utile dans le dossier du patient par les différents intervenants.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier patient est réalisée régulièrement sur la base des indicateurs nationaux sur le dossier patient en MCO hospitalisation complète et ambulatoire.

L'établissement réalise également des "quick audits de dossier" pour vérifier la complétude d'un dossier par praticien et suit le pourcentage de dossiers patients archivés incomplets.

La clinique assure un suivi du nombre de formations sur l'analyse de la pertinence du codage.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs est réalisée et présenté en commission des usagers.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations comme par exemple la mise en place d'un formulaire de demande de dossier médical, la création d'un portail patient interactif permettant entre autres au patient de compléter son dossier avant son admission, de mettre à jour des données personnelles et de renseigner les documents nécessaires (autorisation d'opérer, consentement éclairé), la proposition de modèle de documents dans le logiciel dossier patient pour le compte rendu opératoire, pour le compte rendu d'hospitalisation.

Les supports et modalités de diffusion sont établis. En interne la communication est réalisée via le logiciel de gestion documentaire, via le logiciel dossier patient, par voie d'affichage dans les salles de soins ou par le journal interne. En externe la communication est réalisée par le site internet, par le livret d'accueil ou par voie d'affichage.

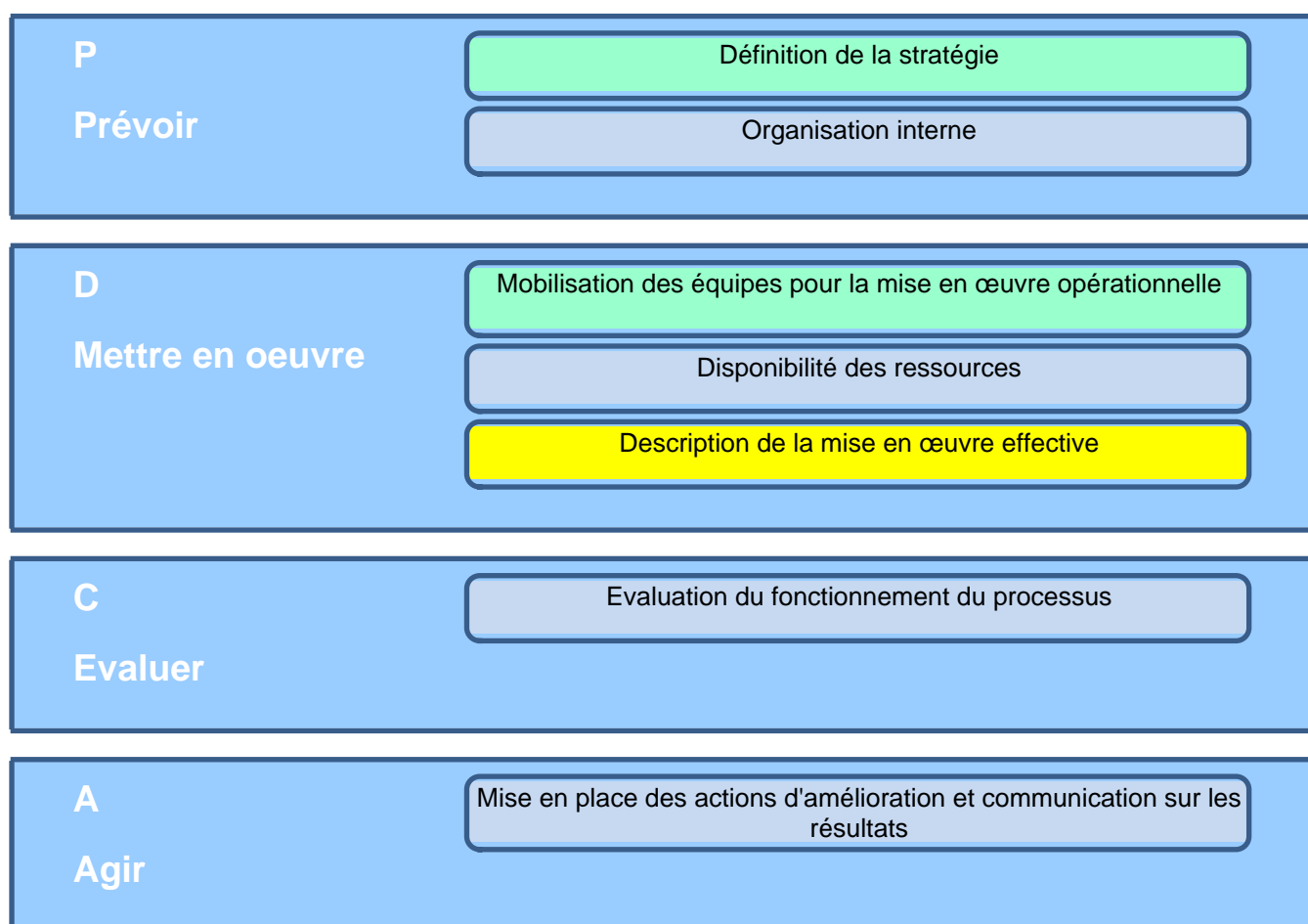
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Les orientations stratégiques et le MAQ de la PECM intègrent la politique d'amélioration de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Des objectifs prioritaires ont été retenus (sécurisation de la PECM: médicaments à risque, sujets à risque, continuité du traitement médicamenteux, iatrogénie). La politique prend en compte la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Les besoins et les risques ont été identifiés et sont le résultat d'une approche concertée et pluridisciplinaire avec analyse a priori et a posteriori. La cartographie des risques intègrent les risques a posteriori résultat du suivi des EI, des réclamations/plaintes, des indicateurs et des précédentes certification.

Les risques identifiés sont hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS. Ils se déclinent dans un programme d'action formalisé et priorisé dont les modalités de mise en oeuvre sont définies. La COMEDIMS, la CME et le COVIRIS ont validés le programme d'action qui est intégré au PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus. Le pilotage opérationnel est assuré par les pharmaciens gérants secondés par le RSQM (Responsable du management de la Qualité de la PECM) nommé par la CME et par la COMEDIMS.

Les ressources nécessaires et les besoins ont été identifiés: ressources humaines (prescripteurs habilités, préparateurs, référent antibiotique et infectiologue, besoins en formation); ressources documentaires (identification et formalisation des procédures en lien avec le circuit du médicament, procédures dégradées, élaboration de recommandations, livret thérapeutique, guides, CAT en cas d'erreurs/non administration); ressources en matériels et en équipements (besoin en lien avec l'informatisation de la PECM).

Les médicaments à risque sont identifiés ainsi que les patients et situations à risque. La gestion des périmés, l'information des patients et des professionnels, la permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents) sont organisés.

Les règles de fonctionnement de la pharmacie sont formalisées dans une procédure spécifique (Pharmacie et Circuit du médicament et des DMS) prenant en compte les modalités assurant la sécurisation de la dispensation médicamenteuse (stockage dans les services, réception des médicaments, transport des médicaments, besoins urgents, interfaces avec secteurs cliniques et médico-techniques).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En lien avec les objectifs prioritaires du programme institutionnel, des actions régulières de sensibilisation et de formation sont menées. La sensibilisation des professionnels au bon usage des médicaments à risque, en particulier anticoagulants, insulines, potassium, antibiotiques est renforcée (formation du personnel, évaluation des pratiques). La sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et à la iatrogénie est également une préoccupation (coopération anesthésiste chirurgien pour la gestion et la prescription des anticoagulants post-opératoire). Des évaluations régulières et du niveau de connaissance et d'appropriation par les professionnels (CREX, RMM, EPP) sont menés. Les responsables incitent les professionnels à déclarer les EI (30 déclaration en 2018, promotion d'une culture positive de l'erreur) et veillent au respect des bonnes pratiques (Administration). Les résultats des EPP sont communiqués aux professionnels et ces derniers sont associés aux mesures correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une informatisation complète de la PECM en lien avec le SIH est mise à disposition des professionnels. Des postes informatiques fixes et mobiles sont disponibles. Les locaux et les équipements sont conformes et adaptés à la sécurisation de la PECM.

Les compétences et les effectifs sont disponibles. Des formations ont été mises en oeuvre (antibiotiques et infection urinaire, antibiotiques et antibio-résistance, anticoagulants et insuffisance rénale..). Les règles et supports de prescription/administration informatisés sont en place pour l'ensemble des prescripteurs/administrateurs. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration actualisés et validés sont mis à disposition des professionnels (alertes "expertise", alertes pharmacien, alertes médicament à risque). Des informations et conseils nécessaires au bon usage du médicament sont en place.

Les dispositions relatives à la directive européenne sur la sérialisation qui permettent de sécuriser la chaîne d'approvisionnement et distribution du médicament et de lutter contre leur falsification sont mises

en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les patients (100% des lits) font l'objet d'une validation (niveau 2) de leur traitement complet. L'analyse pharmaceutique est quotidienne, priorisée (patients âgés, enfants, médicaments à risque). La délivrance est globale. Une délivrance nominative est réservée à certains médicaments (antibiotiques spécifiques, médicaments hors dotation..). La conciliation médicamenteuse est engagée dans le cadre de la dispensation. Elle est mise en oeuvre d'entrée pour des patients priorités selon des risques identifiés (entrée par les urgences/ médicament à risque).

La prescription est informatisée dans tous les secteurs. La valeur du critère "Rédaction des prescriptions médicamenteuses durant l'hospitalisation" de l'indicateur "TDP2" pour la campagne 2016 est de 100%.

La traçabilité de l'administration se fait sur l'outil informatique de prescription/administration. Les règles d'administration des médicaments sont respectées (bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie d'administration, bonne prise). Les préparations injectables sont identifiées (étiquette avec le nom du patient, du produit, du solvant..), idem pour les formes orales jusqu'à l'administration (pas de déblisterisation, déconditionnement et ré étiquetage éventuel). Le bon usage des formes sèches est assuré.

Les règles de gestion, de réception, de rangement, de transport et de stockage des médicaments sont respectées (étiquetage DCI, identification des médicaments à risque, hygiène, chaîne du froid)

Les médicaments à risque sont listés. Ils sont identifiés sur le logiciel de prescription/administration et certains (chlorure de potassium) sont identifiés par un code couleur dans les armoires de stockage. Les règles relatives à l'administration des médicaments à risque sont respectées.

Les professionnels de santé assurent l'information orale et écrite (insuline, neuroleptiques) des patients sur le bon usage des médicaments. L'information des professionnels est effective (alertes, staff, EPP) et la surveillance thérapeutique des patients est assurée.

A l'entrée l'IDE récupère le traitement personnel ainsi que l'ordonnance du patient photocopiée et intégrée au DPA. Une procédure de gestion des traitements personnels est disponible. Les cas de recours au traitement personnel sont précisés. Les traitements personnels sont rangés dans des contenants plastiques avec nom et chambre du patient et sont conservés dans des armoires sécurisées. Le traitement personnel est systématiquement relevé lors de la consultation d'anesthésie. Il est réévalué par l'anesthésiste, prescrit, suspendu, ou arrêté lors de la consultation d'anesthésie ou à l'admission. Toutefois, la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie n'est pas toujours mise en oeuvre. En chirurgie, le traitement personnel est rarement modifié au cours du séjour. En l'absence de modification, il n'est pas re-prescrit sur les ordonnances de sortie. En effet, seuls les médicaments liés à l'acte sont prescrits en ordonnance de sortie. Le patient est informé des modalités de gestion de son traitement personnel via le livret d'accueil, en consultation d'anesthésie, à l'admission dans le service, et à la sortie. La gestion de ce traitement personnel fait l'objet d'une procédure. Il n'a également pas été retrouvé, dans les dossiers consultés, d'information à l'intention du médecin traitant pour une poursuite du traitement personnel. Il n'a pas été retrouvé de CRH faisant état du traitement personnel du patient. Une trame du CRH type est en place reprenant l'intégralité des éléments requis. Cette trame n'est pas encore utilisée par l'ensemble des chirurgiens. Ce risque fait l'objet d'actions de sensibilisation en CME et formation, notamment pour les nouveaux arrivants, avec une implication du RSQM. Le suivi d'indicateur a permis de cibler les "réfractaires" qui relèvent d'un nombre restreint de médecins d'une spécialité chirurgicale. Des améliorations sont en cours avec le suivi d'indicateurs ciblés par spécialité et par prescripteur ; une amélioration progressive est constatée.

La permanence pharmaceutique et la sécurisation de la pharmacie sont incomplètement assurées. Il n'y a pas d'astreinte en pharmacie. Une procédure dégradée est en place pour les besoins urgents en dehors des heures d'ouverture de la PUI. Si les besoins ne peuvent être couverts par les autres secteurs de soins, ainsi que par l'armoire des dotations urgentes, le soignant avec l'aval du prescripteur et son ordonnance peut recourir au PC sécurité et accéder à la PUI. Si les médicaments ne sont pas présents à la PUI à charge du prescripteur de contacter la pharmacie du CHU. Les accès à la PUI en dehors des heures d'ouverture pour des besoins non urgents ont fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable juste avant la visite. La main courante du PC Sécurité fait état de 10 demandes d'accès à la PUI entre le 6 octobre 2018 et le 20 janvier 2019 qui ont motivé le signalement, malgré rappels du Pharmacien. Les causes identifiées révèlent des médicaments manquants le week-end (oubli de commande) ou l'initiation d'un traitement pendant le week-end. Des propositions d'action ont été formulées dans le signalement, notamment le rappel procédure (dépannage inter-service, chariot de garde, substitution possible avec un autre médicament inscrit au livret thérapeutique). Par ailleurs, un protocole, validé en visite par le Pharmacien et par la Direction interdit dorénavant l'accès à la pharmacie pour toute personne non habilitée. Le logigramme, annexé au protocole, a été diffusé en visite par note de service de la Direction, interdisant dorénavant l'accès à la PUI par des personnes non habilités.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits périodiques sont mis en oeuvre (administration/traçabilité des médicaments 1fois/an; traitement personnel tous les 2 ans; armoires de stockage).

Le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs en cohérence avec le CAQES est assuré sur un tableau de bord (Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation, nombre de lignes validées, nombre intervention pharmaceutique, déclarations pharmacovigilance, DMI en sus GHS, taux de réévaluation des antibiotiques sur LAP, nombre d'EI, nombre d'audits, nombre de prescription de sortie via LAP...). Des enquêtes PUI sont réalisées. Le suivi et l'évaluation de l'utilisation des molécules onéreuses sont réalisés.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels est effectif (30 déclaration en 2018). Des CREX sont organisés 1 fois par mois et peuvent concerner des erreurs médicamenteuses. La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée (EPP constipation, Anticoagulants chez le sujet âgé).

Le bilan d'activité de la COMEDIMS est annuel. Il est communiqué (CME) et diffusé.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux résultats des évaluations effectuées et suite à l'analyse des erreurs et des risques (sensibilisation des prescripteurs sur les ordonnances de sortie; formations ciblées logiciel de prescription pour les médecins nouveaux arrivants, rédaction d'un protocole de prise en charge des patients diabétique et organisation d'une formation interne avec participation d'un diabétologue...).

Des actions visant le bon usage des médicaments et notamment sur la pertinence des prescriptions sont retrouvées (actions concernant la sécurisation de l'administration du Potassium IV, définition des responsabilités respectives entre anesthésistes et chirurgiens dans la prescription des anti coagulants dans le post opératoire lors du "Time out" de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire).

Des actions d'améliorations ont été mises en oeuvre chez le sujet âgé (Movicol* et morphiniques)

La communication aux professionnels se fait par les réunions de services, les staffs, par voie d'affichage, par diffusion des CR notamment de la COMEDIMS. La CME est l'organe privilégié concernant la communication aux médecins (résultats des audits, points PECM).

Les RU participent à la COMEDIMS et reçoivent le CR de la COMEDIMS. Les résultats des indicateurs nationaux sont communiqués aux usagers notamment par voie d'affichage.

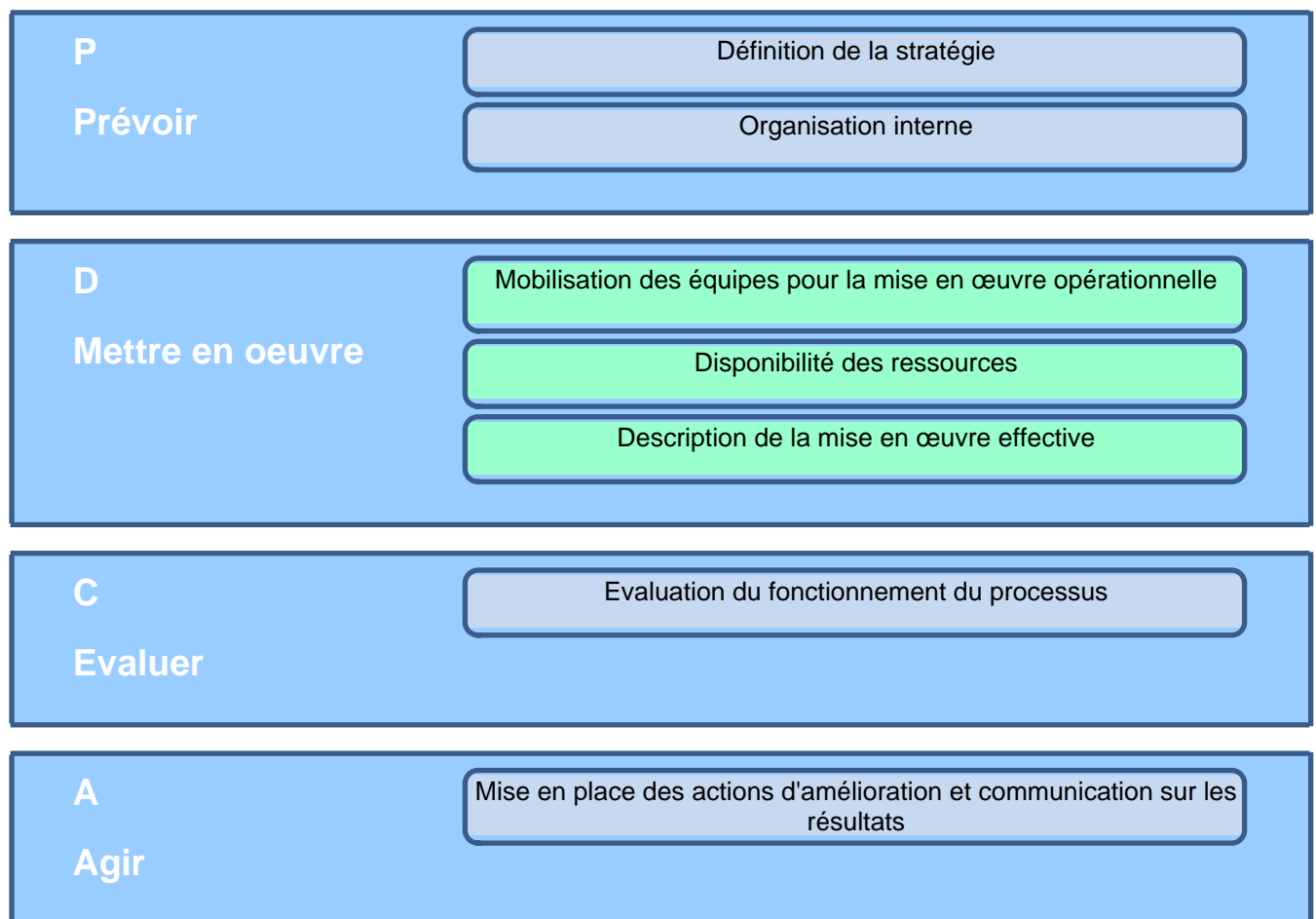
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique des cèdres dispose d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence, délivrée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

La stratégie de prise en charge des urgences a été établie dans la note d'orientations stratégiques de l'établissement 2019, de façon à répondre aux missions du secteur. En 2018, le service a réalisé 23800 passages, contre 22465 en 2017.

La stratégie tient compte de l'offre de soin de la structure et des établissements voisins. Une convention a été élaborée avec le Centre Hospitalier Universitaire de GRENOBLE pour les patients examinés au service d'Urgences de la Clinique des Cèdres et dont la pathologie ne permettrait pas une prise en charge dans l'établissement. Une convention a également été établie avec la clinique de BELLEDONNE pour la prise en charge des patients atteints de pathologie cardiaque.

Le secteur des urgences est composé d'un secteur d'accueil et d'orientation avec un bureau d'accueil administratif et un bureau dédié à l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation, de sept boxes de consultation (dont un box de déchocage, un box identifié pédiatrique et un box pour la réalisation des immobilisations), d'une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée de dix lits, et d'une pièce d'attente avec six fauteuils pour les patients avant transfert. Au niveau de l'accueil du service se trouve une salle d'attente de trente places.

Les risques du secteur ont été identifiés, analysés et hiérarchisés par un groupe pluri-professionnel. Complétés de données issues de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, des conclusions des CREX et RMM, des résultats des indicateurs, ils ont permis l'élaboration d'objectifs d'amélioration et d'un plan d'action qui en découle. Celui-ci est inscrit dans le plan d'action institutionnel et a servi à l'élaboration du compte qualité. Il a été présenté et validé par les instances.

Le service est également impliqué dans la définition du plan blanc, pour lequel les modalités d'accueil, de tri, et de gestion des flux ont été définies.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus et mettre en œuvre la stratégie de prise en soins des patients se présentant pour une urgence. Le médecin responsable de service, ainsi que la cadre de l'unité assurent le pilotage du processus.

Les pilotes bénéficient d'une fiche de mission, retrouvée dans la « manuel qualité » de l'établissement.

Les rôles et responsabilités des professionnels des urgences sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

Les besoins en personnel médical et paramédical sont identifiés. Ils sont en constant réajustement en fonction de l'augmentation continue de l'activité. Les besoins en formation sont identifiés et inscrits au plan de formation institutionnel. Ils concernent notamment le poste d'IAO (les infirmiers du service sont régulièrement formés), la gestion de l'agressivité, ou la prise en charge de l'arrêt cardio-respiratoire.

Les remplacements en cas d'absence sont gérés en interne. Les modalités d'accueil des nouveaux professionnels sont définies.

Un « règlement intérieur des médecins urgentistes » a été élaboré. Il fixe le cadre dans lequel les praticiens exercent leur activité. La mise à disposition du listing des praticiens spécialisés (chirurgiens, médecins, anesthésistes) de garde et d'astreinte au sein de l'établissement est organisée. Le recours aux avis spécialisés est prévu.

La mise à disposition de l'ensemble des documents (protocoles et procédures), utiles à la prise en charge des patients, est organisée via le logiciel de gestion documentaire. Les besoins informatiques (postes fixes et mobiles) sont identifiés.

Selon le degré d'urgence et la typologie des patients, les circuits de prise en charge sont définis et formalisés dans la procédure « circuit du patient aux urgences ». Après un enregistrement administratif, c'est l'IAO (ou un(e)infirmier(e) des urgences en dehors des horaires de présence de l'IAO), qui est en charge d'assurer le triage des patients à leur entrée. Une fiche de poste IAO est en place.

Il est prévu que la traçabilité de la prise en charge soit totalement réalisée sur le dossier unique informatisé du patient, via le logiciel patient. Celui-ci permet à l'ensemble du personnel du service et des unités d'hospitalisation, d'accéder aux données du patient, mais également de connaître en temps réel la disponibilité des lits sur l'ensemble de la structure.

La configuration des locaux tient compte des différents types de prises en charge. Elle permet la prévention des risques de violences à l'encontre du personnel (vidéosurveillance, SAS...). La salle d'attente est prévue pour être visible des soignants.

La mise à disposition des ressources en matériels, dont les appareils électroniques de surveillance, est définie. Les maintenances préventive et curative sont organisées.

Pour certains patients en situation de vulnérabilité sociale, une assistante sociale de l'établissement peut être sollicitée. Il en est de même avec une psychologue de la structure pour les patients le nécessitant.

Le service est également responsable de la gestion du dépôt de sang pour l'ensemble de l'établissement.

Des procédures et des documents de traçabilité associés ont été établis pour organiser cette activité. La gestion des interfaces et des circuits est organisée afin de faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité en interne.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement et le médecin responsable du service communiquent auprès de l'équipe soignante sur la stratégie de prise en soins des urgences et soins non programmés, ainsi que sur sa mise en œuvre et son évolution. Des réunions de service sont programmées quatre fois par an en moyenne, avec tous les professionnels de l'unité. Des comptes rendus sont rédigés et diffusés. La cadre a également mis en place des « café pédagogique », afin d'échanger entre professionnels sur certaines problématiques et diffuser des informations. La stratégie est déclinée avec les équipes en objectifs opérationnels et plans d'amélioration. Les indicateurs de suivi sont définis et disponibles. La responsable du service s'assure du respect des bonnes pratiques et de l'application des procédures et protocoles qui ont été élaborés. Les professionnels participent à la déclaration des événements indésirables (19 déclarations en 2018).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont disponibles pour répondre à l'activité. Un(e) IAO est sur place en journée de 9h00 à 21h30. Un médecin qualifié est présent de jour comme de nuit afin d'assurer les prises en charges des patients se présentant aux urgences. Celui-ci est doublé les jours identifiés de forte activité. Un médecin fixe, salarié de l'établissement, est en charge des patients en UHCD. Celui-ci est remplacé lors de ses absences par un autre médecin urgentiste. La liste des urgentistes et des spécialistes de garde est disponible dans le service ainsi que le planning du personnel soignant. Le maintien des compétences est assuré et les personnels formés, conformément au plan de formation institutionnel. Les documents nécessaires aux prises en charge, tels que les protocoles ou procédures validées et actualisés, sont disponibles sur le logiciel de GED, dont l'utilisation est maîtrisée par le personnel. Certains sont affichés, comme la « fiche de tri des urgences », au niveau du bureau IOA. Des ordinateurs sont en nombre suffisant au niveau de l'unité. Ils permettent l'accès pour tous les professionnels aux documents institutionnels. Un informaticien est joignable en cas de panne. Des appareils de mesure et de surveillance sont retrouvés dans les différents lieux de prise en charge du service. La maintenance préventive et curative est assurée par le service biomédical. Les locaux d'accueil respectent les règles de confidentialité que ce soit au niveau de l'accueil administratif ou du bureau IOA. Le PC sécurité jouxte le bureau de l'IAO. Un agent de sécurité est présent H24 et peut y visionner l'ensemble des caméras de surveillance de l'établissement. La salle d'accueil des urgences vitales comporte le matériel nécessaire à la réanimation immédiate (respirateur, matériel d'aspiration...), ainsi que les chariots d'urgence adulte et pédiatrique, régulièrement contrôlés et sécurisés. Un affichage en salle d'attente permet de communiquer aux usagers des éléments utiles à leur prise en charge: documents sur l'identitovigilance, sécurité des soins, indicateurs qualité...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les conditions d'accueil et les modalités de prise en soins sont conformes, elles tiennent compte des différentes catégories de population, des différents circuits et étapes de la prise en charge. La mise en place des circuits et filières est effective. Il est possible notamment pour l'IAO qui assure l'accueil, de transférer une patiente sur le point d'accoucher, directement au service maternité de l'établissement, après son enregistrement administratif. La permanence des soins est effective au sein de la structure. Le tableau de garde et d'astreinte des praticiens est mis à disposition. Les patients sont identifiés dès l'arrivée. Une pièce d'identité est systématiquement requise et un bracelet d'identification posé. L'évaluation de la douleur fait partie de l'évaluation initiale. La procédure « prise en charge de la douleur par l'IAO » est connue et appliquée. La traçabilité de la surveillance de la douleur est retrouvée. Tout au long de leur présence au sein des urgences, le patient et son entourage sont informés du déroulement de la prise en soins, des examens et radiologies pratiqués, du diagnostic dès qu'il peut être posé, ainsi que de l'orientation proposée au sein de la clinique ou vers une structure plus adaptée à sa pathologie. L'accessibilité informatique à la disponibilité des lits sur la clinique est opérationnelle. Les hospitalisations sont systématiquement validées par le chirurgien ou le médecin qui sera en charge du suivi du patient. Les interfaces entre le service des urgences et les autres secteurs d'hospitalisation sont opérationnelles.

Le logiciel de soin commun, permet le partage des données informatisées concernant le patient.
Le respect du circuit des matériels et des déchets est également assuré, conformément aux recommandations.
Les différentes traçabilités (bon fonctionnement des équipements, bio nettoyage...), sont retrouvées sur les supports prévus à cet effet.
Concernant le dépôt de sang, la bonne tenue du stock et le respect des éléments de traçabilité ont pu être constatés au décours de la visite de terrain.
Les personnels rencontrés savent réaliser une déclaration d'évènement indésirable. Certains participent aux CREX ou RMM.
Un questionnaire de sortie, spécifique au SAU et destiné à recueillir, entre autre, le niveau de satisfaction du patient, est disponible. Les résultats de son exploitation sont suivis d'actions d'amélioration, si besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes et copilotes du processus assurent le suivi du dispositif d'évaluation qui a été mis en place.
Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont en place et regroupés dans un tableau de bord. On notera ceux sur les délais d'attente et de passage selon le degré d'urgence, le taux d'hospitalisation dans l'établissement, le nombre de passages aux urgences ou le nombre de patients hospitalisés en UHCD.
Des bilans d'activité annuels, réalisés par l'Observatoire Régional des Urgences d'Auvergne-Rhône-Alpes, sont également analysés par les pilotes du processus.
Des évaluations de pratiques sont réalisées lors de la réalisation de « patients traceurs », pour les patients admis aux urgences et dont l'orientation a été réalisée vers un service d'hospitalisation de la structure.
Le recueil et l'analyse des fiches d'évènements indésirables et la réalisation avec les professionnels de CREX ou RMM concernant le service, permettent une évaluation du processus et la mise en place d'actions d'amélioration.
Le suivi de la satisfaction des usagers est également assuré. Les plaintes et réclamations, en lien avec le service des urgences, sont suivies et analysées. Elles sont présentées en CDU.
Les évaluations régulières permettent l'identification et la mise en place d'actions correctives immédiates, si nécessaire.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration concernant la thématique sont retrouvées dans le plan d'actions institutionnel. Les responsables sont identifiés, des échéances établies et des modalités de suivi en place. Ces actions sont révisées et réajustées en fonction des résultats des indicateurs, et ce de façon régulière.
Des actions ont déjà été réalisées. On notera celle sur le déploiement de l'envoi sécurisé informatique des courriers de liaison aux médecins traitant suite à un passage aux urgences, celle sur la réalisation d'un règlement intérieur des urgentistes, ou encore sur l'élaboration d'un protocole de prise en charge pour les traumatismes de la main.
D'autres restent à finaliser, comme la révision du matériel d'urgence pédiatrique, ou la rédaction d'un protocole de renfort médical en cas d'état de choc chez l'enfant.
La communication sur ces actions d'amélioration est réalisée auprès du personnel lors des réunions de service ou par l'intermédiaire d'affichages dans la salle de soins.
La communication vers les usagers est assurée par de l'affichage en salle d'attente, via le site internet de l'établissement, ou la CDU.

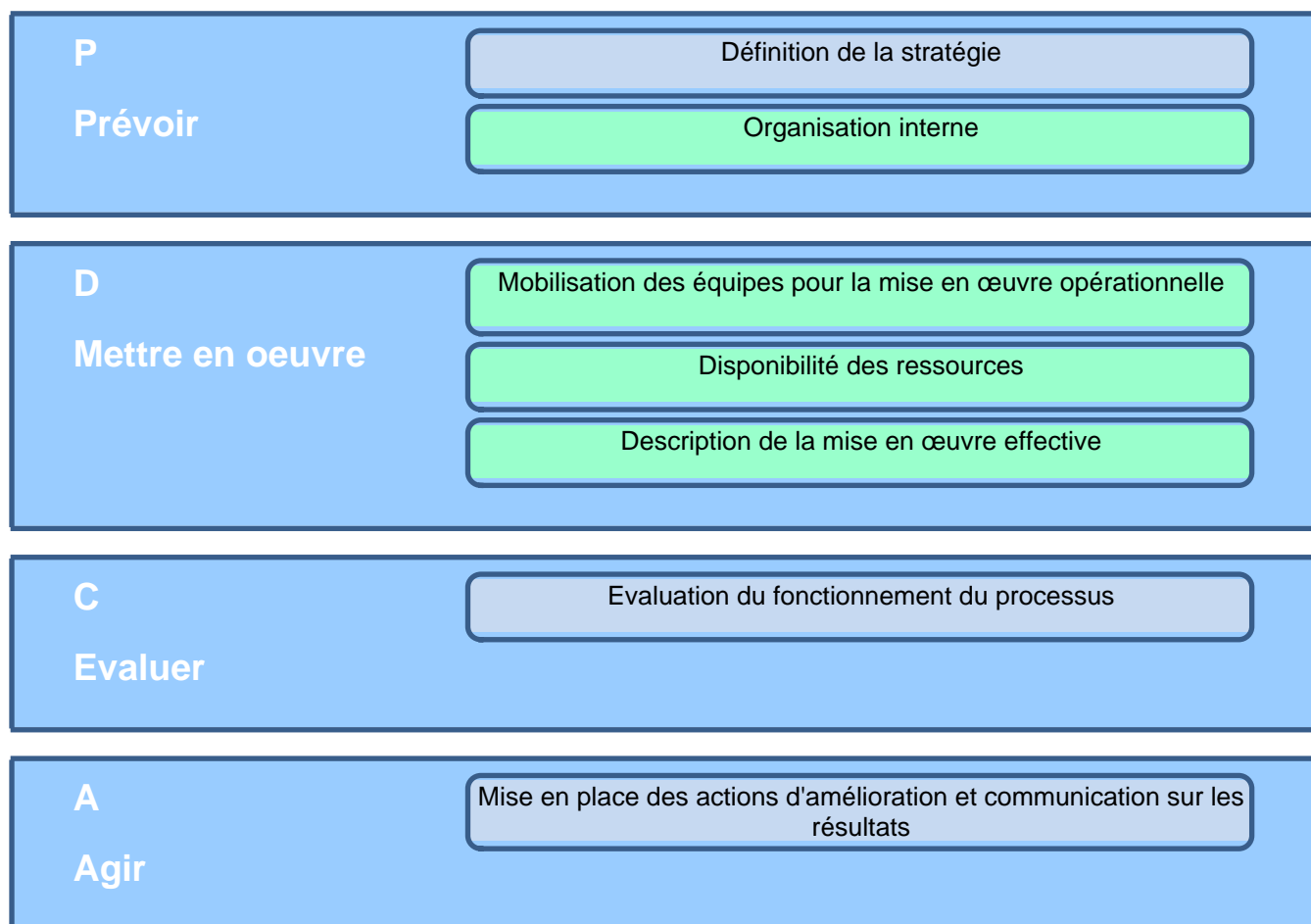
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire de la clinique des Cèdres se compose de 13 blocs chirurgicaux à flux laminaires dont 4 blocs en circuit court. 3 salles d'endoscopie dont 1 salle d'endoscopie interventionnelle. 1 salle de traitement des endoscopes et une SSPI avec 16 postes. Un bloc est réservé aux césariennes et un bloc à la prise en charge des urgences. Hors chirurgie cardio vasculaire toutes les spécialités chirurgicales sont pratiquées : Orthopédie, chirurgie de la main, urologie, gynécologie, chirurgie digestive, chirurgie thoracique, ophtalmologie, ORL, esthétique, stomatologie, maxillo facial, chirurgie dentaire, endoscopie digestive, urologie et bronchique... En 2018, 20854 interventions ont été réalisées.

Les politiques du bloc opératoire et du secteur ambulatoire sont consultables dans les Orientations Stratégiques et dans le Manuel Qualité. Elles intègrent les différents projets médicaux et un chapitre exclusif est réservé au développement prioritaire de la chirurgie ambulatoire et ses enjeux organisationnels et logistiques en amont, à J0, en aval.

Les politiques sont le résultat d'une identification, d'une analyse et d'une hiérarchisation des processus à risque (interventionnels, types de PEC, populations prises en charge...) dont les supports sont une analyse a priori (cartographie des risques) et une analyse a posteriori résultat du suivi des indicateurs, des EI, des RMM et des CREX, des plaintes et réclamations et des actions d'évaluation...

Les professionnels sont associés à l'identification des risques (EI, CREX, RMM). Les risques sont hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS. Ils se déclinent dans un programme d'action formalisé, priorisé, unique. Les modalités de mise en oeuvre du programme sont définies avec une validation par la CME, la Direction, le COVIRIS. Le programme bloc ambulatoire est intégré dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage organisationnel s'appuie sur le COMEX et ses instances associés (Conseil de Bloc et Comité de bloc). Le pilotage opérationnel est assuré par la Directrice du Bloc. Pilote et co-pilotes ont des fiches de mission.

Les ressources et les besoins ont été identifiés. L'organisation est formalisée dans une charte de fonctionnement du bloc opératoire ainsi que dans ses documents associés (Procédure "Circuit du patient au Bloc Opératoire"). Charte et document associé sont approuvés par la COMEX, le président de la CME, la Direction et la Directrice du Bloc. Charte et Document décrivent les règles, les responsabilités et les moyens nécessaires pour maîtriser la prise en charge des patients au bloc opératoires afin de garantir aux patients un traitement satisfaisant aux exigences réglementaires et au niveau de qualité défini par la Clinique. La charte de bloc opératoire expose les bases de l'organisation et de l'optimisation de l'activité du bloc. Elle est opposable aux praticiens utilisateurs du bloc opératoire qui s'engagent à la respecter en la signant.

La charte est affichée au bloc opératoire pour que nul ne l'ignore.

Les besoins en ressources humaines ont été identifiés. Une gestion des ressources (anesthésistes) des compétences (IADE, PCR), des qualifications (IBODE, IDE) et des effectifs (permanence des soins) est organisée. Les procédures liées management des risques (signalement EI; information du patient en cas de dommage lié aux soins..) sont identifiées. Les procédures liées aux processus support (préparation des salles, procédures de bio nettoyage des blocs ; maintenance et contrôle environnementaux, gestion des pannes et dysfonctionnements, fonctionnement en mode dégradé) sont formalisées.

Les procédures liées aux processus interventionnels (fiches des interventions; gestion d'une urgence vitale; PEC d'une hyperthermie maligne; radioprotection du patient) sont également formalisées ainsi que les documents d'information des patients (information bénéfice risque; consentement; consignes avant l'intervention).

Les besoins en matériel, en équipements et les maintenances sont identifiés et organisés.

Les interfaces (stérilisation, pharmacie, ambulatoire, salle de naissance, transports, laboratoires..) permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la PEC péri-opératoire sont organisées.

Le pilotage de l'ambulatoire est identifié. Il y a un pilote Responsable du secteur, un coordonnateur médical désigné et on retrouve également une Charte de fonctionnement du secteur avec une procédure du "Parcours du patient en UCA". La prise en charge des patients est organisé avec un "Passeport de l'ambulatoire" et les procédures relatives à cette activité ont été formalisées (Appels à J-1, J+1, échec de l'ambulatoire, éligibilité).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un programme d'actions de prévention et de surveillance est en place. La Responsable sensibilise les professionnels sur les risques identifiés (Radioprotection, Check-list, tenue vestimentaire). On retrouve des actions d'évaluations périodiques (CREX, RMM, audits). La conformité des pratiques (bonnes pratiques d'hygiène, utilisation de la check-list, préparation des salles, respect du programme opératoire, installation des patients, conformité des appels de la veille et du lendemain, consignes pré et post-opératoire, information sur la sortie) est contrôlée. Les professionnels déclarent les EI (42 déclarations en 2018). Ils sont informés des résultats des évaluations et participent à l'identification et au choix des actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires : humaines (gestion des compétences), matérielles (notamment locaux et équipements), documentaires, etc.).

Les effectifs et les compétences sont en adéquation avec les PEC et l'activité. Des dispositions existent dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. Des formations sont mises en oeuvre et l'intégration des nouveaux arrivants est assurée.

Les documents sont actualisés, validés et présents dans la GED.

Les maintenances préventives et curatives sont assurées (Ingénieur Biomédical sur site) et des chariots d'urgence vitale sont opérationnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La sécurité anesthésique (nombre, postes en SSPI) est assurée. Les circuits et le principe de l'asepsie progressive sont respectés. Les bonnes pratiques d'hygiène et de maîtrise du risque infectieux sont mises en oeuvre (nettoyage des salles, tri des déchets, règles d'habillage).

Le risque ATNC est pris en compte et tracé. Au quotidien fiches d'ouverture des salles, fiches de préparation des interventions et fiches d'installation des patients.

Les contrôles micro biologiques de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés et suivis. La surpression dans les salles est maintenue et contrôlée.

Les bonnes pratiques environnementales en radioprotection sont respectées : zonage, signalisation. Les préconisations de l'ASN sont suivies.

Les organisations prévues sont mises en oeuvre. La permanence et la continuité des soins sont assurées. Le COMEX et les conseils de bloc restreints sont opérationnels. La programmation opératoire et la régulation des activités sont mises en oeuvre (validation hebdomadaire par la cellule de Régulation du Bloc Opératoire; validation au quotidien par la Responsable du Bloc) avec un Indicateur HN D4.2 de 100%. La gestion des risques (EI, CREX et RMM, risques liés au patient, risques liés au matériel) est effective.

En ambulatoire l'appel à J-1 et à J+1 sont mis en oeuvre. L'accueil est optimisé. La continuité des soins est assurée. Les consignes à suivre au retour à domicile sont réitérées. Les informations de sortie sont tracées. Le suivi du patient après sa sortie est assuré. Les coordonnées des personnes et des services assurant la continuité des soins sont transmises au patient. La validation de la sortie par les praticiens responsables est effective et tracée.

L'information du patient est faite et son consentement est recherché. L'accueil du patient au bloc est assuré et le contrôle d'identité est effectif à toutes les étapes de la PEC (brancardage, accueil au bloc, SSPI). La check-list sécurité du patient au bloc opératoire est mise en oeuvre. En dehors du suivi per opératoire, toutes les étapes de la PEC sont informatisées et sont assurées sur un logiciel partagé qui assure la continuité de la PEC avec l'amont (ambulatoire) et avec l'aval (SSPI). Les informations sur la préparation cutanée sont retrouvées.

Les praticiens et les professionnels utilisateurs des rayonnements ionisants sont compétents en radioprotection des patients et en radioprotection des travailleurs. Les bonnes pratiques de préparation des patients à risque sont respectées (allergie à l'iode, prévention de l'IR, ...) sont respectées. Le suivi de l'irradiation du patient est assuré et les professionnels utilisent les EPI mis à disposition. Le suivi des dosimétries passives et des dosimétries actives est opérationnel. Les vaccinations sont suivies. L'antibioprophylaxie est mise en oeuvre et les mesures comportementales sont suivies.

La traçabilité des intervenants, des dispositifs médicaux implantables ou stériles et des actes, incluant les vérifications effectuées (compresses, piquants) est assurée.

Les instances et les interfaces sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et de pilotage comporte un suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs et des démarches d'évaluation.

Les évaluations s'appuient sur des audits (patient accompagné à pied au BO, PEC de la douleur..), des enquêtes (tenue vestimentaire, lavage des mains), Des audits/EPP (Audit tri des déchets, conditionnement, pré désinfection DM, Processus Circuit des DMI/DMS, Quick-Audit Vérification

Disponibilité des DMI, Audit Check-list sécurité du patient au Bloc), des formations (formation SSPI, formation radioprotection, formation adaptation à l'emploi des IDE travaillant au bloc), des CREX (1/mois) et des RMM (2018: 3 en viscéral et 4 spécifiques à l'anesthésie).

Les indicateurs sont les indicateurs nationaux (compte rendu d'accouchement, Présence du DA, TDA, TRD-DAN, DAN-EVA) et des indicateurs spécifiques (Trace écrite de la Visite Pré Anesthésique, Débordements de plages, taux de remplissage de la Check list sécurité patient au bloc...).

Les EI sont recueillis (22 en ambulatoire 2018) et analysés (1 fois/mois) avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience (1 fois/mois).

Le bilan d'activité du bloc opératoire ainsi que de l'ambulatoire est global et par spécialités chirurgicales. Il fait l'objet d'une communication en CME.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus (Rideaux de séparation entre les patients en SSPI, charte des visiteurs au bloc opératoire, protocole accompagnement patient debout, règles et responsabilité comptage des compresses, transfert au Bloc opératoire des enfants en voiture électrique, salon sortie en ambulatoire).

Les résultats sont communiqués aux professionnels (staff, réunions de service, notes de service, logiciel de gestion documentaire...) et aux usagers : affichage des résultats des indicateurs.

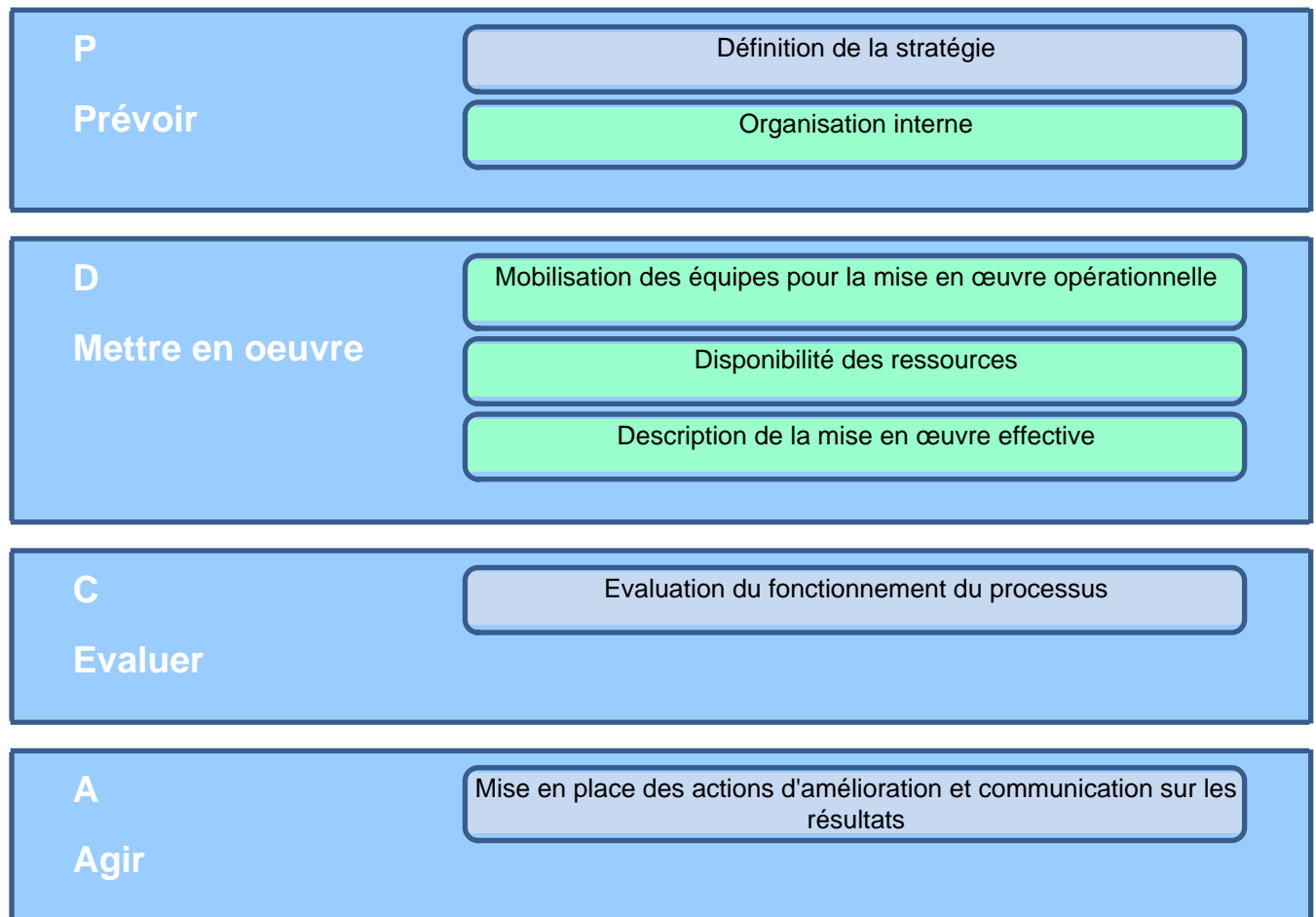
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Le secteur endoscopique se trouve dans le bloc opératoire. Il comprend 3 salles d'examen avec 1 salle réservées aux actes d'endoscopie interventionnelle, plus une salle de traitement des endoscopes. L'activité principale est représentée par le digestif. Des endoscopies urologiques et bronchiques sont également pratiquées. En 2018, 8148 endoscopies digestives ont été réalisées, 2630 endoscopies urologiques et 284 endoscopies bronchiques.

La politique du secteur s'intègre dans le management global du bloc opératoire et est présente dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les objectifs prioritaires sont articulés autour de la sécurité de la prise en charge du patient en endoscopie. Ils sont le résultat d'une identification des risques et d'une prise en compte du processus interventionnel et des processus supports (recrutement de spécialistes, Poursuite de la démarche d'accréditation HAS, formation du personnel, Modifications architecturales du local de décontamination des endoscopes, Augmentation du nombre de salles d'endoscopies, Renforcement de l'offre de soins en endoscopie diagnostic, en endoscopie interventionnelle, Renforcement des techniques d'endoscopies interventionnelles, Renforcement de l'offre d'écho-endoscopie diagnostic haute et basse, Développement de techniques innovantes, Amélioration des prises en charge: obésité morbide, stéatoses hépatiques, cirrhose métabolique...). Une cartographie des risques est en place et intègre les risques à postériori. Le Compte Qualité a été élaboré avec les professionnels sur la base des audits, du suivi des indicateurs, de l'analyse des EI et du suivi des dernières Instructions.

Les risques sont hiérarchisés (méthodologie HAS) et un programme d'actions spécifique au secteur (Recrutement de deux nouveaux praticiens, Travaux d'aménagement et mise aux normes d'une nouvelle salle de traitement des endoscopes, Création d'une quatrième salle d'endoscopie, Acquisition de nouveau matériel, Apprentissage de la dissection sous muqueuse) accompagne un plan d'actions prioritaires en lien avec les risques identifiés avec définition des objectifs d'amélioration. Le programme d'action a été validé par les instances concernées et notamment par la CME. Il est articulé avec le pacte institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus. Le pilotage opérationnel est assurée par la Responsable Référente (co pilote de la thématique) sous la responsabilité de la Directrice du bloc opératoire. Un pilote (gastroentérologue) est identifié. Le pilotage organisationnel est assuré par le Praticien Hygiéniste. Les fiches de missions sont formalisées.

Les besoins et les ressources nécessaires ont été identifiés. Identification des besoins en effectif, compétences et qualification ainsi que des besoins en formation: renouvellement formation: "désinfection des endoscopes" (2019), formations "Prélèvement des endoscopes" (2016), formations "Prélèvements des duodénoscopes"(2018). Le secteur a identifié et formalisé les procédures concernant les différentes étapes de l'examen endoscopique: circuit patient, désinfection des endoscopes. Il y a un parc d'endoscopes et le renouvellement des endoscopes est organisé.

Les circuits et les interfaces sont identifiés et définis. Ils sont établis avec les secteurs cliniques et médico techniques (anatomopathologie) et coordonnés avec le SIH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un programme d'actions de prévention et de surveillance est en place. La Référente sensibilise les professionnels sur les risques identifiés (port des EPI). Elle s'assure de la conformité des pratiques (traitement des endoscopes) et dispense des actions de formation (coaching, évaluations des pratiques et actions de formation/action). Les professionnels déclarent les EI (17 en 2018) ; ils sont informés des résultats des évaluations et participent aux actions correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels qui traitent les endoscopes sont formés et les aides endoscopistes ont la qualification requise. Les formations sont mises en oeuvre et l'intégration des nouveaux arrivants est assurée. La documentation actualisée, validée est disponible dans la GED. Les ressources matérielles (parc endoscopes, armoires de stockage, bacs pour le traitement manuel des endoscopes, outils informatiques, EPI...) sont à disposition.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion des risques liés au matériel est effective: pré traitement, test d'étanchéité, premier nettoyage, désinfection, séchage, traitement des accessoires, stockage, désinfection après stockage, contrôle

microbiologique des endoscopes, des LDE et des armoires de stockage. Les problématiques de Qualification, re qualification, de maintenances préventive et curative sont assurées par l'ingénieur Bio médical.

Les risques liés à l'environnement sont pris en compte: identification du propre et du sale; respect du principe d'asepsie progressive; contrôle micro biologique des locaux; nettoyage des salles, tri des déchets. La qualité de l'air et de l'eau en salle de désinfection est contrôlée.

Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en oeuvre. Le personnel respecte les règles de protection (port de gants, protection oculaire, tablier). Les vaccinations sont contrôlées. Les incidents et accidents sont gérés (projections toxiques, kit AES). La prévention des risques liés aux rayonnements ionisants est assurée (port des EPI, zonage, signalement).

L'information du patient est assurée. La check-list sécurité du patient en endoscopie est mise en oeuvre. Le risque ATNC est recherché et tracé. Les traitements anticoagulants et anti-aggrégants (risque identifié) ont été pris en compte et font l'objet d'un protocole respecté. L'antibioprophylaxie en endoscopie a été revue et adaptée aux gestes pratiqués. Les bonnes pratiques de préparation du patient sont respectées.

La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées et les DMI. Elle porte sur l'identification du patient, de l'opérateur, de l'acte, de l'endoscope avec la date et l'heure de traitement de l'endoscope, les cycles de chaque endoscope, le désinfectant utilisé, la traçabilité du stockage...

Les interfaces sont opérationnelles en particulier avec l'anatomopathologie.

La régulation des activités est assurée dans le cadre de la programmation des actes de l'ensemble du bloc opératoire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pratiques ont été auditées (Processus de désinfection des endoscopes digestifs semi critiques 2017-2018, bilan des prélèvements micro biologiques des endoscopes 2018, précautions complémentaires personnalisées) et les dernières Instructions ont été prises en compte (2016, 2018). Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont suivis (activité, taux de réalisation du plan de prélèvements micro biologiques endoscopes et LDE, taux de remplissage de la C-L endoscopie, non conformité des prélèvements anatomopathologiques, Nombre de réunions annuelles du GMT, nombre audits, EPP, RMM, formations, Taux de détection d'adénomes, Certification HAS des praticiens de la spécialité, Participation de chaque spécialiste à deux congrès par an, Participation aux RMM, Participation aux RCP en cancérologie digestive, tumeurs du foie, colite). Les EI déclarés (12 en 2018) par les professionnels sont traités et suivis avec la participation des professionnels et organisation du retour d'expérience.

Le rapport d'activité du secteur est inclus dans celui du bloc opératoire.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus (risques identifiés, résultats des évaluations). En 2018: Mise en place d'une colonne de secours, formation aux prélèvements des duodénoscopes en réponse à l'instruction de 2018, mise en place d'une cartographie des écouvillons, mise en place d'un temps de soufflage pour les endoscopes mis en attente entre 2 examens, mise en place de la fiche technique "désinfection de la sonde coloproctale de prostate", mise en place de sachets de transport pour sécuriser et identifier les endoscopes, condamnation des portes salles 14 et 15 donnant dans le local de traitement des endoscopes, identification et sécurisation de la marche en avant...

Les résultats des évaluations sont communiqués aux médecins (mails, CME). La communication aux soignants utilise les notes de service, les réunions de service et les informations informelles délivrées par les Responsables. Les usagers sont informés des résultats des indicateurs nationaux (affichage).

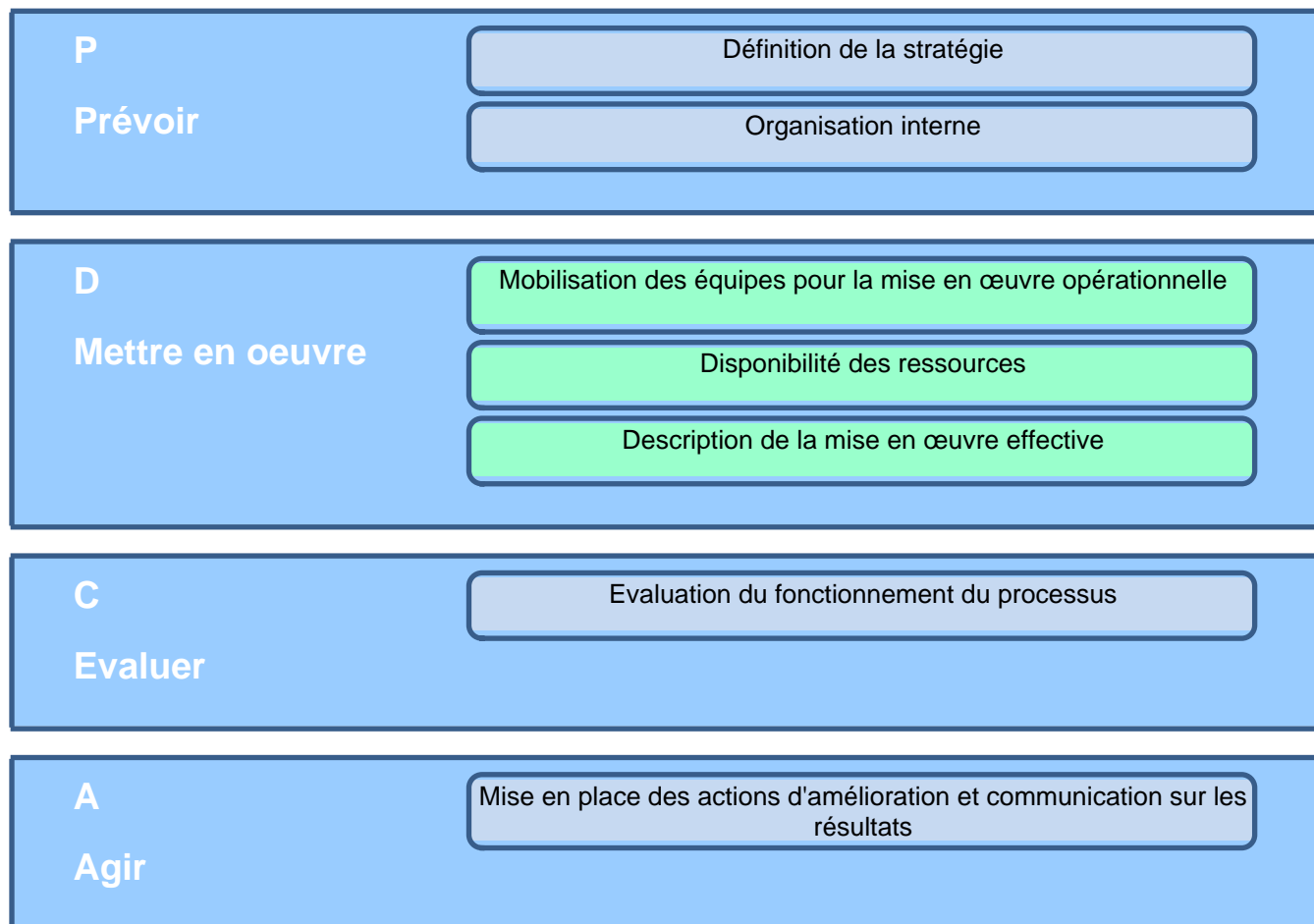
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

La clinique des Cèdres bénéficie d'une maternité de niveau I, reconnue par l'ARS, qui lui permet la réalisation de plus de 1000 accouchements par an (1018 en 2018).
Adhérente au réseau périnatal ALPES - ISERE (RPAI), elle travaille à ce titre en collaboration avec les maternités de niveau II de la clinique BELLEDONNE et du Centre Hospitalier de VOIRON, ainsi que la maternité de niveau III du Centre Hospitalier Universitaire de GRENOBLE. Ce partenariat concerne notamment les transferts et les prises en charge des urgences, que ce soit pour les parturientes ou les nouveau-nés.
La stratégie de la thématique, présentée et validée lors des instances, est retrouvée dans la note d'orientations stratégiques 2019 de l'établissement.
Les risques ont été identifiés, analysés et hiérarchisés par un groupe pluri-professionnel pour l'ensemble des composantes de ce processus à risque, lors des réunions du comité maternité, qui se réunit tous les deux mois. Ce comité est composé du gynécologue-obstétricien, chef de service, et de son adjoint, de la directrice des soins, de la cadre sage-femme responsable du secteur et de son adjointe, entre autre.
Cette analyse, complétée du retour des CREX et RMM ayant pour sujet la thématique, de l'analyse des indicateurs IQSS et institutionnels, de l'analyse des EPP, de la réalisation d'un audit en 2017 sur la prise en charge des nouveau-nés en salle de naissance, ainsi que des résultats de la précédente visite de certification V2014, ont permis l'élaboration d'un plan d'actions d'améliorations. Ces actions bénéficient toutes d'un échéancier et de pilotes. Elles sont reprises dans le plan d'action institutionnel et les prioritaires, dans le compte qualité de la structure.

ORGANISATION INTERNE

La clinique des Cèdres a établi un pilotage du service de maternité et en particulier pour son secteur « salle de naissance ».
Celui-ci a été confié à un médecin gynécologue-obstétricien et à la cadre sage-femme de l'unité. La fiche de mission des pilotes du processus formalisée, est retrouvée dans le « manuel qualité » institutionnel. Le comité maternité contribue au pilotage du processus.
Les ressources en personnel ont été prévues en fonction des risques identifiés et des besoins avec une permanence H24 d'au moins deux sages-femmes, d'un gynécologue obstétricien, d'un anesthésiste, ainsi que d'un pédiatre (en astreinte la nuit).
La mise à disposition des tableaux de garde est organisée. A ce jour, l'effectif médical et soignant est au complet.
Les différents personnels intervenants sur le secteur bénéficient de fiches de postes. Leur formation et les mises à jour régulières de leurs connaissances, sont prévues et inscrites au plan de formation.
L'intégration des nouveaux arrivants est organisée : « fiche d'intégration du nouveau salarié », « livret d'accueil du nouveau salarié informatisé » et prise de fonction doublée au début.
Un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées (procédures relatives à la prise en charge de la mère et de l'enfant) est en place. Certaines de ces procédures ont été réalisées en partenariat avec le RPAI, comme celle traitant de la prise en charge de la mort fœtale in utero. Une procédure « admission et séjour à la maternité » détermine les modalités de prise en charge de toute patiente se présentant pour un accouchement.
Une procédure « césarienne en extrême urgence : césarienne « code rouge » », a été élaborée afin de définir les modalités de prise en charge des patientes en extrême urgence.
Afin de garantir une régulation des activités et permettre le respect de la programmation et la sécurité des patientes, une procédure « déclenchement artificiel du travail » est formalisée.
Les besoins en locaux et matériel sont identifiés et adaptés à l'activité actuelle. La salle de césarienne, située au bloc opératoire, est prévue pour être à proximité directe des salles de naissance. Si besoin, il est prévu que soit utilisé la salle de bloc d'urgence au cas où deux césariennes seraient à réaliser en simultané. Les équipements destinés à la mère et au nouveau-né font l'objet d'un plan de maintenance.
Le dossier de soin partagé unique est prévu pour permettre à l'ensemble des professionnels intervenant auprès des patientes et des nouveau-nés (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) de tracer leurs interventions et permettre ainsi l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.
Les interfaces, telles qu'elles ont été organisées, permettent une articulation cohérente des missions et des compétences, au regard des objectifs identifiés.
Afin d'aider certaines patientes pour leur retour au domicile, une convention a été rédigée avec la CPAM de l'Isère, dans le cadre du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre sage-femme, responsable du service de maternité et des salles de naissance ainsi que le médecin, pilote de processus, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les actions d'améliorations en cours, en lien avec la thématique. Ils sont en charge de la diffusion de la culture qualité et sécurité des soins. La communication avec les professionnels se fait par plusieurs moyens à travers différents supports: réunions de service, tableaux d'affichage, envoi de mails, diffusion des comptes-rendus des réunions du comité maternité. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques, du respect des procédures et des protocoles par une vigilance quotidienne sur les pratiques. Les personnels sont incités à réaliser des fiches d'évènements indésirables si nécessaire (6 déclarations en 2018). Au besoin, des actions correctives peuvent être immédiatement apportées ou, pour les problématiques plus complexes, celles-ci sont analysées lors d'un CREX ou d'une RMM.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont en place. Les tableaux de garde et d'astreinte sont à disposition du personnel afin d'assurer la continuité des soins. Le maintien des compétences est assuré par la réalisation des formations prévues au plan de formation institutionnel. Celles-ci ont pour thème la réactualisation des connaissances en soins d'urgence, la gestion de l'agressivité, l'allaitement maternel. Des actions de sensibilisation sont régulièrement réalisées par les gynécologues - obstétriciens en interne, sur des sujets choisis selon les problématiques du moment. L'ensemble des procédures actualisées et validées, règlementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, sont disponibles en temps utile via le logiciel institutionnel. Les professionnels maîtrisent les outils informatiques permettant un accès à la base documentaire. Les huit salles de naissance contiguës sont opérationnelles ainsi que la salle destinée aux soins des nouveau-nés. Une des salles de naissance a été spécifiquement aménagée en salle dite « nature » afin de proposer une prise en charge plus personnalisée. Il est possible d'accéder à la salle de césarienne du bloc opératoire via un sas situé à proximité immédiate des salles de naissance. La climatisation, en place dans chaque salle de naissance, permet d'assurer le confort des parturientes. Un système « appel-malade », est mis à disposition afin de compléter la sécurisation de la prise en charge. Chaque salle dispose d'un système d'appel d'urgence « code rouge », relié directement au bloc opératoire pour les patientes nécessitant une prise en charge en extrême urgence. Le matériel est présent en quantité suffisante. Un chariot d'urgence adulte, ainsi qu'un chariot pédiatrique sont en place. Ils sont contrôlés et scellés mensuellement. Un chariot supplémentaire pour les césariennes en urgence est également disponible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation de l'activité est assurée et facilitée à la vue de l'activité globale du service. Les pratiques professionnelles s'appuient sur les procédures en place qui sont connues et respectées. Les tableaux de garde sont accessibles et actualisés permettant, en temps utile, une prise en charge optimale. Les entrées programmées, dont les césariennes, sont planifiées via l'outil informatique. Les entrées administratives sont réalisées au niveau du bureau des admissions, avec un contrôle d'identitévigilance. Les patientes sont ensuite conduites dans le service maternité, où un accueil personnalisé est réalisé. Des informations concernant leur séjour leur sera donné, un bracelet d'identification posé et une analyse de leurs besoins réalisés. Pour les accouchements non programmés, et suite à un passage aux urgences où elles sont enregistrées, les patientes sont accompagnées dans l'unité où une évaluation de leur état est réalisée dans une pièce dédiée. Si l'accouchement doit avoir lieu, elles sont alors installées en salle de naissance. Après chaque accouchement, le nouveau-né est systématiquement pris en charge par le personnel soignant et vu par le pédiatre de garde ou d'astreinte. Le dossier patient informatisé unique étant accessible par l'ensemble des professionnels (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes), il permet d'assurer la continuité des prises en charge. Celui-ci a été récemment modifié afin de permettre une visualisation en simultané du dossier de la mère et du nouveau-né, au sein d'une même fenêtre. Les prescriptions et la traçabilité des actes réalisés sont conformes aux attendus, ce que confirme le patient traceur réalisé sur le secteur. Les procédures sont à disposition au niveau des postes informatiques du bureau centralisé. La procédure « code rouge » est connue par l'ensemble des personnels rencontrés lors de la visite de terrain. La traçabilité, telle qu'elle a été organisée, est opérationnelle. Elle concerne l'ouverture des salles de naissance, le nettoyage et le contrôle des matériels, le contrôle des frigos. Le personnel est impliqué dans la déclaration des évènements indésirables, comme cela a pu être

constaté. Ils participent aux CREX et RMM lorsque cela est nécessaire.
Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi du processus « salle de naissance » est en place. Il est géré par la pilote et le copilote du processus.

L'établissement assure le relevé et l'utilisation de ses indicateurs nationaux, ainsi que d'indicateurs qu'il a mis en place tels que le nombre d'accouchement, de transferts des nouveau-nés, le taux d'analgésies péridurales, d'extractions instrumentales, d'épisiotomies, de césariennes.

Des EPP en lien avec la thématique sont déclinées. On notera celle sur la mise en peau à peau en salle de naissance.

Des audits selon la méthodologie du « patient traceur » sont également réalisés afin d'évaluer les prises en charge des césariennes en urgence.

Suite au recueil des déclarations d'évènements indésirables ayant pour sujet la thématique, une analyse est réalisée et un CREX ou une RMM mise en place si besoin, et ce avec l'appui de professionnels de différentes catégories professionnelles. Un retour d'expérience est systématiquement assuré.

Selon les situations, une analyse peut également être réalisée au niveau du RPAI, avec les structures concernées.

La satisfaction des usagers est également évaluée via l'analyse des questionnaires de satisfaction et l'utilisation du dispositif e-satis.

A / AGIR

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

L'établissement a mené des actions d'amélioration avec les professionnels, en s'appuyant sur les résultats des différentes évaluations, l'analyse de ses risques, l'analyse des fiches d'évènements indésirables et des résultats des CREX et RMM. Le plan d'action est repris dans le plan d'action global de l'établissement il a servi à compléter le compte qualité institutionnel.

Des actions ont déjà été menées, notamment pour la réévaluation des modalités de jeûne et d'hydratation pendant l'accouchement, la mise en place d'un groupe projet pluridisciplinaire RACC post césarienne, ou la mise à jour d'un protocole sur l'accouchement dans le secret.

D'autres actions sont en cours de finalisation notamment sur l'élaboration de fiches d'informations à destination des nouveaux médecins.

La communication des résultats des actions d'amélioration mises en place est assurée par l'encadrement, par l'intermédiaire des réunions de service, tableaux d'affichage, la diffusion des comptes-rendus des réunions du comité maternité, et l'envoi de mails via le logiciel patient.