



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE BONNEVEINE

89 boulevard du Sablier

13008 MARSEILLE

DÉCEMBRE 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	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50

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 DE BONNEVEINE	
Adresse	89 boulevard du sablier 13008 MARSEILLE 08
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	130043722	APATS MARSEILLE GROUPE DGSANTE	Boulevard du sablier Groupe dgsante 89 13008 MARSEILLE 08
Etablissement de santé	130783665	CLINIQUE DE BONNEVEINE	89 boulevard du sablier 13008 MARSEILLE 08

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	54	/	18
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Médecine	37	5	/
SSR	SSR	10	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	COFRAC Octobre 2018 (S3)
---	--------------------------

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Clinique Clairval Hôpital Européen Clinique Bouchard Centre Hospitalier d'Allauch Institut Paoli Calmettes La Pagerie La Salette Le Grand Large

Clinique SSR du Château des Florans
La Provençale
Centre de Rééducation Fonctionnelle Rosemond
Hôpital Beauregard Vert coteau

Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	Arrêt de l'activité de chimiothérapie. L'établissement a signé une convention d'établissement associé avec l'hôpital Européen le 30/09/2015 et avec l'hôpital Beauregard Vert coteau le 01/10/2018 pour la réalisation des chimiothérapies sur l'établissement.
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	/réajustement traitement antalgique	programmé		MCO
2	Adulte	Chirurgie	/prothese de genou	programmé		MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	endoscopie digestive	ambulatoire programmé		MCO
4	Personne âgée	SSR	syndrome occlusif	programmé		SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

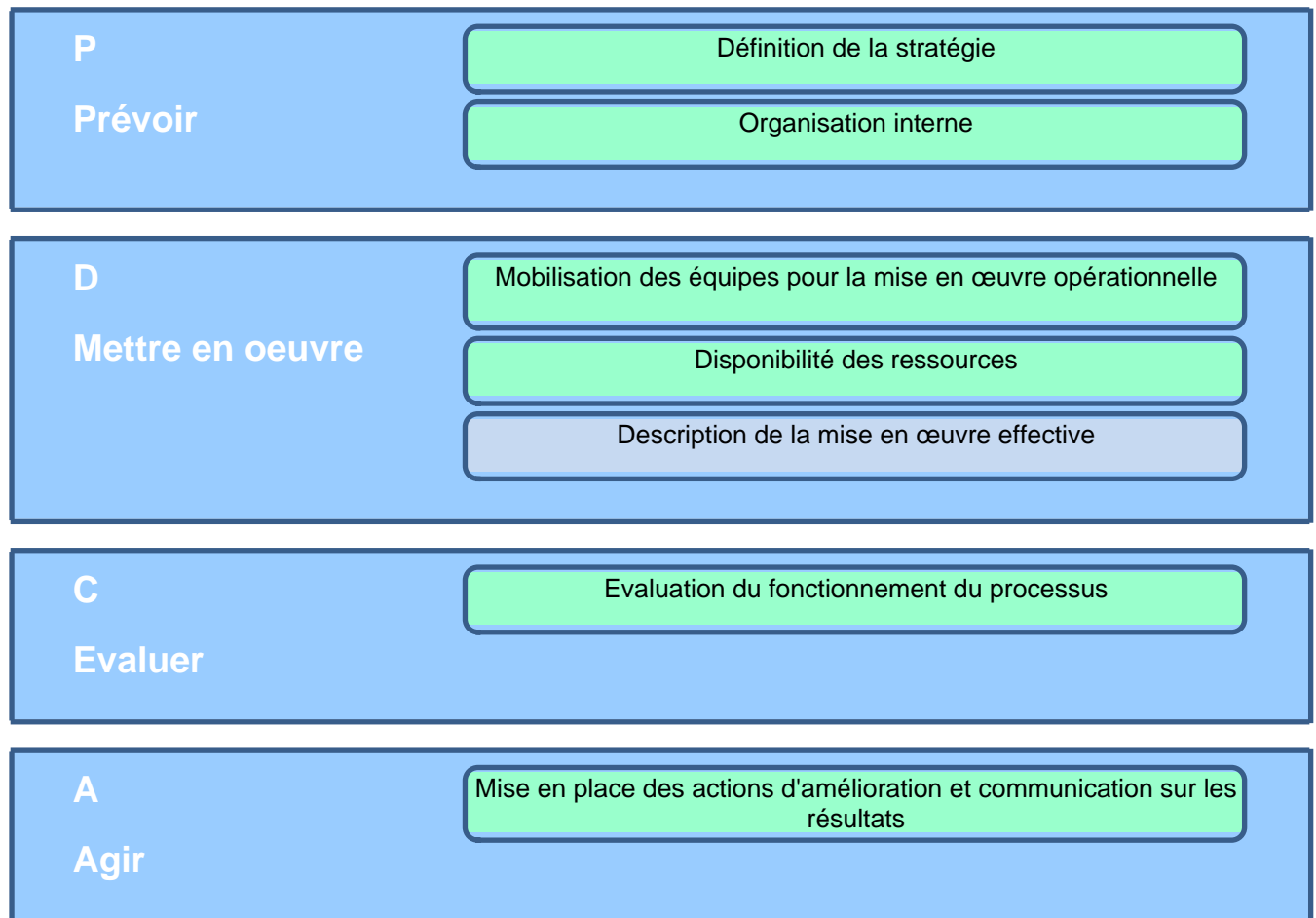
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique de Bonneveine a formalisé une stratégie et des objectifs définissant la politique d'amélioration de la qualité-gestion des risques et sécurité des soins 2018-2022, validée en février 2019. Elle est en cohérence avec le projet d'établissement, le CPOM, les exigences du manuel de certification ainsi que des évaluations internes et externes.

Celle-ci se décline en 10 engagements qui balaient les différents processus de prise en charge, de sécurité et de l'évaluation des pratiques. On retrouve les obligations légales et réglementaires (hygiène, qualité de vie au travail, continuité de la prise en charge du patient...), les vigilances, la gestion de crise (plan blanc, plan canicule,...), la stratégie d'évaluation et d'amélioration des pratiques (EPP), ainsi que la recherche de pérennisation de la culture sécurité. Un planning d'audits est fait. Cette politique a été validée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) le 5 février 2019.

L'établissement a procédé à l'identification des risques à partir de l'analyse des processus et de la formalisation d'une cartographie pour chacun d'entre-eux. Ceux-ci sont hiérarchisés en risques prioritaires, continus et à surveiller, sans être regroupés dans une cartographie globale.

Pour chaque risque des objectifs et des actions d'amélioration sont définis et reportés dans le PAQSS institutionnel et le Compte Qualité.

Cependant, le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne rassemble pas les plans d'actions à mettre en œuvre. Pour un même processus, il existe plusieurs documents qui listent des actions à mettre en œuvre : « le plan d'actions 2019 » de l'établissement, le compte qualité, les plans d'actions issus des instances ou encore issus des analyses de risque. Les actions qui sont définies dans le PAQSS ne sont pas forcément les mêmes que celles enregistrées dans le compte qualité. Pour le processus MQGDR sur les 25 actions inscrites au compte qualité, 5 sont retrouvées dans le PAQSS. Pour ce même processus il existe un plan d'actions indicateurs IQSS 2018, distinct du PAQSS. Pour le parcours patient, les actions d'amélioration se retrouvent dans 5 plans d'actions distincts, et les actions issues du plan d'action du CLIN ne sont pas intégrées au PAQSS de l'établissement. Il est donc nécessaire de consulter plusieurs documents pour avoir une vision stratégique du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, aussi bien pour le management, pour le responsable qualité (RAQ) que pour les pilotes des processus qui sont en charge du management de processus. Il a été constaté lors des rencontres avec les pilotes que ceux ci n'avaient pas connaissance des plans d'action globaux de leur processus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus d'amélioration de la qualité.

Le Comité de pilotage Qualité-Risques composé du directeur, de la directrice des soins, du président de la CME et du RAQ, pilote le processus « Management de la qualité et gestion des risques », c'est à dire qu'il coordonne la démarche et la mise en œuvre de la politique définie.

Diverses autres comités et commissions (CODIR élargi, COVIRIS, commission EPP, CSTH, CLIN, CLUD, CLAN, Comité RMM, COMEDIMS) viennent compléter l'organigramme qualité. Un règlement intérieur, appelé également charte, est rédigé pour le COVIRIS, le CSTH, le CLIN et le CREX. Pour les autres comités et commissions, un tableau synthétique récapitule, par commission, les participants et les missions. L'établissement a fait le choix de ne pas nommer de présidents de ces comités, mais de fonctionner avec des « référents » en position d'animation du comité ou commission.

Au regard de ses missions et risques identifiés, un coordinateur des risques associés aux soins (qui est également le RAQ) a été désigné par le directeur et le Président de la CME en 2014. Ses missions sont formalisées dans une fiche de mission. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques sont coordonnées par lui.

Pour chaque processus ou thématique, un pilote a été désigné par la CME et par le COPIL. Celui-ci, s'appuie sur les comités et commissions adaptés, les professionnels des services de soins, et tout autre professionnel compétent dans la thématique donnée. Une fiche « Mission de pilote processus » générale, validée en COVIRIS en janvier 2019, définit les rôles et responsabilités des pilotes de processus.

Dans les services de soins des référents sont identifiés pour la prise en charge de la douleur et l'hygiène. Ils aident les pilotes dans la mise en place d'actions d'amélioration et dans les évaluations, en lien avec les IDE responsables (en position d'encadrement d'équipe).

Le système de signalement des événements indésirables (EI ou/et EI Graves), ainsi que leur traitement et les modalités d'analyse (CREX, REX, REMED, RMM), les plans d'urgence, la sécurité transfusionnelle, le Plan de Sécurisation des Etablissements (en cours), sont structurés et formalisés dans des procédures.

Le dispositif de veille réglementaire est en place et formalisé (procédure de mars 2019). Les professionnels disposent d'abonnements, d'adhésions à des réseaux spécifiques (CPIAS, Réseau douleur Paca Ouest, des news letters). Les modalités de la veille sanitaire pour les alertes ascendantes et descendantes 24h/24 et 7j/7 sont définies.

L'établissement a développé une stratégie de gestion documentaire structurée, qui permet de centraliser les ressources documentaires telles que les procédures et protocoles, et de les rendre visibles à tout professionnel. La procédure des procédures définit les règles de la structuration de la Gestion Electronique des Documents (GED), et une procédure dégradée prévoit la conduite à tenir en cas de panne du logiciel de la GED.

La Commission des Usagers (CDU) est présidée par un Représentant des Usagers (RU). Le responsable qualité y participe, permettant de faire le lien entre les événements indésirables et les réclamations.

Le système de gestion des plaintes et des réclamations est organisé et une procédure en précise les contours, y compris pour les réclamations orales. L'établissement a fait le choix de ne pas formaliser la désignation d'une personne chargée de la relation avec les usagers, en positionnant de fait la Directrice des soins et une IDE responsable (médiateur non médical) comme interlocutrices. L'IDE responsable tient une permanence une fois par semaine (vendredi), le matin et peut être sollicité si besoin.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est structurée.

Des actions de formation concernant la thématique de la qualité sont inscrites au plan de formation (2018 et 2019). L'accueil des nouveaux personnels est organisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les démarches de management de la qualité et de la gestion des risques sont mises en œuvre et animées par les membres du COPIL, du COVIRIS et les autres comités et commissions (CLUD, CLAN, COMEDIMS, CLAN...).

Elles reposent sur l'accompagnement par l'encadrement des services (infirmier responsable) qui en organise la déclinaison et s'assure du respect des bonnes pratiques de la part des équipes.

La directrice des soins, et les infirmières responsables mobilisent les soignants autant que possible pour les impliquer dans les démarches qualité, tout en tenant compte de leur charge de travail.

Les médecins salariés de l'établissement, sont tous impliqués dans des missions qualité transversales, et ils participent à la démarche qualité, en fonction de leurs disponibilités et charge de travail. Le directeur et le président de la CME cherchent à impliquer également les médecins libéraux intervenant dans la clinique.

Une réunion entre la DSI et les infirmières responsables est planifiée tous les 15 jours. Ces réunions d'encadrement leur permettent d'aborder des points qualité qu'elles diffuseront par la suite aux membres de leur équipe.

Cette communication se fait lors des transmissions, ou de manière informelle quand les soignants sont disponibles.

Le journal interne « Entrenews » est également un vecteur qui permet de passer des informations qualité générales.

Les représentants des usagers sont impliqués dans divers projets (définition et validation de la politique des droits des patients, soirée débat « l'accès à la santé aux populations vulnérables », projet d'Hôpital de Jour (HDJ) pour personne en situation de handicap, chambre des erreurs). Ils sont invités au Conseil d'Administration et à tous les comités et commissions. Ils peuvent y participer, en fonction de l'ordre du jour et de leur disponibilités. Deux des RU ont suivi une formation de patient expert.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Diverses ressources en compétences sont à disposition des professionnels pour les accompagner dans la démarche qualité et sécurité des soins. Le RAQ assure une centralisation des informations et un accompagnement méthodologique et logistique si besoin, des personnels formés dans le domaine de la prise en charge de la douleur, de l'hygiène, de la nutrition, de la chimiothérapie.

Les pilotes peuvent s'appuyer sur un classeur constitué en partie par le RAQ et contenant les éléments « clés » de leur processus comme la cartographie des risques, le PAQSS et autres plans d'action, les procédures essentielles, les résultats d'indicateurs...pour les aider dans le pilotage du processus. A la demande des pilotes, le RAQ, a enregistré dans le compte qualité les risques identifiés et les actions d'amélioration liées. Les pilotes ont bénéficié d'un accompagnement méthodologique et de formations en 2018, pour les aider à mener à bien leur mission.

Des ordinateurs sont à disposition de tout le personnel, sans mot de passe, dans les postes de soins, dans les bureaux et sur les chariots mobiles, facilitant l'accès à une documentation professionnelle (guides, livrets, protocoles et procédures), ainsi qu'au signalement des EI. Dans chaque unité un classeur contient les procédures à pouvoir consulter en cas d'indisponibilité de la GED. Ce classeur est mis à jour par le RAQ.

Une formation en lien avec la qualité est inscrite dans le plan de formation 2019 : e-learning sur l'acte transfusionnel et ses contrôles. Des actions de sensibilisation sont menées dans les unités de soins. La taille de l'établissement (116 lits et places) et le faible turn over, facilitent la transmissions d'informations, informelles, entre les différents professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différentes dimensions de la qualité et de la gestion des risques sont mises en œuvre dans les services par les pilotes, le RAQ et l'accompagnement et implication des IDE responsables ainsi que des médecins.

Les FEI sont saisies sur un formulaire Google, méthodologie retenue par le directeur général du groupe. Certains items, tels que le nom du déclarant, le service, la date...sont à renseigner de manière obligatoire. Les FEI sont toutes reçues par le responsable qualité (relais prévu en son absence) qui s'assure que ne figure aucun nom de patient dans le descriptif de l'EI, et l'adresse à la personne qui est à même de traiter cet EI. Le RAQ tient à jour un tableau Excel dans lequel il enregistre les éléments de la FEI, les actions mises en oeuvre et à quelle étape de traitement est la FEI. Tous les 15 jours, les FEI sont passées en revue au cours d'un COPIIL. Pour les FEI récurrentes ou ayant des conséquences importantes, une analyse des causes profondes sera faite. Le CREX décidera de faire une RMM, ou une REMED si cet EI concerne le circuit du médicament. Le RAQ transmet des bilans réguliers aux services (mensuels) et aux comités et commissions.

Le fonctionnement du CREX est précisé dans une charte validée en mars 2019, et ses membres ont été formés à l'analyse des causes profondes en 2014 : les IDE responsables, le pharmacien et le RAQ. Le recueil des éléments utiles à l'analyse se fait avec les professionnels concernés. Les professionnels rencontrés lors des visites de service connaissent et utilisent les FEI (422 en 2017 et 523 en 2018).

La coordination des dispositifs de vigilance et de veille sanitaire avec la gestion globale de la qualité et des risques est connue des services et mise en œuvre autant que besoin. Les alertes sont reçues dans l'unité de médecine/SSR et adressées à la PUI. Les relais de traitement sont prévus hors présence du pharmacien.

La Direction a connaissance de l'accréditation des médecins qui interviennent dans la Clinique.

Les plans d'urgence sont rédigés, diffusés dans les services car ils figurent dans le classeur des unités. Un exercice a été fait en février 2019 pour évaluer la connaissance des conduites à tenir par les professionnels concernés (cellule de crise).

Les plaintes et les réclamations sont vues et analysées en CDU, et les professionnels des services peuvent être sollicités pour aider à la compréhension du motif de la réclamation. Une réponse écrite est faite au patient dans les 2 jours. L'établissement prend également en compte les possibles réclamations ou avis défavorables postés sur Google et assure une réponse systématique.

Les patients sont informés de l'existence d'une CDU par le livret d'accueil du patient, et par affichage dans les services des différents services de la structure. Pour se faire connaître et faire connaître les missions des RU et de la CDU, la présidente de la CDU est allée à la rencontre des professionnels lors de la semaine qualité 2018. Elle a également participé à la chambre des erreurs, avec des soignants.

Le recueil de la satisfaction des usagers se fait via le questionnaire de satisfaction (ajouté dans livret d'accueil), et via e-Satis initié en 2018. Des informations et affichages expliquent au patient l'intérêt d'évaluer la qualité de l'hospitalisation. Dans le souci de recueillir des avis de patients plus nombreux, une enquête a été faite, sur un jour donné auprès de tous les patients présents. Pour améliorer le recueil des questionnaires, des boîtes à lettres spécifiques sont à disposition dans différents lieux de la Clinique.

Les procédures sont actualisées à minima tous les 3 ans, suivant la procédure des procédures de l'établissement. Le personnel est informé de l'actualisation ou l'enregistrement de procédures par le RAQ, par voie de mail (1 fois/mois) ou par les IDE responsables. Pour la préparation de la certification, de nombreuses procédures ont été soit rédigées (119 en version 1), soit actualisées (237). Les professionnels se sont appropriés de manière hétérogène ces documents, comme par exemple la charte non punitive d'incitation au signalement des EI qui a été validée en janvier 2019 (version 2), remise aux nouveaux, mais peu connue auprès des personnes rencontrées lors des visites.

Le renouvellement et la mise à jour des procédures sont assurés par le responsable qualité, y compris pour le classeur présent dans le service et utilisable en cas de panne de la GED.

Les nouveaux embauchés sont accueillis par la directrice des soins qui leur remet le livret d'accueil du personnel. Celui-ci comporte des informations sur les orientations qualité, leurs droits et devoirs, les droits des patients, la charte du patient hospitalisé, le bon usage des médicaments, la GED, les vigilances, le signalement des EI... Ils sont formés à l'utilisation de la GED par le RAQ et pour les autres dimensions qualité, ils sont formés et accompagnés dans les services par les pairs et l'IDE responsable.

Des actions de sensibilisation sont faites par le RAQ (chambre des erreurs), par le pharmacien (utilisation du mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote), référents hygiène, sans que le nombre de personnes formées soit intégré au bilan de formations global.

L'Établissement suit des EPP sur différentes thématiques. Lors de la visite, le tableau des EPP datant du d'octobre 2018, comprend 12 EPP, dont une EPP en lien avec la thématique qualité et gestion des risques : pertinence et prescription de la transfusion et dossier transfusionnel. Quatre EPP ont été initiés en 2018. Le suivi se fait par les différents comités ou pilotes et intégré au bilan qualité annuel. La méthodologie du patient traceur est déployée dans les services, et 7 patients traceurs ont été faits en 2018, animés par le RAQ.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux dont il affiche les résultats au sein de l'établissement. Un tableau d'indicateurs management qualité et gestion des risques est suivi depuis 2016. Ils mesurent le pilotage de la démarche, la culture sécurité, les EPP, la satisfaction des usagers, les vigilances sanitaires, la gestion documentaire. Pour certains d'entre eux, on retrouve des actions d'amélioration liées inscrites au PAQSS. Le RAQ présente aux instances (CME, COVIRIS et CDU) un bilan qualité et gestion des risques annuel, basé sur des indicateurs pour évaluer l'efficacité du processus: tableau de bord des EPP, nombre des EI, nombre de signalement des vigilances, résultats d'audits et d'enquêtes, suivi du délai de réponse à un courrier de réclamation, la satisfaction des usagers via le questionnaire de satisfaction ou e-Satis. Les bilans annuels 2018 de la CDU, du CSTH, et du COMEDIMS sont présentés aux instances (COVIRIS du 21/03/2019 et CME du 5 février 2019). Le bilan PAQSS annuel est fait à partir du tableau PAQSS tenu par le RAQ, et chaque pilote est chargé de faire le bilan de ses actions. Le suivi des résultats et le bilan du plan d'action indicateurs IQSS 2018, détaché du bilan PAQSS, est également suivi par le RAQ et les différents responsables désignés. Un quizz ludique sur les connaissances qualité et sécurité des soins a été proposé au personnel en mars 2019.

A / AGIR

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

Suite à ces différents bilans, des réajustements sont faits sur le PAQSS institutionnel ainsi que sur les différents supports, distincts, listant des actions d'amélioration, comme par exemple plan d'actions, programme CLIN, programme de la CDU, actions issues des analyses des causes, plan d'actions d'indicateurs ...). Ces réajustements sont faits par le RAQ, les pilotes, au cours des réunions, sans une centralisation de tous les réajustements.

Par exemple, l'analyse des chutes en CREX a permis de réaliser une meilleure connaissance et compréhension des événements afin d'améliorer prévention des chutes. En 2018, 4 RMM et 3 REMED ont été menées donnant lieu à une présentation en CME, à des actions d'amélioration (améliorer le fonctionnement informatique, tracer la non administration, réaliser un audit sur le traitement personnel à l'entrée).

De même, suite à l'exercice plan blanc fait, un certain nombre d'actions ont été définies : diffuser une version papier aux membres de la cellule de crise, définir le rôle du médecin de garde la nuit dans le cadre du plan blanc

Ou encore, pour évaluer la culture sécurité, le RAQ a diffusé un quizz de connaissances et qualité des soins qui a permis de faire émerger des points de vigilances et de communiquer sur les points connus par les professionnels.

Des supports et modalités de communication sont établis afin d'assurer la communication des résultats auprès des professionnels et usagers: affichage dans les services et à destination des usagers, informations passées lors des réunions, des groupes de travail, information dans entrenews, envoi de mails.

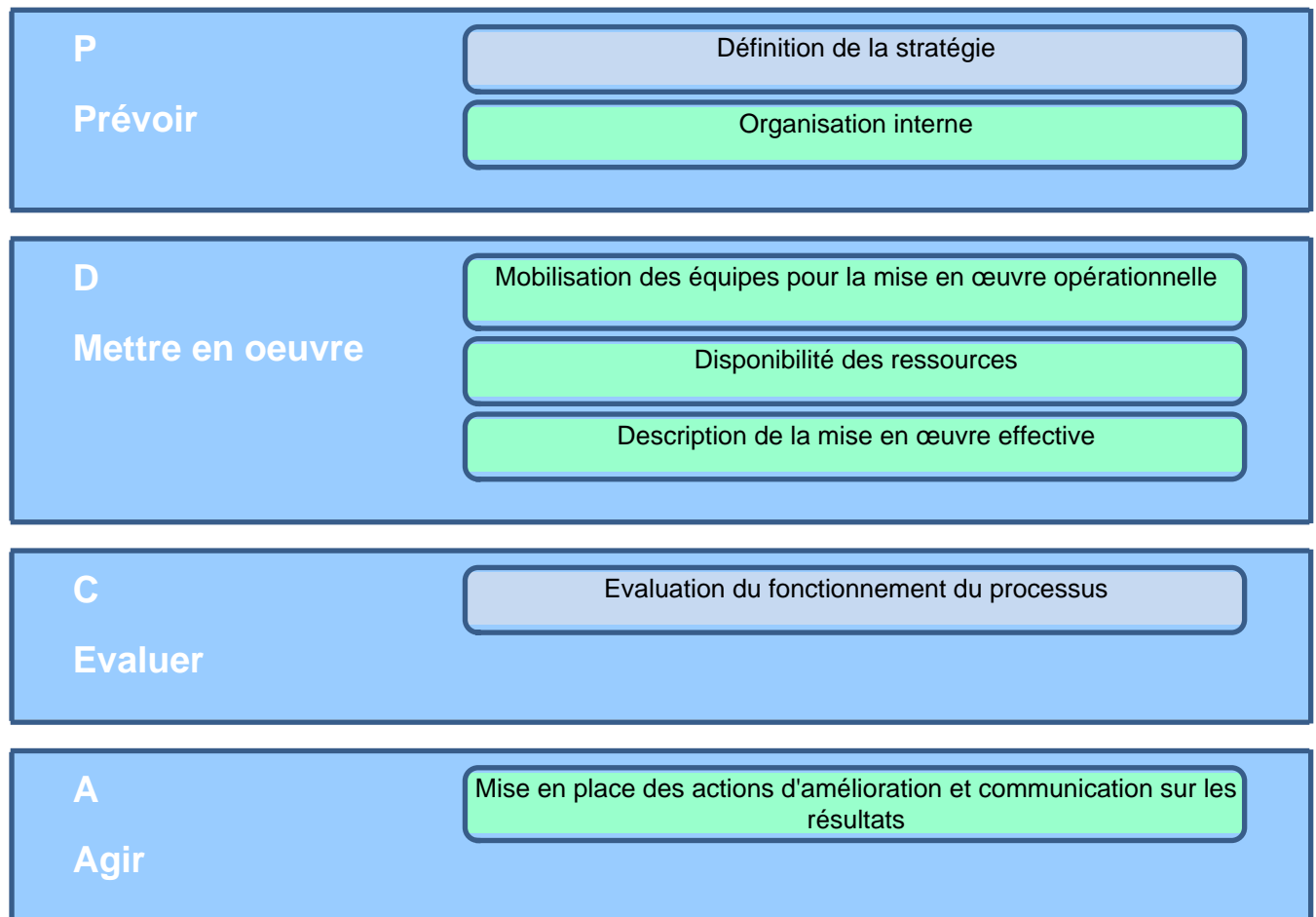
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie définie par le CLIN est déclinée en un programme d'actions sur 4 axes et 29 objectifs :

- organisations
- moyens, formations
- surveillances, audits, actions
- évaluations

La cartographie des risques basée sur une approche processus a été réalisée par les professionnels en charge du risque infectieux en utilisant une méthode AMDEC sur une échelle à 5 niveaux. Cette cartographie prend en compte, entre autres, les risques liés à l'environnement dont la qualité du bionettoyage.

Les risques ont été hiérarchisés en termes de Criticité et Maîtrise puis quatre des plus critiques ont été intégrés au compte qualité. Ces risques sont en rapport avec :

- Le respect des précautions standard
- Le défaut de signalement des infections nosocomiales
- L'absence de réévaluation des antibiothérapies
- Le risque épidémique lié à la non vaccination des professionnels.

Les plans d'action du compte qualité disposent de responsables identifiés d'un échéancier et de modalités de suivi. Le plan d'action du CQ n'est pas retrouvé stricto sensu dans le PAQSS institutionnel, de même les actions prévues dans le programme du CLIN ne sont pas stricto-sensu incluses dans le PAQSS, mais les thèmes : vaccination, antibiothérapie, précautions standard sont retrouvés dans ce PAQSS 2019, les responsables et les échéances y sont retrouvés. Les risques choisis ont été validés lors du CLIN du 26/7/2018.

La mise œuvre de ce programme sous contrôle du président du CLIN est du ressort de l'EOH composée du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de l'infirmière hygiéniste, du médecin infectiologue. Un appui par un Hygiéniste externe est parfois demandé. Le CLIN rassemble en plus des personnes de l'EOH, la biologiste, un responsable technique, un responsable du bloc opératoire, le directeur et le directeur des soins. Le programme d'actions est réactualisé tous les ans et fait l'objet d'un bilan d'activité annuel transmis à la CME.

L'établissement a identifié ses risques sur la base :

- des données internes : cartographie des risques infectieux, des signalements internes à partir du laboratoire, des résultats d'audits internes, des EPP
- des données externes (indicateurs nationaux, recommandation de la HAS, recommandations nationales PROPIAS).

ORGANISATION INTERNE

Le processus de gestion du risque infectieux est piloté par les responsables du CLIN et l'EOH. La CME est informée par le président du CLIN et le médecin infectiologue référent Antibiothérapie et vice-président de la CME

Le CLIN se réunit 3 fois par an. Il dispose d'un règlement intérieur, d'un organigramme, d'une politique de lutte contre les infections associées aux soins validée récemment (20 mars 2019), d'une politique de dépistage des bactéries multirésistantes. L'EOH est composée de 0,25 ETP infirmier hygiéniste. L'EOH peut recevoir l'appui d'un pharmacien hygiéniste extérieur si nécessaire.

Les pilotes de processus disposent de fiches de mission institutionnelles. Les infirmiers hygiénistes, le référent antibiotique, les ASH réalisant les bionettoyages disposent aussi de fiches de mission.

Un réseau de correspondants paramédicaux en hygiène dans les services (8 personnes) permet de relayer auprès des personnels soignants les informations concernant l'hygiène.

Le plan de formations concernant la prévention des risques infectieux, est établi. L'EOH participe à la formation des équipes internes de bio nettoyage.

Une organisation est en place pour assurer un conseil antibiotique. Une organisation est en place pour encadrer la prescription ainsi qu'une alerte informatique de réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h. Il existe un dispositif de suivi de la consommation des antibiotiques et de surveillance de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Le signalement des infections nosocomiales est organisé, les modalités et les responsabilités sont définies tant pour le signalement interne que le signalement externe.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement. L'EOH est associée lors de la mise en place de travaux ou de l'acquisition de matériels.

Les protocoles actualisés et validés par le président du CLIN sont tous accessibles par le gestion

électronique documentaire interne.

Les échanges de données entre l'EOH et ses autres partenaires de gestion des risques infectieux sont organisés : services techniques, laboratoire de microbiologie, laboratoire d'hygiène environnementale.

Concernant l'hygiène des locaux il existe des procédures et des évaluations. Les résultats sont analysés avec l'EOH.

Une procédure générale d'accueil des nouveaux arrivants est en place.

Cependant, l'établissement n'a pas mis en place tous les moyens de maîtrise des risques infectieux. L'établissement ne dispose pas de tous les moyens pour mettre en place la maîtrise des risques infectieux émergents et des antibiothérapies. L'absence de formalisation d'un plan local de gestion de phénomènes épidémiques émergents ne permet pas de maîtriser au mieux ce risque. De même l'absence de formation périodique des médecins au bon usage des antibiotiques. L'établissement a proposé une procédure plan local de maîtrise des BHR lors de la visite des experts visiteurs qui reste à valider, à indexer et à diffuser.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres de santé sont en charge du déploiement opérationnel des plans d'action. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (audits récurrents de l'EOH) et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'EOH est composée de 0,25 ETP infirmier hygiéniste, ce temps est réparti entre deux infirmiers de façon à permettre une continuité. L'EOH peut recevoir l'appui d'un pharmacien hygiéniste extérieur si nécessaire. Le pharmacien Président du CLIN et le médecin infectiologue aident l'EOH dans ses missions.

Des sessions de formations ou des participations à des congrès d'hygiène sont prévues dans le plan de formation. Les formations portent sur diverses thématiques hygiène et prévention du risque infectieux: hygiène des mains, précautions complémentaires, précautions standard.

En 2018, 17 personnels ont été formés à l'hygiène, en 2019 des formations sur le risque AES sont prévues. Des sessions d'information lors de la journée de la sécurité des patients et la réalisation d'une chambre des erreurs en janvier 2019 ont participé à la formation des professionnels.

Une documentation actualisée comprenant des protocoles est disponible sur l'ensemble des secteurs d'activités grâce à une GED. Des formats papier sont aussi utilisés dans quelques secteurs (bloc opératoire, endoscopie) l'infirmière hygiéniste et le président du CLIN s'assurent de l'actualisation des procédures. Les ressources en matériels et équipements répondent aux besoins des professionnels. .

Des audits récurrents effectués par l'EOH dans les différents services (zéro bijou, hygiène des mains, matériels de protection, tri des déchets, AES..) participent à la formation des personnels.

La procédure d'accueil avec traçabilité de remise des documents est en place, elle est mise en œuvre pour le personnel soignant par la directrice des soins lors d'un entretien, elle vient d'être mise en place par le directeur pour les médecins lors de la visite des experts. Les documents remis contiennent entre autres des informations concernant l'hygiène hospitalière. Cette partie est effectuée par l'EOH selon la procédure d'accueil Les professionnels rencontrés lors de l'audit de processus ont à disposition de nombreux protocoles actualisés dans la GED.

Un guide concernant le bon usage des antibiotiques et un « antibioguide » sont accessibles sur la GED.

Les locaux, chambres, utilités sales, locaux déchets répondent aux attentes des personnels et des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités, en lien avec l'EOH, mettent en place les plans d'actions (actions de surveillance et de prévention du risque infectieux). Les protocoles validés avec traçabilité des actions sont connus des professionnels rencontrés. Les indicateurs de la LIAS, tous en « A » montrent l'implication des professionnels.

La maîtrise de l'environnement (eau et air) fait l'objet de partages entre EOH, pilotes du bloc opératoire responsables de stérilisation et de l'URC, gestionnaire de risques. Ces échanges peuvent être oraux ou par mail et par l'intermédiaire de fichiers électroniques partagés. Des préconisations sont données, lors de résultats positifs une cellule de crise peut être activée et des protections sont mises en place.

Les procédures de bionettoyage des locaux sont mises en œuvre avec traçabilité papier par les ASH des services et des « circulations ».

Les EV et les patients traceurs rencontrés ont remarqué la propreté des locaux. Les personnels rencontrés connaissent les protocoles de bionettoyage et tracent effectivement leurs actions.

L'EOH et les responsables du CLIN sont intégrés pour l'organisation des travaux dès leur programmation. Ils disposent d'une vue globale des risques liés à l'eau concernant les résultats des analyses et les actions mises en place (légionelles, potabilité...).

Le signalement externe sur e-sin des infections nosocomiales est en place (1 signalement en 2017).
Le circuit du linge est sécurisé le transport se fait dans des armoires fermées, stockage dans les services dans des locaux spécifiques et sous film plastique.
Le circuit des déchets est organisé et répond aux préconisations réglementaires.
La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective (plus de 80% en 2017 d'après l'audit effectué avec une progression depuis 3 ans). Une alerte de la réévaluation sur le logiciel de prescription a été mise en place, le pharmacien en validant les prescriptions participe aussi à la gestion des antibiothérapies.
Des indicateurs concernant les antibiothérapies sont en place : consommation en DDJ pour 1000 jours des antibiotiques, réévaluation des antibiothérapies entre 3 et 5 jours.
Un conseil concernant les prescriptions d'antibiotiques est donné par le médecin infectiologue.
Un suivi des résistances bactériennes est organisé avec le laboratoire. Les résultats sont rendus en CLIN.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement et les responsables de la gestion du risque infectieux ont mis en place des évaluations périodiques de leur dispositif et ce depuis plusieurs années un suivi est effectué sur un tableau de bord.
Ce dispositif comprend le suivi des indicateurs nationaux de la LIAS mais aussi la mise en place d'indicateurs internes ou de surveillances comme par exemple :

- la surveillance de la résistance bactérienne
- les résultats d'audits ou quick audits sur la gestion des déchets, l'hygiène des mains, le respect des précautions standard ou complémentaires, le Zéro-bijou, le bionettoyage (audit mensuel)
- le nombre d'infections nosocomiales présumées à partir des données du laboratoire,
- La surveillance microbiologique de l'environnement planifiée
- Le suivi annuel de la consommation des antibiotiques
- Le taux de réévaluation des antibiotiques à 48-72h à partir du logiciel de prescription?
- Le taux de vaccination antigrippale des professionnels de santé.

Des EPP sont réalisées comme par exemple le respect des précautions standard, le respect des précautions complémentaires, le tri des déchets, l'évaluation de la satisfaction des patients sur l'entretien des locaux, le nombre d'EI en rapport avec le risque infectieux.
L'EOH a participé à une RMM en 2017 (avec l'endoscopie) et à un REX en 2016.
Tous ces éléments participent à l'évaluation de la politique de gestion du risque infectieux.
Le bilan d'activité du CLIN rapporte un état global de ces différentes évaluations et des actions réalisées ou restant à réaliser.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'améliorations ont été mises en œuvre comme par exemple :

- L'achat d'un nouveau lave bassin permettant de mieux gérer l'élimination des excréta
- La mise en place d'une alerte réévaluation sur le logiciel de prescription
- La mise en place d'une information dans le DPI lors du portage de BMR
- L'achat d'une autolaveuse
- L'achat d'un lave endoscope,
- La réalisation de travaux au bloc permettant la marche en avant.

Pour ces actions, les indicateurs sont suivis par les pilotes du processus sur un tableau de bord.
Les usagers sont informés de ces actions lors de leur participation au CLIN et lors des CDU. Certaines actions peuvent être citées dans « entre news ».

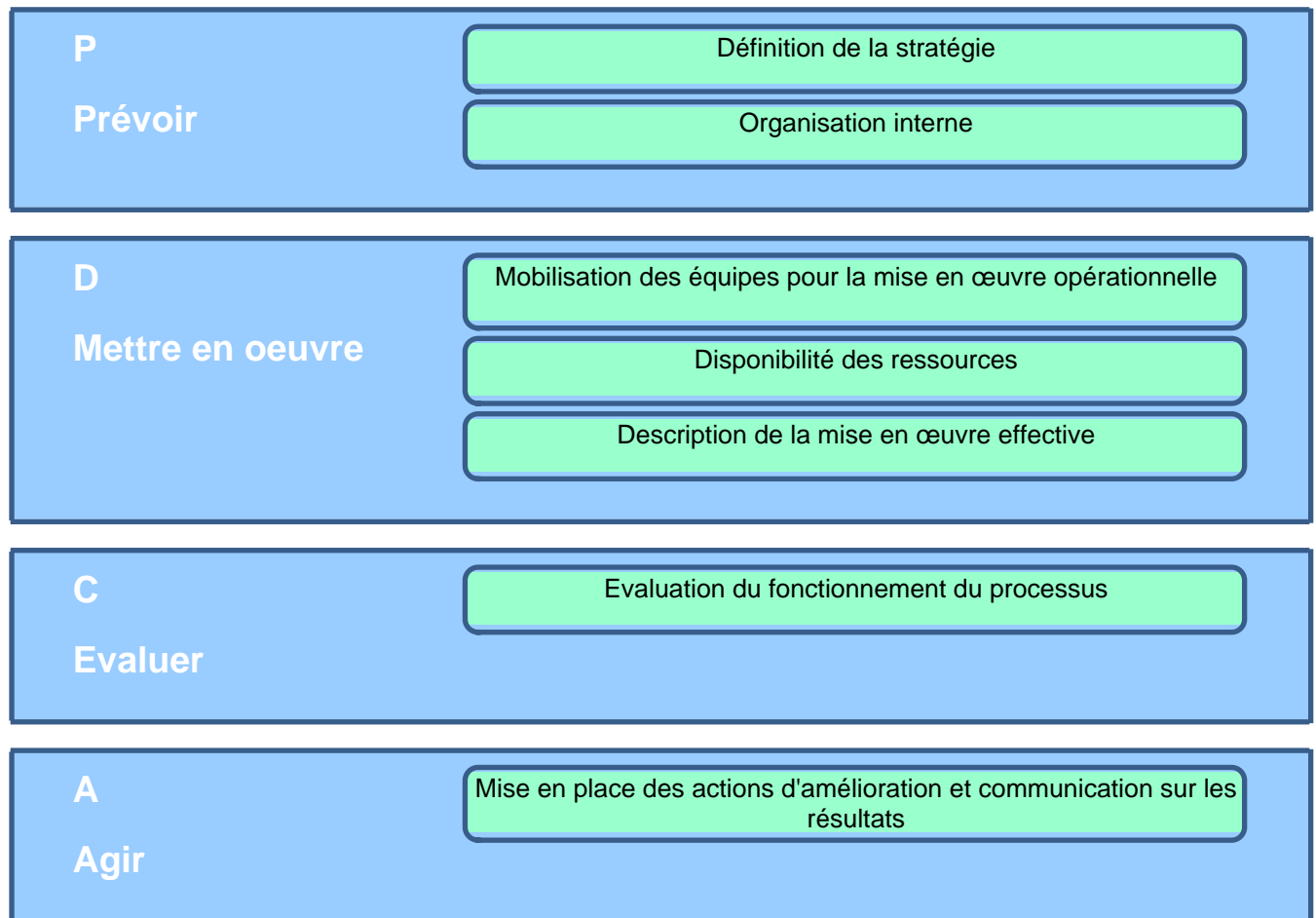
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les droits des patients sont affirmés dans la politique des droits des patients qui est intégrée dans la politique de la qualité.

Cette politique, validée par la CDU, se décline en 4 objectifs :

- Impliquer les Représentants d'Usagers (RU) dans la vie de l'établissement
- Optimiser les modalités de prise en charge spécifiques (prise en charge des enfants, personnes âgées, personne en situation de handicap)
- Former et sensibiliser les professionnels de l'établissement sur les droits des patients, sur la prévention de la maltraitance et la prévention de la bientraitance
- Développer les modalités d'évaluation du respect des droits du patient

A partir d'une méthodologie déployée pour l'ensemble de l'établissement, une identification des risques a été faite avec l'appui méthodologique du Responsable Assurance Qualité (RAQ) à partir de l'analyse des différentes étapes du processus. Les données utilisées sont celles issues du recueil des indicateurs nationaux IQSS, les résultats des questionnaires de satisfaction et des retours du terrain et le bilan de la CDU. Quatre risques ont été reportés dans le compte qualité.

Cette analyse de risque a permis à l'établissement de définir des actions d'amélioration inscrites en partie dans le PAQSS (rédiger un guide des droits des patients pour les professionnels, Communiquer sur le label ARS des usagers...). Les actions d'amélioration reportées dans le compte qualité (scanner le formulaire personne de confiance dans le DPI, prendre en compte les avis sur Google...) sont suivies sans être intégrées dans le PAQSS. Chaque action comprend un pilote, une échéance, un indicateur d'état d'avancement.

L'établissement a été primé au concours "label des usagers" de l'ARS et aux "Trophées de l'innovation 2017" de la FEHAP.

La Clinique de Bonneveine, a été récompensée par l'ARS PACA et la CRSA PACA en étant désignée Vainqueur du Trophée Régional 2018 Droits des Usagers de la Santé et par l'attribution du Label 2018 "Droits des Usagers de la Santé" pour un projet portant sur la prise en charge en hôpital de jour des personnes en situation de handicap (Avril 2018).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement s'est organisé pour assurer le pilotage de ce processus. Les deux pilotes : une Représentante des Usagers (RU) qui est la présidente de la Commission des Usagers (CDU) depuis 2016 et responsable qualité, coordonnent leurs interventions, en lien avec les membres de la CDU, l'encadrement et les professionnels de l'établissement. La présidente de la CDU a suivi la formation organisée par l'établissement, à destination des pilotes de processus, ainsi que la formation revue de processus. Les rôles et missions du pilotage sont formalisés dans une fiche « Mission de pilote processus » générale.

La CDU veille au respect des droits, décide et prend des mesures visant à améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge, et contribue par ses propositions à l'amélioration du respect des droits des patients.

Les processus en lien avec la mise en œuvre du respect des droits des patients sont identifiés et formalisés, comme par exemple les modalités de signalement en cas de suspicion de maltraitance, la mise en œuvre du respect des libertés individuelles, l'accueil et le soutien de l'entourage des patients dans des situations qui le nécessitent (patient en situation d'handicap, patient isolé socialement, enfants, personne âgée...), ainsi que le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soin.

Un dispositif d'information du patient sur ses droits (y compris un livret sur les droits en fin de vie), les missions de la CDU, sur son état de santé et les soins proposés, incluant la démarche d'information en cas de dommage associé aux soins est formalisée. De même, le dispositif d'information prévoit la mise à disposition des professionnels de documents concernant les droits des patients comme par exemple le guide des droits des patients, des affichages, le livret destiné aux nouveaux salariés (partie sur les devoirs de respect du secret professionnel, de la confidentialité et de la bientraitance).

Les plans de formation 2018 et 2019, comprennent des actions de formations en lien avec les droits des patients.

L'architecture des locaux permet d'assurer la confidentialité lors des admissions, des entretiens et des échanges avec les proches ou encore entre les soignants. Chaque chambre est équipée de douche et WC, même si ces locaux sont exigus.

L'établissement a prévu des organisations et des moyens matériels nécessaires au respect de l'intimité et de la dignité (paravents dans les chambres à 2 lits, lèves-malades, équipements d'aide au positionnement des personnes alitées, matelas anti-escarres). Une chambre « innovante », dédiée à l'accueil aux personnes en situation d'handicap illustre le bienfondé de ces investissements.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité dont le service social.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Clinique reçoit une forte proportion de personnes âgées en médecine et SSR et de personnes en situation de handicap en hôpital de jour. Compte tenu de des risques identifiés et des besoins spécifiques, l'encadrement et les responsables de service sensibilisent les professionnels sur les objectifs et actions propres à leur service et type de prise en charge, afin d'en traduire les principes dans les pratiques professionnelles. La mobilisation des équipes concernant le respect des droits des patients et la bientraitance est assurée par les IDE responsables.

Lors des transmissions, des comités ou commissions, ou lors de rencontres informelles, les informations pertinentes sont transmises aux professionnels (nouvelles procédures, résultat de questionnaires, bilan des événements indésirables). Les infirmières responsables représentent l'interface entre le pilotage et sa mise en œuvre. Elles s'assurent, de manière informelle et visuelle, dans le cadre de leurs méthodes de management, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par l'établissement, et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. La taille de l'établissement (95 lits et 23 places) permet une circulation de l'information informelle rapide entre les professionnels et entre les professionnels et l'encadrement.

Les professionnels sont informés des actions d'évaluation et parfois y participent : questionnaire de sortie donné à tous les patient un jour donné, questionnaire concernant la qualité ressentie par le patient des prestations de kinésithérapie, patients traceurs.

Le signalement des événements indésirables est facilité (accès sur les ordinateurs, sans mot de passe).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources utiles à la prise en compte des droits des patients sont disponibles dans l'ensemble des services. Les compétences sont adaptées et permettent une prise en charge pluridisciplinaire des besoins des patients (psychologue, psychomotricienne, assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne).

Les professionnels sont formés et sensibilisés aux thématiques relevant des droits des patients, notamment à la bientraitance, la confidentialité, et les médecins ont bénéficié d'une sensibilisation à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

Des ressources documentaires actualisées sont facilement accessibles via la GED.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est assurée par le Livret d'accueil (datant de 2014 et qui en attente d'actualisation), par un affichage de la Charte de la personne hospitalisée, un affichage présentant les membres de la CDU, des informations sur les directives anticipées, possibilité de faire appel à un représentant du culte de son choix, etc.). Un affichage présente les membres de la CDU et informe qu'un médiateur non médical (IDE responsable en médecine et SSR et HdJ est de permanence le vendredi matin, sans cependant être détachée de son service pour assurer cette mission.

Les ressources matérielles à disposition, les locaux et équipements facilitent le respect de la dignité et de l'intimité y compris lors des soins d'hygiène. L'établissement dispose de chambres simples et de chambres doubles. Celles-ci sont toutes dotées de rideaux séparatifs amovibles, en médecine, SRR et chirurgie. En SSPI, les professionnels ont à disposition 2 possibilités de séparation pour 8 lits. Les équipes tiennent compte de cette contrainte dans l'organisation des soins. Mise à disposition de broyeurs de papier.

Les proches ont la possibilité de prendre un repas sur place et de dormir éventuellement. Une chambre individuelle est attribuée à un patient mineur hospitalisé, à titre gratuit, afin qu'un parent puisse rester avec lui le temps de l'hospitalisation.

Les locaux administratifs sont adaptés à l'accueil du patient et de son entourage et ils permettent de respecter la confidentialité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne dans le respect des droits des patients. Les interfaces entre unités, services administratifs et médico techniques sont opérationnelles pour le suivi des prises en charge.

Les pratiques de prise en charge bientraitantes des patients ont été observées lors de la visite. Les pratiques de l'établissement permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : entretiens portes fermées, utilisation de rideaux de séparation. Les entretiens médicaux, infirmiers, psychologues se déroulent dans des espaces dédiés, des bureaux permettant de garantir la confidentialité des informations. Les services disposent de locaux pour s'isoler lors d'échange entre eux.

Les investigations dans les services autres que cliniques montrent que la préoccupation du respect des droits du patient s'étend aux personnels non soignants (zones de confidentialité...). L'entrée administrative des patients se fait dans un bureau fermé avec un accueil en particulier, il peut demander l'anonymisation lors de l'hospitalisation.

Les professionnels veillent également au respect de la confidentialité des données relatives au patient, fermeture par digicodes des salles de soins, fermeture des secrétariats.

La Clinique de Bonneveine déploie une organisation permettant le recueil du consentement éclairé du

patient et, le cas échéant, du refus de soin. Par exemple, la transfusion fait bien l'objet d'un consentement écrit et d'une traçabilité dans le dossier du patient. Le recueil du consentement éclairé du patient, et le cas échéant, du refus de soins est effectif et tracé. Le patient et s'il y a lieu son entourage participent à la définition et mise en œuvre du projet thérapeutique, à la réflexion bénéfique risquée, à la recherche du consentement du patient pour les soins. La désignation de la personne de confiance est recueillie dès l'admission et scannée dans le DPI. Le formulaire en cours lors de la visite est en cours d'actualisation pour intégrer la signature de la personne de confiance. L'information en cas de dommage lié aux soins est faite par le médecin, après concertation avec l'équipe. La traçabilité de ces étapes est effective.

Les modalités de signalement de maltraitance familial ou survenant dans l'établissement sont connues par les professionnels.

Une liste des interprètes est diffusée, à disposition des professionnels pour communiquer avec un patient non francophone.

En 2018, un professionnel a été formé à la bientraitance (6 personnes en 2014), et des formations « accueil et accompagnement des personnes en souffrance psychique », « acquérir des outils de communication non verbaux utilisables dans le cadre du quotidien partagé avec les personnes âgées ou handicapées » sont inscrites au plan 2019.

Le professionnel dispose de divers documents d'information sur la GED : le livret bientraitance, le guide des droits des patients, qui a été largement diffusé. Il est composé de 8 parties et précise ce qu'est le respect de la dignité, de la vie privée, de l'intimité et des croyances... Les procédures spécifiques aux droits des patients sont formalisées et notamment celles relatives aux pratiques de contention, à la traçabilité du consentement éclairé ou aux signalements en cas de suspicion de maltraitance.

Les patients sont destinataires de diverses informations, en fonction du type de prise en charge. Ceux admis en chirurgie ambulatoire ont à disposition un "passeport ambulatoire" qui contient les informations nécessaires à une bonne compréhension de sa prise en charge et de ses droits. De même pour les patients admis en hospitalisation complète. En chimiothérapie, le « guide pratique de la chimiothérapie » permet d'informer le patient des possibles effets des traitements (impact sur l'appétit, la perte de cheveux...). Il est remis lors d'un entretien avec l'infirmier référent en chimiothérapie. Lors de l'admission, le patient reçoit un livret d'accueil qui date de 2014 et dans lequel certaines informations sont manquantes. Celles-ci sont données par d'autres moyens (affichage, entretiens).

La Charte de la personne hospitalisée fait l'objet d'affichage dans toutes les unités. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est effective (affichage, dans le livret d'accueil, et sur le site internet). Les documents qualité et les résultats des évaluations et des indicateurs font l'objet d'affichages dans chaque unité de soins.

Les représentants des usagers (RU) sont impliqués dans la vie institutionnelle. Lors de la semaine sécurité 2019, la présidente de la CDU a participé à la chambre des erreurs et, à cette occasion, a rencontré les professionnels pour expliquer les missions de la CDU et son rôle de RU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation périodique et le suivi de la mise en œuvre des droits des patients, sur la base d'indicateurs : recueil de la personne de confiance, délai de réponse à l'utilisateur porteur d'une réclamation (31 réclamations orales et 41 écrites en 2018), les IQSS, patient traceur, participation à E-Satis, les FEI (9 en 2018). Le questionnaire de sortie est exploité : le taux de retour est de 15% en 2018 et de 7% en 2017. Les avis Google sont exploités et une réponse systématique est apportée.

Une enquête a été faite, sur un jour donné, pour évaluer la satisfaction des personnes hospitalisées : (taux de satisfaction globale de 96%). 100% des actions prévues en 2018 ont été réalisées, comme montré dans le bilan qualité et gestion des risques.

Une EPP « accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap » a débuté en septembre 2019 et figure en étape 1 au moment de la visite sur le tableau des EPP mis à disposition.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations par l'encadrement ou parfois directement par le RAQ via le mail.

Un bilan annuel de la CDU est présenté et validé en CDU avant envoi à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Des affichages des résultats des indicateurs nationaux sont faits dans les services, et également sur le site internet de la clinique.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies et mises en place au regard des résultats des indicateurs obtenus. Par exemple, pour améliorer le nombre de patients répondant à l'enquête e-Satis, des

affichages ont été faits pour mobiliser les patients, prise en compte et réponse aux avis sur Google.

Un questionnaire sur la qualité ressentie de la prestation kiné a été mis en œuvre suite à 2 FEI. Les résultats ont permis d'identifier les causes de mécontentement de la part des usagers et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.

Le bilan de la CDU, les résultats des audits de satisfaction des usagers, l'analyse des événements indésirables, des plaintes ou réclamations, font émerger des axes d'améliorations, intégrées au PAQSS ou sur le plan d'action de la CDU comme par exemple, développer la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance auprès du personnel.

De nouvelles actions d'amélioration, issues des recommandations de la CDU sont programmées pour 2019.

La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels, par le biais de bilans et comptes rendus envoyés par mail et présentés aux instances. Les responsables de service informent les équipes des nouvelles actions à mettre en œuvre.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

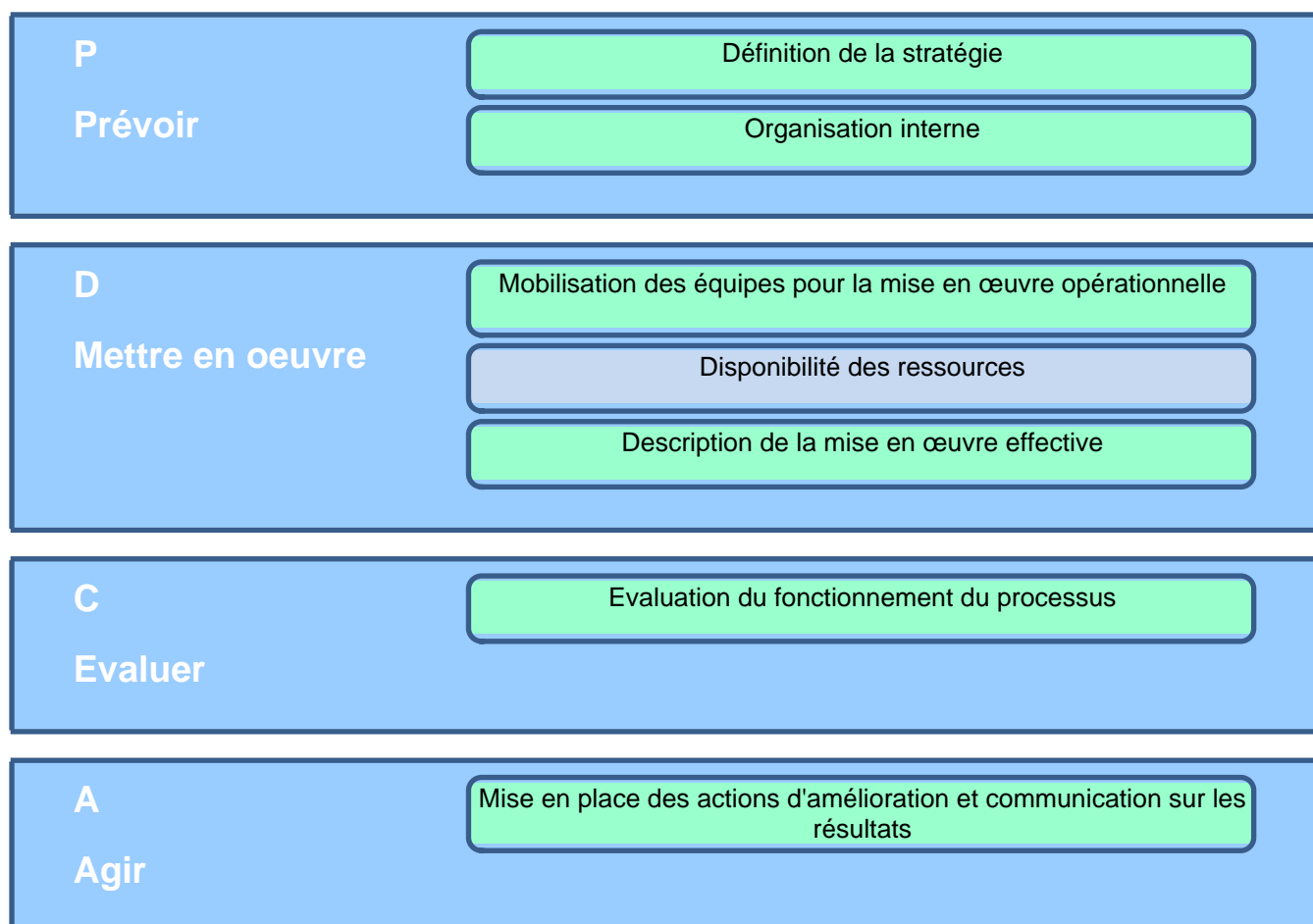
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 de Bonneveine est un établissement de santé MCO et de soins de suite privé d'intérêt collectif à but non lucratif, appartenant depuis 2012 au groupe Docte GESTIO géré par l'Association pour la Promotion d'un Accès pour Tous à une offre de Soins à Marseille (APATS).

Cet établissement de proximité, s'inscrit depuis sa création en 1927, dans un objectif global d'offrir des soins de proximité et de qualité à tous.

Pour répondre aux besoins du bassin de population sur lequel l'établissement est installé, la direction a défini des orientations stratégiques sur le parcours du patient centrées sur les activités proposées au regard des autorisations délivrées par l'ARS. Ces orientations seront déclinées dans le Projet médical dont la rédaction a été reportée dans l'attente de la contractualisation du nouveau CPOM issu du PRS. Les principaux objectifs portent sur le développement de la chirurgie ambulatoire, le développement des hôpitaux de jour, la poursuite du développement de la prise en charge des patients en situation de handicap et de la personne âgée visant la création d'une Unité Dédiée de Personnes en Situation de Handicap, le développement des filières et partenariats.

Les objectifs prioritaires 2018-2020 en lien avec les orientations stratégiques sont formalisés dans la Politique du Parcours patient rédigée par la directrice des soins en 2018, en collaboration avec le responsable qualité. Cette politique, validée par le président de la CME, porte sur le développement de la prise en charge ambulatoire, l'optimisation de la coordination et de la pertinence des parcours de soins, la définition des programmes personnalisés pour les patients appartenant à des populations spécifiques, l'amélioration de la prise en charge des patients en situation de handicap et le développement des actions d'éducation thérapeutique.

Elle est diffusée à tous les professionnels via le logiciel de gestion documentaire interne.

L'identification des risques a priori relatifs au parcours du patient a été réalisée par le responsable qualité en collaboration avec la directrice des soins à partir d'une cartographie existante dans l'établissement depuis la précédente certification. Les risques ont été hiérarchisés par le responsable qualité en lien avec les événements indésirables dont il assure le suivi, à l'appui des échelles de gravité, fréquence et maîtrise de la HAS. Les risques prioritaires ont été intégrés au compte qualité. Cette étape a permis de repérer des actions d'amélioration et des mesures de traitement qui ont alimenté le plan d'action du compte qualité et celui de la cartographie.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur en collaboration avec la directrice des soins, la vice-présidente de la CME, les infirmières responsables des unités de soins assurent le pilotage des démarches et projets relatifs au parcours du patient. Les quinze actions prioritaires relatives au parcours du patient pour l'année 2019 sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) 2019

En fonction des sujets et projets en cours, le directeur mobilise certains praticiens dans le cadre de réunions informelles ou traite les sujets relatifs au parcours du patient dans le cadre des CME avec les médecins présents. En parallèle, le suivi des projets est assuré dans le cadre du COPIL Qualité avec la participation des infirmières responsables des unités de soins, identifiées pilotes opérationnels, ayant suivi une formation d'une journée sur le pilotage. Les missions des pilotes de processus sont définies dans leur fiche de mission.

Les rôles et responsabilités en matière de parcours du patient sont définies ou précisées sur différents supports : l'organigramme de l'établissement, les fiches de mission de pilote de processus, les fiches de poste des professionnels récemment formalisées et les contrats d'exercice des médecins.

La direction a identifié les ressources nécessaires à la réalisation des activités et au fonctionnement des différents services de soins, plateaux techniques, services logistiques et supports associés.

Les besoins en termes d'aménagement des locaux, d'équipements et de matériel sont évalués dans le cadre des projets menés et sont discutés en comité de direction auquel participe entre autres, la directrice des soins assurant en amont le recueil des demandes et souhaits lors des réunions d'encadrement.

Les compétences nécessaires pour assurer le fonctionnement des services sont identifiées au regard des besoins liés à l'évolution des pratiques et des organisations.

Un plan de formation annuel est établi en fonction des priorités identifiées et des besoins exprimés par les infirmières responsables et la directrice des soins, à partir des demandes formulées par les professionnels en lien avec les objectifs prioritaires de l'établissement.

Les documents nécessaires à la réalisation des activités sont identifiés ; protocoles, procédures, fiches de poste, documents d'enregistrement...

Les interfaces entre les services cliniques, administratifs, médicotechniques et logistiques sont organisées en grande partie via le logiciel dossier patient comportant différents modules interopérables complétés par d'autres logiciels et parfois des supports papier.

Les questions relatives au parcours du patient, à la qualité et la sécurité des soins sont abordées dans le

cadre des réunions périodiques des instances concernées auxquelles participent la directrice des soins, le responsable qualité et le directeur.

Le circuit des repas, du linge et des déchets sont organisés.

Les questions relatives à l'amélioration du parcours du patient sont abordées dans les instances compétences comme le CLAN pour la nutrition, et la CDU pour la qualité des prises en charge.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En complément du Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) 2019, les infirmières responsables des unités de soins ont formalisé un Projet de service propre à leur secteur comportant les exigences relatives à la prise en charge des patients en précisant les moyens et outils associés. Les projets concernent la prise en charge du patient adulte et enfant en secteur de chirurgie ambulatoire, du patient en situation de handicap en hôpital de jour, de la personne âgée, du patient en service de médecine et en SSR. Les infirmières responsables des unités des services sensibilisent les professionnels au respect des bonnes pratiques et des organisations en place lors de la participation quotidienne aux transmissions orales, profitant de ce temps pour faire des rappels. En complément, la directrice des soins rencontre les équipes pour renforcer la vigilance sur certains sujets comme la traçabilité des soins, le remplissage du recueil de données sur l'évaluation initiale, le recueil des consentements... La sensibilisation des équipes est facilitée par la petite taille de la clinique et des équipes. Les infirmières responsables informent également les professionnels lors des échanges informels en fonction des situations rencontrées. Elles évaluent le fonctionnement du service au travers de la tenue des dossiers, des résultats des questionnaires de sortie des patients transmis par le responsable qualité, restitués aux équipes. En fonction des problématiques rencontrées, elles identifient des actions correctives qu'elles traitent dans le cadre de la réunion journalière avec la directrice des soins ou périodique en réunion d'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En fonction de la typologie des patients, les équipes des différents services impliquées dans le parcours du patient, sont composées, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'agent du service hospitalier. Les services de soins sont encadrés par trois infirmières responsables réparties sur le service de médecine / SSR / unité de surveillance continue, le service de chirurgie ambulatoire et d'hospitalisation complète et les hôpitaux de jour. Les soignants sont appuyés par des agents administratifs et secrétaires présentes soit à l'accueil du service de chirurgie ambulatoire, soit au bureau des entrées/sorties. La prise en charge pluridisciplinaire repose également sur les médecins spécialistes et coordonnateurs, les kinésithérapeutes libéraux, l'assistante sociale, la psychologue, la diététicienne, la psychomotricienne, les manipulateurs en radiologie, les biologistes.

En hôpital de jour, l'accueil des patients en situation de handicap est facilitée par le déploiement de compétences spécifiques quel que soit le nombre de patients ; le médecin s'appuie sur l'infirmière responsable du service, un infirmier, une ASH et la psychomotricienne pour prendre en charge 3 à 6 patients sur la journée.

Les règles de présence et un système de gardes et astreintes sont organisés afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 : la directrice des soins en collaboration avec les infirmières responsables assure la gestion des effectifs nécessaires à la prise en charge paramédicale des patients et à la réalisation des fonctions logistiques associées. Le dispositif en place avec la présence des médecins en journée la semaine complétée par la garde sur place d'un médecin la nuit week-ends et fériés permet d'assurer l'accueil et les soins non programmés et la prise en charge des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En plus un praticien est d'astreinte par spécialité. Le tableau de garde et astreintes est affiché dans les infirmeries et accessible sur le logiciel interne de gestion documentaire. La proximité du centre de consultations externes facilite le recours à des spécialistes.

Au cours des deux dernières années, le personnel soignant a suivi des formations sur différents thèmes en lien avec le parcours du patient, notamment la sensibilisation au handicap physique, l'approche générale de la surdité, la communication visuelle signée, le pansement. Le plan de formation 2019 prévoit la formation d'une trentaine de soignants à l'urgence vitale et une dizaine au recyclage AFGSU. La psychomotricienne est formée à l'hypnose. Les infirmières responsables sont inscrites à un cycle de formation au management.

Dans les services, les professionnels ont accès aux protocoles par la GED. Quelques procédures prioritaires comme la conduite à tenir en cas d'urgence vitale intra-hospitalière ou en cas de chute de patient sont affichées dans les infirmeries. Tous les autres documents sont accessibles également sur ce logiciel (comptes rendus..)

Des chariots d'urgence sont en place à chaque étage : celui de médecine/SSR/USC est équipé d'un défibrillateur, l'autre chariot destiné au service de chirurgie est complété par un défibrillateur dans l'infirmerie. En complément, le service de chirurgie accueillant régulièrement des enfants dispose d'une trousse d'urgence pédiatrique. Le contenu des chariots est complété après utilisation, les dates de péremption des médicaments et dispositifs médicaux sont vérifiés. Les soignants contrôlent et tracent chaque jour le bon fonctionnement du défibrillateur et la présence du scellé après réapprovisionnement.

Les services disposent de matériel permettant de réaliser les prises en charge et répondre aux besoins des patients comme des moniteurs multiparamétriques, des postes informatiques fixes et mobiles, des chariots de soins, de linge, des lève-malades plafonniers et mobiles, des fauteuils, des brancards.

En hôpital de jour, une tablette numérique est mise à disposition des patients en situation d'handicap pour la visualisation des films d'habituations.

Les locaux sont adaptés aux prises en charge réalisées, avec des chambres doubles et individuelles dans lesquelles les salles d'eau exigües rendent parfois difficiles l'aide au patient, mais cette difficulté est contournée par l'attribution de chambre plus ergonomique pour les patients qui le nécessitent.

L'usage des différentes zones est précisé sur les portes avec des accès sécurisés en fonction des restrictions comme les infirmeries, le bloc opératoire, les bureaux médicaux.

Le bureau des entrées et sorties est aménagé de manière à permettre de recevoir les patients et l'entourage individuellement permettant le respect de la confidentialité.

Le service de médecine SSR situé au second étage dispose d'une petite salle de rééducation équipé d'un vélo ergomètre, d'un tapis de marche et de barres parallèles d'aide à la marche pour les séances de rééducation et kinésithérapie. Des salons d'attente décorés sont accessibles aux patients et à leurs proches.

Les locaux, accès et circulations sont aménagés pour faciliter le déplacement et la prise en charge des personnes en situation de handicap, et un prototype de chambre a été conçu pour améliorer la prise en charge de patients dépendants. Cette chambre individuelle est équipée d'une salle d'eau ouverte sur le reste de l'espace, accessible en fauteuil et équipée de rails plafonniers permettant de déplacer le patient.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La clinique de Bonneveine, située au sud de Marseille propose une offre de soins répartie sur plusieurs spécialités comme la chirurgie de la main, la chirurgie ORL, maxillo-faciale, urologique, dentaire, ophtalmologique, gynécologique, plastique reconstructrice et esthétique, orthopédique, digestive, viscérale et vasculaire. Elle assure l'accueil et la prise en charge des patients admis pour des pathologies médicales et chirurgicales en hospitalisation complète et ambulatoire, pour des soins de suite et pour des bilans en hôpital de jour. Elle dispose de 51 lits de médecine et 30 lits de chirurgie en hospitalisation complète, 10 lits en soins de suite, 18 places en chirurgie ambulatoire, 5 places en chimiothérapie ambulatoire, 4 boxes individuels en unité de surveillance continue (USC). Elle s'appuie sur les installations rattachées comme le centre d'imagerie médicale, le laboratoire de biologie médicale et le centre de consultations externes.

Pour compléter ses prises en charge sur des activités non autorisées, elle s'intègre dans des filières de soins grâce aux conventions qu'elle a signées avec des établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle oriente les patients en fin de séjour vers des maisons de retraite, SSIAD, maisons d'accueil spécialisées... Elle a réalisé en 2018 environ 7400 séjours hospitaliers dont 1600 en hospitalisation complète et 5600 en ambulatoire. Elle poursuit le développement des hôpitaux de jour : un jour tous les 15 jours pour les personnes en situation de handicap, en alternance avec les personnes âgées, le lundi un hôpital de jour « Déglutition » pour les patients présentant des troubles de la déglutition.

La clinique de Bonneveine, est engagée dans la prise en charge des personnes en situation de handicap. Elle reçoit des patients atteints de troubles de déficience intellectuelle, de troubles mentaux et de handicaps moteurs pour lesquels elle a été récompensée en 2018 lors du 21^{ème} Trophée Handicap MNH, aux trophées de l'innovation FEHAP en 2017 et vainqueur du trophée régional de l'ARS "Label des Usagers".

L'accueil du patient quel que soit le type de séjour, est réalisé au bureau des entrées par la secrétaire qui crée ou finalise le dossier si le patient a bénéficié d'une préadmission.

Une fois le dossier créé, le patient est orienté vers le service si son état le permet, sinon, un soignant vient le chercher. Il est informé des conditions de sa prise en charge par les soignants

Les patients relevant de médecine ou de SSR, hébergés bénéficient des mêmes modalités de prise en charge. A leur arrivée, ils sont installés dans leur chambre par l'infirmier ou l'aide-soignant. Rapidement, l'infirmier réalise l'évaluation initiale comportant les paramètres cliniques, les antécédents, les allergies, les besoins perturbés, le poids, la taille, le risque de chute, le risque d'escarre à (échelle de Norton). Ces données sont saisies dans le dossier patient informatisé. Le traitement médicamenteux habituel est également recueilli avec l'ordonnance. Dans un second temps, le médecin coordonnateur complète cette évaluation, en fonction des besoins, par des prescriptions d'examen complémentaires. Si besoin, des consignes sont saisies dans les observations. En service de chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète, l'évaluation initiale paramédicale est réalisée de la même manière, avec un recueil de données moins complet pour l'ambulatoire. L'évaluation initiale médicale figure sur le compte-rendu de la consultation pré-anesthésique comportant les mêmes données qu'en médecine et les résultats d'examen récents.

En service de chirurgie ambulatoire, la prise en charge du patient est identique l'accueil du patient est réalisé directement au secrétariat du service. Le patient a bénéficié en amont d'une information la veille de l'intervention. Le projet de prise en charge somatique est renseigné dans le dossier dans la partie intitulée « Projet thérapeutique ». Si l'état de santé du patient le nécessite, le recours aux avis spécialisés se fait avec les spécialistes ayant des consultations sur site.

En médecine et SSR, la prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée par le médecin présent chaque jour dans le service assurant le suivi somatique des patients en collaboration avec les autres médecins.

Ce dernier anime les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires réunissant une infirmière du service, une voire les deux infirmières responsables du service, l'assistante sociale et les autres professionnels disponibles. Le compte rendu du staff des patients est saisi par le médecin dans le dossier informatisé. La continuité des soins est assurée d'une part selon les modalités définies sur le tableau des gardes et astreintes, d'autres parts avec les équipes soignantes. La coordination s'effectue par le biais des observations médicales et par les transmissions orales réalisées lors de chaque changement d'équipe. De plus, les infirmières responsables présentes du lundi au vendredi assurent un relais entre les équipes et les médecins. Un médecin référent est identifié pour chaque patient. Le personnel infirmier assure le suivi de son secteur.

Dans tous les services, la conduite à tenir en cas d'urgence vitale est connue des professionnels, la procédure est affichée ainsi que les coordonnées des médecins à appeler. Les chariots d'urgence et défibrillateurs sont facilement accessibles et les contrôles tracés. Les professionnels ont été formés à l'utilisation des chariots d'urgence et du défibrillateur, ainsi qu'aux gestes.

L'établissement est reconnu pour sa mobilisation dans la prise en charge du patient en situation de handicap. Ces patients sont souvent des enfants ou de jeunes adultes. Pour faciliter ces prises en charge complexes, l'établissement organise des parcours personnalisés dans le cadre de l'hôpital de jour avec une équipe dédiée, formée à ces particularités, coordonnée par l'infirmière responsable, appuyée par un infirmier, une ASH, une psychomotricienne et le médecin coordonnateur. Ils mettent en œuvre des moyens et des compétences innovantes comme la préparation à chaque étape du parcours à l'appui d'un film « d'habitation » montré au patient afin de le perturber le moins possible et éviter des épisodes d'agitation ou d'angoisse susceptible de faire échouer la prise en charge.

Ces patients sont parfois amenés à être hospitalisés ultérieurement pour une intervention chirurgicale, le plus souvent organisée en ambulatoire ; ce séjour est facilité par le travail réalisé en amont en hôpital de jour.

Le service de médecine accueille des patients diabétiques, leur prise en charge est coordonnée par l'endocrinologue et une diététicienne assurant leur éducation thérapeutique nutritionnelle .

Les autres patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle sont identifiés lors de l'admission ; le poids et la taille sont saisis dans le dossier informatisé avec calcul automatique de l'IMC. Une demande de consultation diététique est organisée suivant les résultats des tests biologiques. Ces données sont tracées dans le dossier à l'admission.

La diététicienne, intégrée au réseau Diabète Marseille, anime toutes les 5 semaines dans l'établissement des ateliers d'éducation nutritionnelle (diabète et l'hygiène de vie). Elle fait également partie du CLAN de l'établissement qui se réunit 2 à 3 fois par an.

Le patient et son entourage sont associés à la planification de sa sortie organisée par l'infirmière du service pour le retour à domicile ou par l'assistante sociale pour un retour à domicile avec aide ou transfert vers une autre structure. L'assistante sociale, grâce à son réseau et aux conventions signées avec des structures médico-sociales et sanitaires disposent de différentes possibilités pour orienter le patient à sa sortie à la demande du médecin référent. Selon le type de prise en charge, les demandes de séjours en soins de suite sont souvent anticipées avant l'admission.

Certains chirurgiens organisent la sortie du patient en amont du séjour avec des prestataires de service spécialisés par exemple après prothèse de hanche ou de genou.

Les derniers indicateurs IQSS confirment que le courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais recommandés.

Les patients sortent avec la lettre de liaison pour eux et leur médecin, les ordonnances de sortie et les ordonnances pour les soins.

Toutefois, le Projet de soins personnalisé, intégrant la réflexion bénéfique risque n'est pas tracé. Le dossier informatisé comporte les prescriptions médicamenteuses et la traçabilité de l'administration associées, les transmissions ciblées, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient, la planification de certains soins mais le plan de soins personnalisé (PPS) n'est pas formalisé dans les services de médecine, chirurgie et SSR. Les soins infirmiers, la kinésithérapie, le suivi diététique, psychologique et social sont tracés a posteriori mais ne sont pas planifiés en prenant en compte les besoins spécifiques du patient au regard du motif d'hospitalisation et de l'évaluation initiale de l'état de santé du patient pour aboutir à un PPS alors que le logiciel le permet. Un champ libre intitulé « Projet thérapeutique » est intégré au dossier patient dans lequel les médecins en médecine et SSR saisissent le motif d'hospitalisation et les grandes lignes de la prise en charge sans exhaustivité des actes, soins et surveillances associés. Par exemple, pour une patiente hospitalisée pour ajustement du traitement de la douleur, l'évaluation de la douleur était planifiée de manière standard 3 fois par jour. De même, la réfection périodique d'un pansement de plaie opératoire, l'ablation des agrafes chez une patiente en convalescence après fracture et syndrome occlusif n'étaient pas planifiées au risque de ne pas être réalisées ou différées. Ce constat est connu de la direction qui a prévu de mener des actions pour la formalisation du PPS en parallèle de la planification de soins informatisée. Ces constats ont été confirmés lors des patients traceurs en SSR et médecine.

D'autre part, le dispositif d'identification du risque suicidaire n'est pas effectif. L'établissement a rédigé une « procédure de détection et de prise en charge du risque suicidaire » en février 2019 (version 1) diffusée sur la GED mais elle n'est pas appliquée à ce jour dans l'établissement. En visite, la notion de risque suicidaire n'a été retrouvée dans aucun dossier et les professionnels confirment ne pas le tracer, d'

ailleurs le recueil de données utilisé pour l'évaluation initiale du patient ne le prévoit pas, contrairement au risque de chute ou au risque d'escarre. Les professionnels précisent ne pas accueillir de patient dans ce cas, le tracer dans le dossier si c'était le cas. Une formation sur ce thème est prévue en 2019.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sur le processus du parcours du patient sont réalisées selon différentes méthodes, en fonction des besoins et des obligations. Le recueil des indicateurs nationaux obligatoires IQSS dont le dépistage des troubles nutritionnels et la qualité de la lettre de liaison ; elles permettent d'apprécier le dispositif d'accueil, la qualité de l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient, la continuité des soins, les modalités de sortie. Elles comprennent le suivi des déclarations des événements indésirables dont le nombre de chutes.

L'établissement assure le suivi des indicateurs HN D3.5 Taux de séjour disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions et D4.3 Taux d'actes et consultations externes planifiés à l'aide d'un outil de planification partagé.

Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sur le Parcours du patient ont été menées en service de médecine, SSR, chirurgie ambulatoire selon la méthode du patient traceur animée par le responsable qualité à l'appui des outils HAS.

Le parcours du patient est évalué à partir du questionnaire de sortie remis à tous les patients dans les différents secteurs d'activité ; il porte sur l'information délivrée avant l'admission, l'accueil et le séjour en service, la satisfaction globale. L'établissement participe au dispositif e-satis mesurant la satisfaction des patients dont les résultats sont diffusés publiquement sur le site Scope Santé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration relatives au parcours du patient se retrouvent dans différents plans d'action : le PAQSS 2019, le plan d'action des EPP, le plan d'action des audits de processus, le plan d'action de la cartographie des risques reporté dans le compte qualité

Des actions d'amélioration issues de l'analyse des risques a priori et du traitement des événements indésirables ont été intégrées au plan d'action de la cartographie des risques et reportés dans le compte qualité 2018, comme la mise en place d'un dispositif de dictée vocale permettant de générer la liaison dans le dossier patient informatisé, l'intégration de l'évaluation du risque de chute dans le dossier patient informatisé, l'élaboration d'une procédure sur la conduite à tenir en cas de chute d'un patient, la mise en place progressive de l'appel du lendemain pour les patients ambulatoires.

Certaines actions en lien avec le suivi des indicateurs comme l'IQSS QLS ont conduit à la modification du passeport ambulatoire intégrant les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire, ainsi qu'à la modification du circuit du compte-rendu de la consultation pré-anesthésique et l'intégration de l'évaluation du risque de nausées post-opératoires

D'autres actions sont issues des réflexions menées dans le cadre des projets et des instances comme l'aménagement d'une chambre plus adaptée aux personnes en situation de handicap et équipement de matériel de manutention plafonnier, la réalisation de « films d'habituatation » destinés aux patients en situation de handicap de l'hôpital de jour la création d'un poste à temps partiel de psychomotricienne, l'intégration d'un DIU Déficience intellectuelle et handicap mental au plan de formation 2018-2019, l'aménagement des accès aux personnes à mobilité réduite...

Les actions d'amélioration relatives au parcours du patient sont en partie recensées dans le bilan 2018 du PAQSS. Le bilan est diffusé aux professionnels via les adresses e-mails professionnelles individuelles. Il est également présenté à la CDU.

Certaines actions d'amélioration et indicateurs font l'objet d'une communication ciblée via le journal interne « Entre News » comme la mise en place des films d'habituatation, l'ouverture de l'hôpital de jour Déglutition, l'aménagement de la chambre adaptée aux personnes situation de handicap

Le récapitulatif des événements indésirables et questionnaires de sortie est communiqué par le responsable qualité aux responsables dans le cadre des réunions du COPIL et aux professionnels par voie d'affichage.

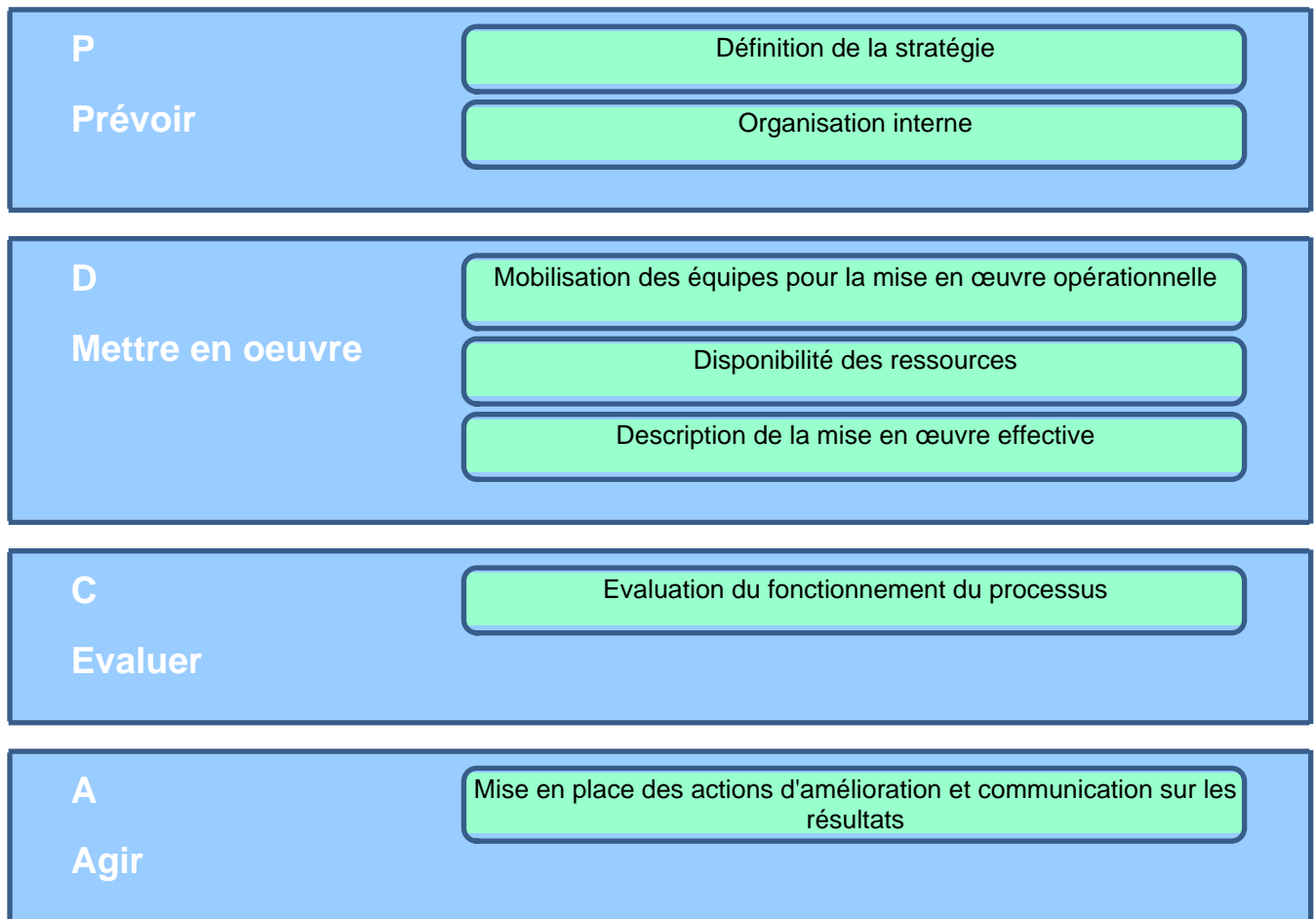
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

A partir de l'état des lieux sur le dossier patient, l'établissement a défini des objectifs dans la Politique du dossier patient actualisée en janvier 2019 par le responsable qualité en collaboration avec le chargé de mission informatique et une des techniciennes de l'information médicale (TIM) et validée en CME en février 2019. Ces objectifs sont centrés sur 3 axes : le renforcement de l'unicité du dossier patient, le respect de la tenue du dossier et la sécurisation de l'archivage du dossier médical. Ils viennent compléter les objectifs définis dans le compte qualité à partir de l'analyse des risques a priori et ceux intégrés au Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) 2019; ils concernent le déploiement de la reconnaissance vocale, la poursuite du déploiement de la lettre de liaison en chirurgie, l'acquisition d'un logiciel pour informatiser le parcours du patient au bloc opératoire, la formation des utilisateurs.

La cartographie des risques a priori relatifs au dossier patient a été actualisée par le responsable qualité pour en extraire les risques prioritaires en tenant compte de leur criticité, des résultats de certains indicateurs et des audits en lien avec ce processus.

Les 2 risques prioritaires identifiés intégrés au compte qualité portent sur « les informations absentes ou incomplètes dans le dossier en temps utile » et « le défaut de connaissance du mode dégradé du dossier patient par les utilisateurs ».

Les risques sont hiérarchisés à l'appui de l'échelle HAS pour la criticité et le niveau de maîtrise. Des actions d'amélioration issues de l'analyse des risques ont été identifiées dans la cartographie des risques sans toutefois être intégrées dans un plan d'actions global.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus dossier patient est assuré par le responsable qualité avec l'appui du médecin DIM, intervenant salarié de l'établissement et les pilotes opérationnels identifiés : le chargé de mission informatique référent dossier patient informatisé et la technicienne de l'information médicale, dont les missions sont définies dans leur fiche de mission. Le responsable qualité suit les actions en cours à partir du plan d'actions excel dans lequel il a reporté les actions issues du programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins 2019 (PAQSS) mais pas les actions du plan d'actions issues de l'analyse des risques intégrées au compte qualité.

Les actions d'amélioration du PAQSS du processus sont attribuées au COPIL mais pas à un pilote ou responsable identifié avec des dates d'échéance définies. En attendant la création du comité de pilotage évoqué par la direction, les questions relatives au dossier patient sont traitées dans le cadre des réunions entre le responsable qualité et les pilotes.

Les règles d'accès au dossier par les professionnels habilités sont définies. Une liste des différents niveaux d'accès des professionnels au regard de leur profil est tenue à jour par le référent DPI qui remet un code d'accès aux nouveaux utilisateurs sans limite de durée d'utilisation, ni renouvellement, ni contrainte en termes de sécurisation du mot de passe.

Dans le cadre du projet de déploiement du dossier patient informatisé, l'établissement a identifié les besoins des utilisateurs en termes de contenu pour répondre aux spécificités des différents secteurs d'activité.

Les interfaces entre les services médico techniques, cliniques et le système d'information ont été repérées pour assurer l'interopérabilité des logiciels, déployer des passerelles entre les logiciels existants et mettre en place des outils complémentaires comme la reconnaissance vocale, permettant l'intégration de certaines informations dont la lettre de liaison au dossier patient informatisé.

Une procédure de fonctionnement dégradé du dossier patient est rédigée accessible par tous les utilisateurs.

L'ensemble des documents relatifs au dossier patient sont diffusés aux professionnels par le biais du logiciel de gestion documentaire interne.

Les modalités « d'accès du patient à son dossier » sont précisées dans une procédure et l'information est délivrée au patient par le biais du livret d'accueil remis lors de l'admission.

Les règles de tenue du dossier patient informatisé sont précisées dans les guides du dossier patient destinés aux professionnels des différents services ; ces guides de 2015 ne prennent pas en compte toutes les modifications apportées au dossier au cours des derniers mois comme les différents items à renseigner lors de l'évaluation initiale. La constitution du dossier patient dans chaque service est définie dans la procédure de « gestion du dossier médical » diffusée via la gestion documentaire informatisée. Cette procédure mentionne les éléments du dossier informatisés, les éléments papier et les éléments numérisés.

Cependant, les règles de gestion du dossier patient ne sont pas formalisées et diffusées pour toutes les étapes. Il existe plusieurs documents décrivant différentes étapes de gestion du dossier mais pas les

modalités d'archivage ni de destruction des dossiers. Une procédure décrit les modalités de création du dossier patient informatisé. Suite à ce constat lors du bilan journalier, les pilotes ont rédigé une procédure transmise aux experts-visiteurs le dernier jour de la visite; cette procédure n'a pas été validée ni diffusée aux professionnels concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le responsable qualité assure le suivi du plan d'action sur le dossier patient en collaboration avec les pilotes et le médecin DIM.

Il évalue la bonne tenue du dossier dans les différents secteurs d'activité par la réalisation d'évaluation comme le patient traceur, la présence des consentements dans le dossier et le suivi d'indicateurs dont les IQSS sur la lettre de liaison, les critères d'éligibilité en ambulatoire, et les indicateurs HN.

La sensibilisation des médecins est faite en réunion de CME à l'appui de la restitution des résultats des indicateurs dont les IQSS QLS sur la lettre de liaison.

Les infirmières responsables sensibilisent les professionnels de leurs services sur les bonnes pratiques de gestion du dossier patient et s'assurent régulièrement de l'appropriation de l'outil et de la bonne tenue des dossiers dans le cadre des rencontres informelles régulières avec leurs équipes. Elles transmettent au référent DPI les problématiques et difficultés rencontrées ainsi que les demandes d'évolution souhaitées.

Les résultats des évaluations (audits, indicateurs) sont communiqués aux professionnels par les infirmières responsables et par le biais des tableaux de bord et bilans d'activité diffusés sur le logiciel de gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les questions techniques relatives au dossier patient sont traitées par le chargé de mission informatique en collaboration avec le responsable informatique. Il intervient à la demande des médecins et des responsables de service ou du directeur.

Le chargé de mission informatique également référent DPI, à temps plein, assure la formation des utilisateurs paramédicaux du dossier patient.

La majorité des professionnels a bénéficié d'une formation à l'utilisation du dossier patient informatisé lors de son déploiement initié en 2016.

L'organisation en place en place avec les secrétaires du bureau des entrées et des sorties, l'agent administratif du département d'information médicale contribue à assurer la gestion cohérente du dossier patient de sa création jusqu'à sa clôture avec des étapes identifiées traitées par les intervenantes concernées.

Une procédure décrit les modalités de création du dossier administratif dans le logiciel dédié qui est un module du logiciel dossier patient.

Les documents permettant de connaître les modalités d'utilisation du dossier patient informatisé ainsi que le fonctionnement en mode dégradé sont accessibles à tous les professionnels.

Les services sont dotés de postes informatiques et mobiles sur lesquels le dossier est accessible. Le réseau wifi permet d'utiliser les postes mobiles dans tous les services.

Des accès au DPI ont été installés dans les bureaux de consultations des praticiens libéraux intervenant dans l'établissement, pour ceux qui le souhaitent.

Des dispositifs et licences de reconnaissance vocale ont été déployés dans tous les services pour permettre aux médecins d'intégrer les comptes rendus d'hospitalisation (CRH) et les lettres de liaison dans le DPI.

Le local des archives est entretenu, propre, chauffé et équipé de détecteurs de fumée et d'extincteurs pour assurer la sécurisation des dossiers face au risque incendie, inondation, intrusion et rongeurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier patient informatisé est déployé sur les services d'hospitalisation depuis 2016 sur un logiciel comportant un module de gestion administrative des données du patient, utilisé pour la création du dossier administratif et du dossier patient. En dehors de la consultation pré-anesthésique et du suivi peropératoire, les différentes étapes de la prise en charge du patient sont informatisées dont la prise en médicamenteuse (prescription, analyse, administration).

Le dossier est créé par la secrétaire des entrées/sorties lors de la pré admission réalisée pour les séjours de chirurgie ou lors de l'admission pour les séjours de médecine, SSR et hôpitaux de jour.

La création du dossier se fait par la recherche d'un éventuel séjour antérieur avec la date de naissance, à défaut, il est créé dans le logiciel à l'appui de la carte nationale d'identité. Les données d'identification du patient sont saisies et la carte d'identité scannée et intégrée au dossier. Une fois le dossier créé, il est rattaché à la chambre du patient et devient accessible à tous les utilisateurs.

Les comptes rendus des consultations pré-anesthésiques sont intégrés en format PDF dans le dossier patient à l'issue de la consultation et en format papier dans le dossier sous enveloppe.

Le dossier informatisé comporte les prescriptions médicamenteuses et la traçabilité de l'administration

associées, les transmissions ciblées, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient, la planification de certains soins.

Les résultats d'exams de biologie médicale sont intégrés directement au dossier patient informatisé via une interface sécurisée.

Les comptes rendus d'imagerie sont implémentés dans le dossier patient mais les images ne le sont pas encore ; des solutions techniques sont à l'étude via une interface HPRIM.

Les supports papier comportant les consentements pour l'anesthésie et pour l'intervention, l'autorisation d'opérer pour les mineurs, les directives anticipées, la désignation de la personne de confiance sont recueillis et intégrés à un classeur et sont scannés dans le DPI à la fin du séjour.

Le dossier comportant les éléments papier suit le patient lors des transferts vers d'autres services, notamment vers les plateaux techniques.

Le reste du dossier informatisé est accessible à tous les professionnels habilités pour leur permettre d'accéder aux données du patient participant ainsi à la continuité des soins.

L'appropriation de l'outil par les professionnels des différents services est effective pour la saisie des données, elle est néanmoins hétérogène pour la planification des soins à partir du thésaurus intégré au dossier. Le dossier permet de générer des plans de soins avec différentes possibilités de fréquence journalière, de périodicité sur la semaine, d'horaires.

A la sortie du patient, l'IDE du service restitue au patient les documents qu'il doit conserver et le dossier papier est récupéré par les techniciennes de l'information médicale le lendemain.

Les documents papier, sont ensuite transmis au DIM (Département d'Information Médicale) pour le codage. Une fois le codage réalisé, les documents papier du dossier sont regroupés dans une enveloppe sur laquelle est reporté manuellement le nom et prénom du patient pour être archivé par les TIM. L'archivage se fait dans le local dédié à cet usage, avec un mode de classement par année et par ordre alphabétique. Si le patient a plusieurs séjours dans l'établissement dans l'année, les dossiers des différents séjours sont regroupés dans une grande enveloppe blanche sur laquelle est reporté l'identité du patient pour faciliter la recherche de tous les dossiers rattachés au patient par année.

La procédure de fonctionnement du DPI en mode dégradé est connue des professionnels.

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le biais du livret d'accueil. Les demandes sont enregistrées par le service qualité qui suit les délais de transmission, conformes à la réglementation.

Au sein des unités de soins, une organisation est mise en place afin d'assurer la planification des soins, à partir de l'évaluation initiale en temps utile. En chirurgie, avant la mise en place du DPI début 2017, des protocoles de soins validés par les praticiens étaient en place et connus des professionnels. Ces derniers permettaient aux soignants de planifier les soins à partir d'un support papier sur lequel est noté l'ensemble des soins à réaliser tout au long de la prise en charge du patient à partir de l'évaluation initiale. Après la mise en place du DPI, cette organisation a été maintenue avec les principaux praticiens (un chirurgien orthopédique, un chirurgie urologue, deux chirurgiens ORL). Ces protocoles sont toujours applicables et connus du personnel. Certains sont en cours d'actualisation et non diffusés sur la Gestion Electronique Documentaire. L'organisation en place, avec une évaluation quotidienne de l'état des patients par les soignants et l'encadrement infirmier en collaboration avec le corps médical, permet de programmer ou d'actualiser quotidiennement les soins en service chirurgie complète et tous les deux jours en le service médecine et SSR. Cette organisation est transitoire. L'objectif final reste de planifier informatiquement l'ensemble des soins (PPS) sur le DPI.

Pour autant, les professionnels ne se sont pas encore approprié le logiciel en place. En effet, le plan de soins personnalisé (PPS) n'est pas formalisé informatiquement dans les services de médecine, chirurgie et SSR. Dans les services de médecine et de chirurgie, les soins en lien avec le motif d'hospitalisation et l'évaluation de l'état initial du patient ne sont pas systématiquement planifiés dans le DPI. L'utilisation de deux supports (informatique et papier) pour la planification des soins et le suivi des soins peut potentiellement être une source d'erreur. Par exemple, la réfection périodique d'un pansement de plaie opératoire, l'ablation des agrafes chez une patiente en convalescence après fracture per trochantérienne et syndrome occlusif au risque de ne pas être réalisées à la date prévue ou adaptée. Les professionnels interrogés pensent que le logiciel ne permet pas cette programmation anticipée des soins. Après vérification, cette fonctionnalité est opérationnelle sur le logiciel. Le patient traceur en SSR a confirmé ce constat. En service de chirurgie ambulatoire, lors de l'accueil des patients et tout au long de leur prise en charge post-opératoire, les IDE tracent les données de surveillance sur une feuille. En fin de journée, elles reportent, quand elles le peuvent, les données dont les paramètres cliniques, avec un risque de perte d'informations. Les professionnels confirment que cette pratique est courante à l'appui des supports papier de suivi post-opératoires prévus à cet usage. Suite à ce constat fait par les experts-visiteurs, le directeur a équipé le service de chirurgie ambulatoire d'un poste informatique mobile pour inciter les IDE à saisir en temps utile, avec une phase d'appropriation de cette nouvelle pratique par les soignants. L'établissement a recruté un chargé de mission informatique pour rédiger le cahier des charges avec l'éditeur, accompagner les professionnels, faire évoluer le DPI par rapport aux besoins des professionnels et de la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus « Dossier patient » est réalisée par le responsable qualité en collaboration les pilotes notamment à l'appui des audits de dossier et des résultats des indicateurs suivis dont le nombre de demandes de dossiers de patient, le taux de recueil des consentements, la traçabilité de la visite pré-anesthésique et du dépistage ATNC, la traçabilité de l'autorisation de sortie de la SSPI, l'aptitude à la rue en secteur ambulatoire, les délais de transmission des dossiers, la qualité de la lettre de sortie...

Des audits selon la méthode du patient traceur ont été menés pour évaluer la traçabilité des données attendues.

Le respect de la procédure de création de dossiers est évalué grâce au suivi du nombre de doublons.

L'établissement assure le recueil des indicateurs nationaux sur le dossier patient IQSS TDP2.

Il est intégré au programme Hôpital Numérique. Dans le cadre de l'incitation financière à la qualité (IFAQ), l'établissement suit les indicateurs Hôpital numérique D2.3 (Taux de services pour lesquels le DPI intègre les comptes rendus, traitements de sortie et résultats de biologie) et D2.4 (Taux de séjours pour lesquels le DPI a été mis à jour et comporte de le CRH).

Le nombre de déclarations d'évènements indésirables sur le DPI est un des indicateurs suivis par l'établissement intégrant les dysfonctionnements enregistrés par l'interface du logiciel DPI avec le support technique (pour 2018, 162 "tickets incidents" remontés à l'éditeur dont 91% ont été résolus).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées au regard des évaluations ou des projets sont intégrées au « plan d'actions indicateurs 2018 » ; elles sont attribuées à des responsables avec une échéance définie.

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre au regard des évaluations et de l'identification des risques a priori comme la sensibilisation des praticiens à la rédaction des lettres liaison intégrant toutes les informations attendues, la modification du passeport ambulatoire comportant les critères d'éligibilité, la modification du support de consultation pré anesthésique avec l'évaluation du risque de nausées post-opératoires, le déploiement de la dictée vocale interfacée avec le DPI.

Les résultats des indicateurs sont communiqués aux professionnels concernés par affichage dans les services et diffusion des comptes rendus d'audits et des réunions de la CDU traitant entre autres du suivi de certains indicateurs relatifs au dossier patient.

Les demandes d'accès au dossier par le patient et les délais de transmission des dossiers sont communiquées aux représentants des usagers au cours des réunions de la CDU.

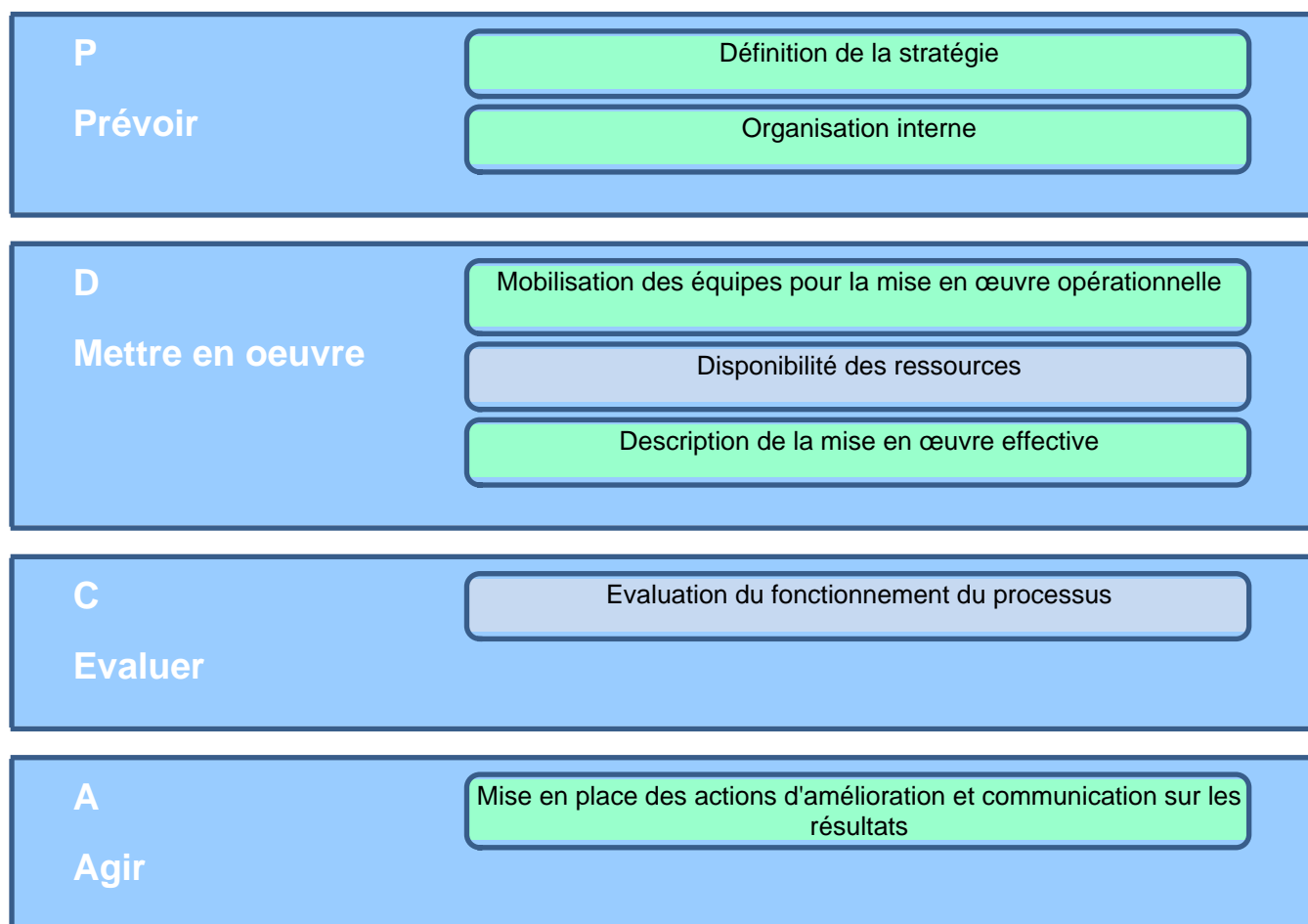
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique de Bonneveine dispose d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) assurant des activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutiques au profit des services cliniques et médico-techniques, ainsi que des activités de pharmacie clinique. La PUI assure également une activité de préparation de cytotoxiques.

Une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (2018-2022), intégrée dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, a été rédigée en 2018 et validée lors de la CME de février 2019. Celle-ci prend en compte les attendus réglementaires (préconisations de l'arrêté du 11 avril 2011). Un manuel qualité du management de la prise en charge médicamenteuse a été rédigé et validé en mars 2019 par le Directeur.

L'établissement, a inscrit dans ses objectifs, l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

Une analyse de risques est réalisée par les pharmaciens, au regard de chaque étape du circuit du médicament. Cette analyse de risque, en attente de validation en COMEDIMS et CME donne lieu à une cartographie des risques hiérarchisés. 5 des risques identifiés sont reportés dans le compte qualité, parfois libellés différemment.

Cette identification des risques donne lieu à des actions d'amélioration inscrites dans des plans d'action distincts : au PAQSS institutionnel, au compte qualité, au programme d'activité du COMEDIMS. Le programme d'activité du COMEDIMS se divise en actions concernant l'organisation, la formation, la planification des audits et le suivi des EPP.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a identifié et prévu les ressources, moyens, circuits et interfaces pour atteindre les objectifs fixés. Un COMEDIMS, sous-commission de la CME, présidé par le Responsable du Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQPECM) qui est également le pharmacien gérant de la PUI, assure le suivi et les recommandations de bon usage du médicament, la mise à jour du livret thérapeutique et l'avancée des actions inscrites au PAQSS. Un règlement intérieur en précise le fonctionnement (février 2019)

Le fonctionnement de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) est formalisé.

Le RSMQPECM a été désigné par le directeur et le président de la CME. Ses missions sont formalisées dans une fiche de mission.

La prise en charge médicamenteuse des personnes âgées est organisée (juste prescription, modalités d'administration...).

Les besoins en effectifs et en compétences en fonction des besoins, des risques et de la réglementation ont été identifiés, notamment pour la permanence pharmaceutique. Celle-ci est effective tous les jours de la semaine, sauf le week end et jours fériés. Hors les heures de présence de pharmaciens, l'établissement a signé une convention avec l'hôpital St Joseph de Marseille pour les besoins urgents non compris dans la dotation d'urgence. Les règles de fonctionnement sont formalisées.

Les différentes étapes et sous processus sont organisés et structurés comme l'approvisionnement des services en médicament et matériel, y compris pour les médicaments à risque et les stupéfiants, les modalités de gestion du traitement personnel, l'approvisionnement en urgence, les recommandations de bonnes pratiques.

Le lien entre la pharmacie et les services cliniques repose sur une analyse pharmaceutique exhaustive avec conseils et opinions pharmaceutique de niveau III. La conciliation médicamenteuse n'est pas organisée comme telle, mais les traitements sont analysés par la pharmacie, permettant la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

La sérialisation et la conciliation médicamenteuse sont en projet.

La diffusion des informations concernant le bon usage des médicaments, des alertes et des vigilances est organisée.

L'informatisation du dossier patient est complète dans les services cliniques, à part le bloc opératoire et la consultation d'anesthésie où les supports de prescriptions permettent de tracer l'administration. Une procédure dégradée est définie en cas de non disponibilité du dossier patient informatisé.

Le système de signalement et de traitement des fiches de signalement des événements (FEI) indésirables liés au circuit du médicament est structuré et connu des professionnels. La FEI est informatisée, et des méthodologies d'analyse sont définies (REMEDI).

Les locaux, dont la PUI et l'URC, les équipements et matériels nécessaires sont identifiés, sécurisés et uniformisés sur l'établissement.

Les modalités d'information du patient sont définies.

Le système de gestion documentaire est structuré et permet aux professionnels d'avoir accès à des documents de bonnes pratiques.

Des formations aux risques d'erreur sont organisées et inscrites au plan de formation 2018 et 2019.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs de soins et les responsables du circuit du médicament, communiquent auprès des professionnels des dysfonctionnements ou événements indésirables survenus ainsi que des actions d'amélioration à mettre en oeuvre.

Les IDE responsables et le pilote du processus s'assurent que les points critiques définis par l'établissement, sont sous surveillance et notamment de la conformité des pratiques telles que connues dans l'établissement.

Des réunions entre la PUI, la Directrice de Soins Infirmiers et les IDE responsables sont planifiées tous les 15 jours afin de faire le point régulièrement des actions et d'impliquer les équipes.

Le président de la CME recherche l'implication des médecins intervenant dans la Clinique, notamment dans les services non informatisés.

Aucun des professionnels rencontrés lors des visites n'avait effectué un signalement d'événement indésirable lié au circuit du médicament, mais tous connaissaient les modalités de signalement et de traitement de l'EI (analyse).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les besoins en compétences, en effectif, en matériel et en gestion documentaire pour assurer la sécurité du circuit du médicament sont identifiés.

La PUI fonctionne avec 1,3 pharmacien et 2,4 équivalents temps plein de préparateurs. Le pharmacien et les préparateurs en pharmacie intervenant à l'URC sont spécifiquement formés à la préparation des cytotoxiques. Les IDE responsables, le RMSQPECM, et le responsable qualité ont été formés en 2014 à l'analyse des causes profondes des erreurs médicamenteuses, selon une méthodologie validée.

Des outils d'aide à la prescriptions/administration, issus des recommandations de bonnes pratiques sont à disposition des prescripteurs et des IDE dans la GED et le DPI. Ces outils : livret thérapeutique, protocoles thérapeutiques et protocoles d'administration, gestion des stupéfiants, mémos sur les médicaments écrasables, sont connus des professionnels. Les médecins ont à disposition un manuel de bonnes pratiques des prescriptions sur le DPI.

Du matériel est mis à disposition des professionnels comme par exemple des chariots mobiles avec des ordinateurs, des locaux sécurisés, du matériel de dispensation et d'administration, des réfrigérateurs, des chariots d'urgence.

Les locaux permettent un stockage sécurisé des médicaments : PUI sécurisée, poste de soins fermés, armoire de dotation fermée à clé, qui contient un coffre à stupéfiants fermé à clé, chariots de distribution fermés, caisses de transport sécurisées. Les étiquetages des casiers à médicaments sont uniformisés.

Un réfrigérateur à basse température spécifiquement réservé aux médicaments, est disponible dans les postes de soins et à la PUI.

Les locaux et les équipements prévus pour l'URC sont conformes et adaptés pour assurer la prise en charge sécurisée du patient. Les professionnels intervenant sont formés à la préparation des traitements cytotoxiques. L'entretien des locaux et la maintenance des équipements sont assurés régulièrement, et les contrôles qualité sont effectués.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prescription est informatisée et identifiée par une signature électronique, et le support utilisé (DPI) permet la transmission des informations au pharmacien, ainsi que le respect des bonnes pratiques. La liste des prescripteurs est établie et disponible par la pharmacie. Les interfaces sont opérationnelles (logiciel de gestion et commande interfacé avec logiciel informatisé de prescription/administration, accès au dossier patient informatisé et aux examens biologiques pour la réalisation de l'analyse pharmaceutique, etc.).

L'accès à la prescription informatisée et à la validation infirmière se fait par type de métier, avec accès par mot de passe. Dans les services où la prescription informatisée n'est pas déployée, un support unique de la prescription à la validation de l'administration est en place. Un mode dégradé est en place en cas de panne informatique.

La délivrance des médicaments comporte une dotation globale définie par l'établissement, par service, et d'une délivrance hebdomadaire individuelle et nominative - DHIN (un tiroir par patient pour une semaine, avec des séparateurs pour respecter une molécule à la fois). La PUI utilise un système de sur étiquetage pour que tout médicament soit identifiable à tout moment. La préparation des chariots se fait à la PUI avec double contrôle par les préparateurs. Les services sont également approvisionnés en médicaments et en matériel (DM et DMS) sur la base d'une dotation hebdomadaire définie pour chaque service pour faire face à l'urgence. Les renouvellements des médicaments et réapprovisionnements se font autant que de besoin. Une dotation de « secours » pour l'ensemble des services a été mise en place pour pallier à des urgences en dehors du temps de pharmacien.

La préparatrice ou le pharmacien assure le transport sécurisé des médicaments y compris pour les médicaments thermosensibles. L'IDE présente accuse réception. Si des non respect des bonnes pratiques

sont constatées (traitement de patient sorti non retiré, comprimé coupé...) le retour est fait en direct par le pharmacien

L'URC fonctionne le mercredi. Les constats concernant le fonctionnement de l'URC se basent sur la rencontre avec les professionnels (pharmacien et IDE référent chimiothérapie) et la consultation documentaire car pendant la visite il n'y a pas eu de préparation et par conséquent, pas d'administration. Des procédures sur les bonnes pratiques de préparation des produits de chimiothérapie (analyse pharmaceutique des prescriptions, préparation, fabrication, contrôles croisés, validation de la préparation et dispensation) sont rédigées et connues, mais n'ont pu être observées. La validation pharmaceutique libératoire des produits fabriqués repose sur un double contrôle par étape avec traçabilité sur fiche d'enregistrement et un contrôle analytique de la part du pharmacien (constaté sur des fiches de fabrication antérieures). Des contrôles et traçabilités sont effectués dans les services de soins à réception des poches de cytotoxiques. La maintenance et l'entretien des matériels sont assurés.

Les médicaments à risque sont identifiés, et la signalétique est uniformisée sur tout l'établissement.

Avant l'administration, l'IDE vérifie la concordance entre le traitement, la prescription et l'identité du patient. La validation de l'administration est faite en temps réel autant que possible, et la non administration est argumentée. Le service de chirurgie n'est pas doté d'ordinateur sur chariot mobile, donc les IDE tracent l'administration de retour dans le poste de soins. L'établissement a été réactif et a équipé ce service d'ordinateurs sur les chariots mobiles, uniformisant les équipements dans tous les services. La gestion de l'autonomie du patient à prendre son traitement est tracée. Les services sont dotés d'ordinateurs portables sur les chariots de médicaments, permettant la vérification de la prescription avant administration et la traçabilité de celle-ci en temps réel.

Un réfrigérateur à basse température réservé aux médicaments, est disponible dans les postes de soins et à la PUI, et la traçabilité des contrôles des températures est effective.

Des formations ont été suivies en 2018 (e-learning sur prévenir les erreurs médicamenteuses -19 personnes formées et sur prévenir les erreurs médicamenteuses liées aux insulines – 17 personnes formées) et d'autres sont inscrites au plan de formation 2019 : la conciliation médicamenteuse, e-learning : maîtriser le circuit du médicament. Les pharmaciens sensibilisent régulièrement les professionnels car ils sont très présents dans les services de soins et rappellent les bonnes pratiques si besoin.

Les professionnels, prescripteurs et IDE ont à disposition des outils d'aide au respect des bonnes pratiques : le livret thérapeutique, accès à Thériaque et à la base Claude Bernard, les médicaments à ne pas ouvrir ou écraser, les médicaments à ne pas utiliser chez la personne âgée, les médicaments à risque, médicaments anticoagulants disponibles et leur mode d'utilisation, gestion des traitements personnels, perfusion sous cutanée chez la personne âgée, prescription de molécules onéreuses, gestion des stupéfiants dans les services de soins... Ces documents sont enregistrés dans la GED.

Le livret d'accueil du personnel comporte également une information concernant les traitements personnels et les 5 B. Ce livret est donné à chaque nouvel arrivant, par la directrice des soins. Un accès informatique leur est créé et ils sont formés à l'utilisation du DPI par leurs pairs.

La pharmacie met à disposition un « pense bête pas si bête » qui liste les procédures à connaître.

Des informations concernant le circuit du médicament sont accompagnées, au plus près des professionnels par le RMSQPECM qui passe très régulièrement dans les services de soins et par la diffusion de « notes de service » à destination des unités de soins.

Les patients sont informés plutôt oralement des traitements reçus, mais des documents sont à disposition, tels que des fiches le livret AVK, information sur la gestion du traitement personnel avec un rappel au patient de ne prendre que le traitement prescrit lors de la sortie, les insulines, un guide pratique de la chimiothérapie, le plan personnalisé de surveillance après cancer. Le livret d'accueil du patient comporte une information concernant la prise en charge médicamenteuse.

Le circuit de signalement et de traitement des EI liés au circuit du médicament est connu des professionnels. Les EI concernés sont analysés suivant une méthodologie validée, par des personnes formées, et avec la participation des personnels concernés par l'événement. En 2018, 60 FEI concernant le circuit du médicament ont été faites, et 10 signalements (avec 29 actions planifiées) ont été analysés au cours de 3 REMED.

Cependant, les règles de traçabilité de l'administration des stupéfiants ne sont pas toujours respectées. Lors de la visite du bloc opératoire, il a été constaté que les noms des patients n'étaient pas notés sur le bordereau de délivrance nominative des stupéfiants. Il est précisé dans l'arrêté du 12 mars 2013, relatif aux médicaments classés comme stupéfiants, que ces items doivent être obligatoirement renseignés. Cette pratique ne correspond pas aux attendus réglementaires et ne permettent pas d'identifier a posteriori quel patient a eu quel traitement. Cela a été constaté en présence du pharmacien.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme, à partir d'indicateurs : IQSS, CAQES, audits portant sur les différentes étapes du circuit du médicament (prescription, préparation, stockage, administration, conformité de l'étiquetage des perfusions, gestion

des traitements personnels, des médicaments en sus,...), suivi des consommations, nombre et type de FEI, taux de DMI bénéficiant d'une prescription, nombre de DMI posés. L'activité et la conformité de l'URC est également suivie par des indicateurs spécifiques.

Un bilan des audits 2018 a été fait et un planning d'audits internes a été élaboré pour 2019. Un tableau d'indicateurs permet de suivre un certain nombre d'indicateurs depuis 2016 et d'en évaluer l'évolution.

Chaque semaine le pharmacien fait un audit de la tenue des chariots et en fait un bilan trimestriel, à destination des IDE et des IDE responsables.

Deux EPP sont en lien avec le médicament. Une EPP sur la prescription chez la personne âgée débutée en 2010-étape 5, une EPP sur la pertinence des IPP, débutée en 2018-étape 2

Le bilan COMEDIMS 2018 a été validé par le COMEDIMS, et est en attente de validation par la CME. Le rapport annuel des REMED permet de suivre les actions planifiées et réalisées. En 2018, 29 actions planifiées et 25 finalisées.

Les pratiques concernant le bon usage du médicament ont également été évaluées à travers les 7 patients traceurs effectués en 2018 et la chambre des erreurs.

A / AGIR

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

A partir des évolutions faites, les plans d'action distincts sont réajustés soit par le RMSQPECM (programme d'activité du COMEDIMS) soit par le RAQ (pour le PAQSS). On retrouve également des actions d'amélioration définies suite aux réunions transversales PUI-DSI-IDE responsable de service.

Par exemple, suite à la chambre des erreurs, la PUI a mis en place un « pense bête » pour les IDE, mise en place d'une zone de préparation des médicaments pour répondre à l'interruption de tâche.

Les résultats des IQSS sont communiqués aux usagers par voie d'affichage.

Les professionnels sont informés des résultats des audits soit directement par le RMSQPECM, soit par les IDE responsables de service, soit encore par mail.

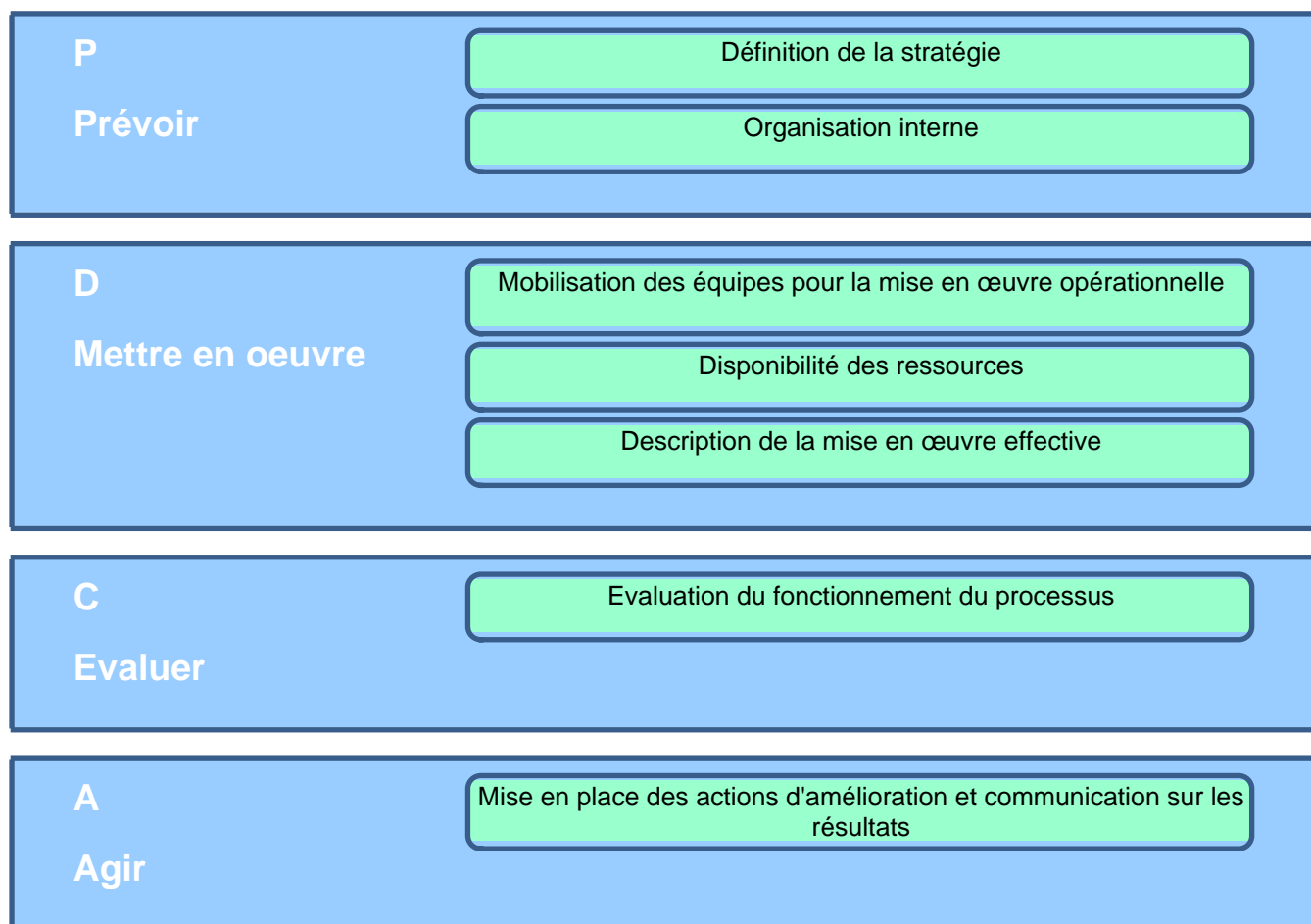
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique de Bonneveine a formalisé sa stratégie concernant le bloc opératoire dans le manuel d'assurance qualité du bloc opératoire et l'activité ambulatoire dans son projet d'établissement et dans le règlement intérieur de l'UCA. Une cartographie des risques réalisée en mode processus et selon la méthode AMDEC a été élaborée par le responsable qualité et les pilotes du bloc.

La cartographies identifient et hiérarchisent les processus à risques de prise en charge interventionnelle du bloc de l'entrée dans le bloc à la sortie de la SSPI.

La stratégie du bloc est validée par le conseil de bloc opératoire. Elle est déclinée dans un programme d'actions, formalisé, priorisé avec des échéances et des responsables. Quatre risques ont été inclus dans le compte qualité. Certains de ces risques inclus dans le compte qualité sont retrouvés dans le tableau du PAQSS du RAQ, d'autres comme le défaut de traçabilité du bionettoyage ou le défaut de connaissance des modalités de prise en charge des patients en situation de vulnérabilité ne le sont pas tant dans le document "programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins" que dans ce tableau de suivi ou l'on peut trouver d'autres risques.

Les 4 risques du CQ sont :

- défaut de transmission des données utiles à la programmation des interventions
- défaut de maîtrise de l'exposition aux rayonnements
- défaut de traçabilité du bionettoyage
- défaut de connaissance sur les modalités de prise en charge des patients en situation de vulnérabilité.

Les risques identifiés sont issus des recommandations de la HAS et de l'ASN, des audits réalisés.

ORGANISATION INTERNE

Le bloc opératoire de la Clinique de Bonneveine est situé à proximité et au même étage que l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) et du service de chirurgie conventionnelle. Il permet la réalisation d'environ 6000 interventions par an. Le bloc est ouvert de 8h à 20h.

Il est constitué de

- 2 sas d'accueil et de transfert, un pour la chirurgie ambulatoire et un pour la chirurgie conventionnelle permettant aussi le transfert des patients vers les salles d'intervention.
- 5 Salles d'intervention dont 2 en classe ISO 5 et 3 en ISO 7 dont une plus spécifiquement réservée aux endoscopies. Cette dernière dispose d'une salle de traitement des endoscopes attenante séparée de la SOP par deux portes coulissantes permettant la marche en avant.
- une SSPI centrale avec 8 postes de réveil dont deux sont plutôt réservés aux enfants (décoration des murs) elle est ouverte de 8h à 20h.
- deux arsenaux, un stérile et un non stérile

Les patients sont essentiellement des adultes, mais également des enfants de plus de 3 ans, opérés d'extractions dentaires, d'amygdalectomies, de phimosis.

Les reprises chirurgicales en urgence sont possibles les nuits et les week end et jours fériés.

L'unité d'ambulatoire, ouverte en semaine de 7h à 20h30, comporte 18 places.

Le bloc opératoire, la SSPI et l'unité de chirurgie ambulatoire ont fait l'objet d'une visite terrain.

L'unique secteur opératoire est piloté par deux responsables infirmiers. Le conseil de bloc est sous la responsabilité d'un chirurgien. Il se réunit tous les semestres.

L'UCA est pilotée par un MAR coordinateur de la chirurgie ambulatoire.

Les pilotes du bloc et de l'ambulatoire ont en charge une organisation concernant les processus bloc opératoire et chirurgie ambulatoire, décrite

- dans une charte du bloc récemment actualisée présente dans la GED non signée par l'ensemble des intervenants,
- dans le MANUEL QUALITE du bloc
- dans un règlement intérieur pour l'UCA présent dans la GED mais non daté.

Les fiches de mission et les fiches de poste concernent les pilotes du bloc opératoire.

Les pilotes sont membres du conseil de bloc, qui se réunit 2 à 3 fois par an. Les chartes et le MAQ définissent l'organisation et les circuits de prise en charge, qui permettent la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires au fonctionnement des deux secteurs et à l'atteinte des objectifs qu'ils se sont fixés.

Les ressources nécessaires au fonctionnement du bloc et de l'UCA sont en place :

- humaines, des formations inscrites au plan de formation, dont l'AFGSU, la radioprotection, la prise en charge des enfants en SSPI,
- matérielles (locaux adaptés, matériels de pédiatrie) ;
- équipements (amplificateur de brillance, tabliers, dosimètres actifs et passifs)

- documentaires accessibles via le logiciel de GED déployé dans l'établissement et au bloc opératoire permettant l'accès aux procédures ou protocoles, (les antalgiques post-opératoires, l'antibioprophylaxie la préparation cutanée de l'opéré, les fiches d'intervention, les fiches d'ouverture de salle..)

L'intégration de tout nouvel arrivant au bloc opératoire n'est pas spécifique, elle est réalisée de façon globale suivant une procédure d'accueil général et des documents sont remis.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.) est décrite dans la charte et dans le règlement intérieur de l'UCA. Au quotidien elle est du ressort des pilotes du bloc. Une liste d'astreinte est établie pour la nuit et les week-ends et prévoit : une IDE et un MAR d'astreinte pour les rares urgences internes de nuit ou de week end.

En UCA l'information pré et post-opératoire du patient est organisée (protocoles, passeport ambulatoire, appel de la veille, etc.). La sortie du patient et le suivi immédiat après la sortie sont aussi prévus (appel du lendemain consultation, etc.).

La gestion des interfaces avec les unités de soins, secteurs médico-techniques (Hygiène, anatomopathologie, PUI, ...), secteurs logistiques (linge, déchets, eau, air...), secteurs administratifs est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels. Elles permettent l'échange d'informations et la coordination sur la prise en charge péri-opératoire et la recherche de la satisfaction des patients du bloc et de l'UCA.

Le système d'information permet un accès aux informations pour l'ensemble des acteurs tout au long de la prise en charge du patient : accès au programme opératoire informatisé et au dossier du patient informatisé (DPI), le dossier d'anesthésie reste au format papier pour l'instant.

Toutefois, l'organisation interne effective ne correspond pas toujours à celle décrite dans la charte de bloc et dans le manuel qualité du bloc opératoire. Une commission des utilisateurs du bloc opératoire décrite dans la charte n'est pas en place et n'est pas connue des pilotes.

Lors du conseil de bloc du 4/2/19 qui était prévu comme une commission des utilisateurs 3 médecins étaient conviés alors que la charte prévoit que cette commission comprend l'ensemble des utilisateurs sans toutefois donner les noms ou fonctions des participants.

Il n'a pas été retrouvé de fiche de mission concernant le président du conseil de bloc ou le médecin coordinateur de l'UCA. Les deux fiches de mission des responsables médicaux du bloc et de l'UCA ont été écrites par l'établissement lors de la visite. Les deux pilotes les ont signées.

Il n'y a pas de programmation très anticipative des interventions avec validation multiprofessionnelle (cellule de régulation) permettant une meilleure gestion tant des ressources humaines que des ressources matérielles et permettant d'optimiser le taux d'occupation des salles. L'audit réalisé en novembre 2018 avait aussi souligné ce fait.

Les risques potentiels peuvent porter sur l'efficacité du bloc opératoire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du bloc opératoire et le responsable de l'UCA s'assurent de la déclinaison du plan d'actions, en objectifs opérationnels pour le bloc opératoire et la chirurgie ambulatoire.

Ils régulent l'activité du bloc et de l'ambulatoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Il n'y a toutefois pas de réunion de programmation hebdomadaire avec validation des différents intervenants. Au quotidien, les pilotes assurent le réajustement du programme, en particulier en cas d'urgence. Des moments ou des moyens (mails) permettent les échanges et la sensibilisation des équipes sur les risques et objectifs identifiés, dont la déclaration d'événements indésirables et d'aborder l'activité, ainsi que les projets en cours au niveau du bloc et de l'UCA. La taille de la structure favorise les communications informelles quotidiennes.

L'analyse des événements indésirables est réalisée avec le responsable qualité gestionnaire de risque. Des retours d'expérience sont réalisés par les pilotes qui relaient les informations.

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

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles au quotidien :

- Un MAR par salle et 1 IADE dans une autre salle sous la responsabilité du MAR qui a aussi la responsabilité de son patient en SSPI.
- 3 MAR temps pleins libéraux et 1 MAR salarié
- 2 responsables de bloc,
- 6.5 ETP IDE au bloc

- 3 ETP IDE en SSPI
- 3 ASH ETP brancardiers
- 3 ASH pour le bio nettoyage

Le matériel (locaux et équipements, avec maintenance du matériel par une société prestataire), dont celui nécessaire à la radioprotection (dosimétrie active et passive, tabliers, affichage du zonage, système de signalisation de rayonnement en cours à l'entrée des salles, ...) est à disposition des professionnels.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures et protocoles actualisés et validés, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, etc.).

La documentation est actualisée et accessible :

- procédures et protocoles ;
- formulaires de traçabilité DMI (papier), bio nettoyage, feuille d'ouverture de salle, check-list HAS adaptée ;
- passeport ambulatoire et documents d'informations pour les patients.

Le dossier d'anesthésie est au format papier depuis la consultation, le peropératoire et la SSPI. Les prescriptions pour la SSPI sont au format papier mais peuvent être générées sur le logiciel institutionnel pour les patients hospitalisés ou pour certains patients en ambulatoire qui nécessiteraient une nouvelle prescription hors SSPI. Des protocoles de prescription médicamenteuse péri-opératoire (prémédication, SSPI et post-opératoire), prenant en compte l'antibioprophylaxie, ainsi que des check-lists spécifiques à l'ambulatoire sont aussi accessibles sur la GED.

Les produits d'urgence vitale sont en place et vérifiés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels du bloc opératoire et de l'UCA connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues, les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

La marche en avant est respectée depuis la réalisation de travaux dans le bloc, les personnels rencontrés respectent aussi les procédures en vigueur.

La check-list « Sécurité du patient au bloc dernière version » est mise en œuvre pour toute intervention par l'équipe opératoire et archivée au format papier dans le dossier du patient. Lors de l'audit de processus l'expert visiteur a remarqué que le time out n'était pas respecté pour une intervention. Les évaluations réalisées par l'établissement montrent que la check list est respectée à plus de 88%.

Des documents permettant la traçabilité des actes sont renseignés, incluant :

- la traçabilité des ouvertures de salle et de poste
- des feuilles d'écologie pour chaque intervention traçant les personnes présentes en salle, les consommables utilisés, les prélèvements pour examen anatomopathologique, le compte de compresses..
- un document d'échange de données entre les services, le bloc et la SSPI permet la traçabilité de la préparation du patient, de la prémédication, de la constitution du dossier, du suivi per et post opératoire...
- la traçabilité de l'utilisation du cell-saver
- la traçabilité des DMI dans le dossier papier du patient, au bloc opératoire et à la pharmacie.

Cette traçabilité est aussi donnée aux patients en ophtalmologie, en chirurgie esthétique, lors de la pose de Chambre à cathéter implantée, elle n'est pas donnée en orthopédie, comme vu lors de l'audit de processus et lors du patient traceur d'orthopédie. L'établissement a informé les chirurgiens de cette nécessité et a mis en place cette traçabilité dans le CRO lors de la visite des experts.

La sortie du patient de SSPI est décidée après calcul d'un score d'Aldrette. Il a été vu lors de l'audit de processus une signature du MAR d'autorisation de sortie du patient de la SSPI pré-remplie.

En SSPI comme cela a été constaté lors de l'audit du bloc, deux paravents sont disponibles, mais ne permettent pas le respect de l'intimité si 8 patients étaient simultanément en SSPI.

Les prescriptions post opératoires en chirurgie conventionnelle sont généralement effectuées sur le logiciel institutionnel par le MAR et le chirurgien.

En chirurgie ambulatoire ces prescriptions sont parfois au format papier avec traçabilité de l'administration sur le document d'échanges de données entre service-bloc-SSPI.

A l'UCA, les flux (patients, professionnels, approvisionnement, déchets, etc.) sont gérés. La sortie du patient est effectuée après calcul du score de Chung, dont la traçabilité informatique indique aux soignants le niveau et la décision à prendre.

Généralement la sortie est signée par anticipation, certains chirurgiens ou médecins passent revoir leurs patients avant leur sortie.

L'information préopératoire du patient, via un passeport ambulatoire, est réalisée. On retrouve dans ce passeport la traçabilité de la recherche des ATNC, l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire, le recueil des personnes à prévenir ou de confiance, les informations concernant la gestion des médicaments personnels, les complications, la préparation cutanée.

Le même dossier ne contenant pas l'éligibilité à la chirurgie ambulatoire est aussi en place pour la chirurgie conventionnelle.

En UCA la traçabilité de l'appel de la veille peut être réalisé par le patient ou par la secrétaire du service ambulatoire qui le trace sur une liste de patients du jour. L'appel du lendemain (jusqu'à J3) est effectué par les IDE du service qui le tracent dans le DPI. Les ordonnances d'antalgique post-opératoires ne sont pas systématiquement remises de manière anticipée comme vu lors de l'audit de processus avec l'équipe paramédicale.

Le système d'information est utilisé pour émettre des fiches d'événement indésirable dont le nombre est en cours d'augmentation, une cinquantaine en 2018.

En SSPI les médicaments d'urgence sont contrôlés et à disposition. Lors de l'audit de processus l'expert visiteur a constaté avec le pharmacien que la réglementation concernant les stupéfiants n'était pas respectée: les bordereaux de délivrance nominative ne comportent pas le nom des patients en regard des produits utilisés en anesthésie.

Toutefois, la traçabilité de la recherche du risque lié aux ATNC n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers des patients. La traçabilité de la recherche des ATNC a été améliorée en endoscopie mais reste un peu basse pour la chirurgie (audit de 2018 réalisé sur 3 mois fin 2017) ce fait a été constaté par l'expert visiteur lors de l'audit de processus endoscopie, et du bloc opératoire en UCA dans les dossiers des patients et confirmés par un médecin présent lors de l'audit endoscopie. L'établissement lors de la visite des experts visiteurs a mis en place de nouveaux moyens de recueil et l'obligation de cette traçabilité.

Le risque de transmission bien que rare existe, l'établissement a été confronté récemment à un cas non détecté de MCJ.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes du bloc opératoire et le RAQ assurent l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de l'ensemble du processus, sur la base d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs recueillis pour certains à partir d'audits: taux d'occupation des SOP, nombre d'interventions, taux de patients programmés à 48h et 7 jours, Nombre de FEI concernant le bloc opératoire, IQSS Dossier d'anesthésie, taux de conformité du bionettoyage, taux de conformité des feuilles d'ouverture de salle, taux de satisfaction des patients au bloc et en UCA, nombre de réclamations concernant le bloc...

Des audits réalisés par l'EOH (hygiène des mains, tenue au bloc), l'audit réalisé en novembre par un prestataire, l'inspection de l'ASN en décembre, participent à l'évaluation du processus.

Suite aux résultats de l'indicateur national ETE ORTHO une RMM a été réalisée avec un chirurgien, le RAQ, la responsable infirmier de l'UCA et un TIM. D'autres RMM concernant l'ophtalmologie, la gastro entérologie ont aussi été réalisées en 2018.

Treize chirurgiens, médecins spécialistes sont accrédités..

L'établissement ne dispose pas d'un plan d'audits anticipatif sauf pour ce qui concerne le risque infectieux.

A / AGIR

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

A l'issu des évaluations réalisées, des actions d'amélioration sont identifiées par les pilotes du bloc opératoire, validées par l'institution, puis mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus, comme par exemple

- la décoration d'un mur en SSPI pour mieux accueillir les enfants, réalisée par les soignants du bloc.
- les travaux récemment terminés concernant les circuits dans le bloc opératoire
- la mise en place de la radioprotection pour les patients et les personnels suite à l'inspection de l'ASN
- la programmation opératoire électronique
- la traçabilité du bionettoyage dans les circulations du bloc
- la mise en place d'une trousse d'urgence en SSPI pour la prise en charge des enfants
- l'actualisation de la check list

Les résultats et actions sont communiqués aux professionnels oralement par les pilotes du bloc et de l'UCA, par affichage dans le bloc et pour certains dans la lettre d'information de l'institution distribuée avec les fiches de paie "entre news"

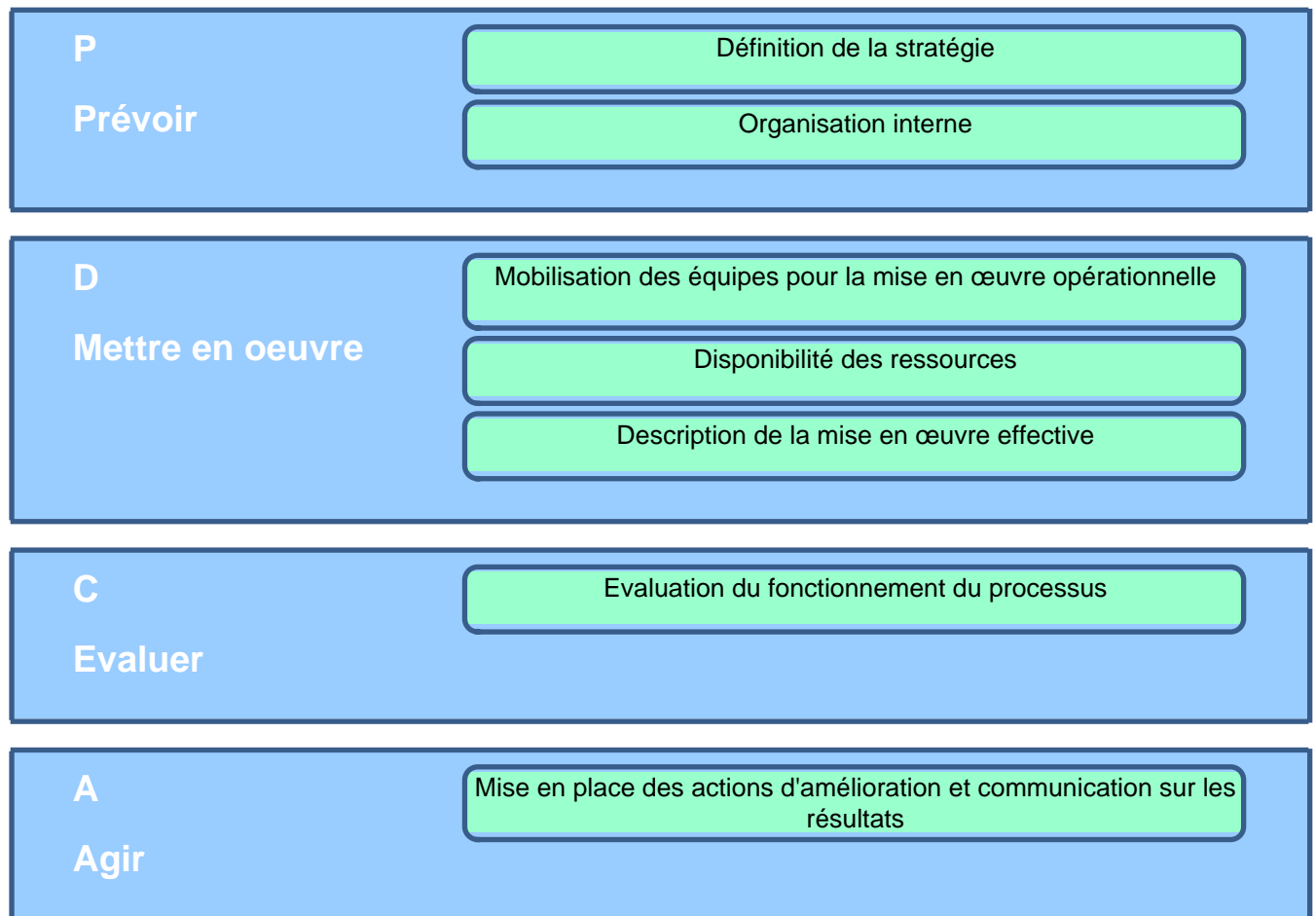
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié les activités d'endoscopie se déroulant uniquement au bloc opératoire qui sont essentiellement de l'endoscopie digestive (800 actes par an environ) et quelques bronchoscopies et cystoscopies. La nasofibroscopie réalisée en consultations externes ne faisait pas partie du périmètre de responsabilité du cadre de bloc ou de l'infirmière référente en endoscopie. L'établissement l'a intégrée durant la visite des experts visiteurs. Une cartographie des risques basée sur une approche processus a été réalisée par le responsable qualité, la pharmacienne présidente du CLIN et le pilote du processus.

Les risques identifiés par un audit externe du CAHPP réalisé les 21 et 22 novembre 2018 n'ont pas été inclus dans la cartographie des risques ou dans le PAQS même si la majorité des actions a déjà été réalisée.

Les risques ont été hiérarchisés en terme de criticité, puis, pour certains intégrés au compte qualité et au PAQS.

Les plans d'action du compte qualité disposent de responsables identifiés d'un échéancier et des modalités de suivi.

Deux risques ont été inclus dans le compte qualité :

- la non exhaustivité du recueil des événements indésirables,
- la perte d'information lors de la maintenance, la séquestration ou la panne d'un endoscope. Le risque concernant l'absence de recueil du risque ATNC reste présent dans le PAQS mais n'est plus inscrit dans le dernier CQ.

Les cartographies et les plans d'action ont été validés par le conseil de bloc du 3 octobre 2018.

Un document « politique qualité en endoscopie » signé par la direction décrit les 3 axes d'amélioration (travail en équipe, pratiques professionnelles, sécurité du patient).

Le manuel d'assurance qualité du bloc indique que des fibroscopies y sont effectuées dans une salle dédiée.

ORGANISATION INTERNE

Concernant cette thématique deux pilotes (l'infirmière et le cadre de bloc) ont été nommés par le management de l'établissement.

Leurs missions sont décrites dans une fiche de mission commune à tous les pilotes.

Le suivi de la stratégie est effectué lors de réunions semestrielles du conseil de bloc animées par le chef de bloc et de façon informelle lors des rencontres des professionnels sur le terrain.

Chaque personnel dispose d'une fiche de fonction.

L'établissement a identifié une salle au bloc opératoire dédiée aux endoscopies digestives et bronchiques ou urinaires. Les patients sont le plus souvent hospitalisés en UCA. La planification des examens est réalisée par le système électronique de planification pour le bloc opératoire.

La maintenance des appareils est prévue en collaboration avec le fournisseur de fibroscopes. La planification des contrôles environnementaux par un prestataire externe est en place.

Les ressources humaines répondent aux besoins de l'établissement, une infirmière est dédiée à la réalisation des actes avec les médecins, un aide-soignant prend en charge l'ensemble des traitements des différents endoscopes. Des personnels formés peuvent venir aider en cas d'absence de l'IDE ou de l'ASH.

Une organisation est en place pour les échanges de données entre les services d'amont et d'aval, elle est incluse dans le processus de prise en charge des patients au bloc opératoire (programmation des endoscopies avec ou sans anesthésie, fiches de liaison bloc service, fiche écologie, accès aux dossiers institutionnels dans la salle d'examen).

La gestion des interfaces entre laboratoire d'analyse environnementale ou les laboratoires d'anatomopathologie et l'établissement est organisée (planification, liste des correspondants).

Les ressources documentaires sont accessibles par électronique et uniquement sur support papier en salle de traitement des endoscopes au bloc opératoire.

L'établissement n'a pas mis en place de pilotage commun intégrant la nasofibroscopie qui est réalisée en consultation d'ORL et qui dispose d'une procédure spécifique de traitement et de traçabilité de l'appareil. Des formations en 2018 et 2019 concernant le traitement des endoscopes ont été réalisées et font partie du plan institutionnel de formation.

Le turn over des professionnels étant faible il n'y a pas de formalisation de l'accueil spécifique d'un

nouvel arrivant qui est géré de façon globale au niveau de l'institution par la direction des soins et très récemment par le directeur pour les médecins .

L'établissement dispose de :

- 12 endoscopes dont un fibroscope bronchique et un cystoscope
- un nasofibroscope
- un laveur désinfecteur d'endoscope,
- une table de traitement manuel qui dispose d'une évacuation des vapeurs d'acide per acétique.
- une armoire de rangement vertical des fibroscopes digestifs, les fibroscopes pulmonaire et urinaire étant stocké dans des conteneurs.

Les locaux récemment refaits au sein du bloc opératoire sont attenants à la salle d'examen. Ils permettent une marche en avant (entrée des appareils utilisés désinfection puis sortie des appareils désinfectés par une autre porte coulissante

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé, pilote de la thématique est en charge du déploiement opérationnel des plans d'action. Les pilotes disposent d'un tableau de suivi de l'ensemble des actions d'amélioration programmées.

Les professionnels sont informés de façon informelle lors des contacts pluriquotidiens avec les responsables et participent aux réunions de service où le cadre transmet les informations et impulse la culture qualité.

Certains de ces professionnels participent aux déclarations d'EI.

Le pilote de la thématique est en charge du déploiement opérationnel des plans d'action Il participe à l'analyse des non conformités et des événements indésirables et a participé à une RMM.

Les professionnels rencontrés connaissent les risques en cours de traitement et participent aux choix des actions d'amélioration à mettre en place (comme les travaux réalisés pour améliorer la salle de traitement des endoscopes).

Le responsable du bloc opératoire a réalisé un audit de pratique en juillet 2018 sur la méthodologie du GREPHH. Un audit externe a aussi été réalisé en novembre 2018.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Un ASH formé prend en charge les traitements des endoscopes et une IDE participe à l'examen endoscopique. Une suppléance en cas d'absence par des personnels formés est prévue.

La documentation est accessible en électronique ou par papier en salle de traitement des endoscopes et du nasofibroscope.

Les locaux nouvellement refaits permettent une marche en avant même s'ils sont assez exigus.

Des EPI sont à disposition des personnels (appareils de protection respiratoire, lunettes, gants).

Les armoires de stockage des endoscopes thermosensibles se trouvent dans la salle de traitement avant la sortie de cette salle.

Les maintenances des appareils sont du ressort des fournisseurs qui contactent les responsables pour l'organiser.

Toutefois, les documents de traçabilité des endoscopes du bloc opératoire ne correspondent pas totalement aux préconisations de l'instruction de juillet 2016. Les traçabilités des actes, des désinfections, des contrôles, des maintenances sont dispersées auprès d'acteurs différents et dans des lieux différents et sous des formes différentes. Il n'y a pas de carnet de vie par endoscope regroupant ces informations. Ceci génère un risque en ce qui concerne le suivi qualitatif des endoscopes. L'établissement a identifié ce risque et est en cours d'améliorer la traçabilité par une informatisation complète.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le traitement des endoscopes est essentiellement automatisé ou semi-automatisé au bloc opératoire pour les endoscopes et manuel pour la nasofibroscopie.

Les endoscopes sales après évaluation de leur étanchéité et les barquettes de transport sont immergés dans un détergent désinfectant directement après utilisation et sont transportés dans les barquettes jusqu'à la zone de traitement très proche.

La table de traitement manuel comporte un système d'aspiration des vapeurs d'acide peracétique.

Les procédures de traitements des endoscopes manuelles ou automatiques sont connues des professionnels. Les documents d'enregistrement concernant les filtres pour eau bactériologiquement maîtrisée, les produits de détercion et de désinfection sont à disposition.

La traçabilité est en partie informatique sur le lave-endoscope (ticket de traitement qui est ensuite inclus dans le dossier du patient) et en grande partie manuelle sur un cahier qui permet d'identifier les

matériels, les procédures et les patients.
 Le stockage des endoscopes au bloc se fait dans une armoire en position verticale dans laquelle seuls les endoscopes désinfectés peuvent être stockés sans toutefois qu'il y ait une identification visuelle de ceux-ci. Le cystoscope et le fibroscope bronchique sont disposés dans une boîte permettant de les identifier. Le nasofibroscope entouré d'un champ est stocké dans un tiroir spécifique après sa désinfection.
 Les patients devant bénéficier d'une endoscopie sont programmés dans le logiciel du bloc opératoire. Leur prise en charge est identique à celle des patients opérés dans le bloc opératoire.
 La nasofibroscopie est réalisée en consultation externe directement par le médecin consultant et ne nécessite donc pas de programmation.
 Une check-list papier spécifique à chaque type d'endoscopie (sauf la nasofibroscopie) est utilisée dans les mêmes conditions que pour la chirurgie.
 La fiche de poste de l'IDE en endoscopie précise son rôle pour cette check list et pour la traçabilité de la recherche du risque ATNC.
 Les indicateurs de surveillance de la recherche d'un risque ATNC montrent une progression très importante de cette traçabilité (92% en 2018 pour l'endoscopie). Lors de l'audit de processus un dossier en hospitalisation conventionnelle n'a pas permis d'identifier ce risque la case spécifique n'étant pas remplie.
 Le Compte rendu d'endoscopie est réalisé dans le dossier patient informatique et donné au patient lors de sa sortie par le médecin.
 Les prélèvements annuels ou après maintenance des endoscopes sont effectués conformément à la procédure et suivant un planning, les résultats sont examinés par l'EOH, le pharmacien, le pilote du processus et le RAQ. Ces résultats sont rendus par le prestataire au regard de l'instruction de juillet 2016 avec définition de niveaux cible, d'alerte ou d'action. L'établissement a mis en place une procédure de gestion des non conformités concernant ces résultats d'analyses en partenariat avec le prestataire des analyses
 Les professionnels utilisent les fiches d'EI électronique et un cahier de non conformités du bloc pour signaler les événements indésirables et les dysfonctionnements. Plusieurs événements ont été signalés en 2018. Des REX et une RMM ont été réalisés en 2017 et 2018.
 Le bionettoyage au bloc entre chaque patient est en place et est tracé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une action d'évaluation a été réalisée (méthodologie audit du GREPHH) en juillet 2018.
 Un audit externe concernant le bloc opératoire dans son ensemble a été réalisé en novembre 2018 par un prestataire externe.
 Les pilotes font un suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs :
 - Indicateurs quantitatifs : Nombre endoscopies, taux occupation de la salle
 - Indicateurs qualitatifs : trace de la recherche du risque ATNC, non conformités signalées, Nombre de FEI, nombre prélèvements non conformes (eau, fibroscopes, surfaces) taux de conformité de la check list
 Les indicateurs quantitatifs sont suivis en réunion du CODIR.
 Deux gastro-entérologues sont accrédités.
 Une RMM pluriprofessionnelle présentée en CME concernant l'endoscopie (MCJ) et un patient traceur ont été effectués en 2018.
 Les plans d'actions font l'objet d'un suivi par les pilotes.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place comme par exemple:
 - l'achat d'un LDE,
 - la modification de la salle de traitement des endoscopes pour permettre la marche en avant,
 - l'intégration dans le passeport ambulatoire et dans le dossier d'hospitalisation de la traçabilité ATNC, la révision des procédures dont celles concernant la recherche ATNC
 - la description des parcours patients en endoscopie.
 Ces actions ont été communiquées dans les réunions de service et pour certaines en CDU et dans la lettre interne trimestrielle « entre news », les mails des professionnels médicaux sont aussi utilisés.