



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE SAINTE ELISABETH

**72, rue chape
13004 MARSEILLE 04
JANVIER 2020**

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	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39

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 SAINTE ELISABETH	
Adresse	72, rue chape 13004 MARSEILLE 04
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	130001365	ASSOCIATION DE L'OEUVRE DU CALVAIRE	72, rue chape 13004 MARSEILLE 04
Etablissement de santé	130783152	CLINIQUE SAINTE ELISABETH	72, rue chape 13004 MARSEILLE 04

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
MCO	Médecine	12
SSR	SSR	35

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	GCS Parcours Gérontologique de l'Agglomération Marseillaise Convention avec la mutuelle CCMO Convention de partenariat avec l'association les petits frères des Pauvres Convention de complémentarité avec l'hôpital privé de Clairval Convention de partenariat avec Interm'aide en Provence Convention avec la Mutualité Française Provence Alpes Côte d'Azur Convention de complémentarité avec la clinique Bonneveine Convention d'animation d'activités thérapeutiques et d'éveil associant les animaux Convention de complémentarité avec le centre de santé mutualiste la Feuilleraie

Convention pour l'exercice du service d'aumônerie catholique au sein de la Clinique Sainte-Elisabeth
 Convention avec la société MEDIS SANTE
 Contrat d'exercice au sein de l'établissement d'un ergothérapeute avec la SARL ERGO 13
 Convention de service pour la consultation de CAFPRO par internet
www.caf.fr

Convention constitutive avec le réseau douleur PACA Ouest
 Convention de coordination de la prévention du risque infectieux lié aux soins de l'Est des Bouches du Rhône et de l'Ouest Varois
 Convention de coopération avec l'Hôpital Privé de la Casamance
 Convention de complémentarité avec l'Hôpital Saint Joseph
 Convention de partenariat avec la CARSAT Sud Est
 Convention régissant les règles de fonctionnement entre la clinique Sainte-Elisabeth et le laboratoire Cerballiance
 Convention de coopération avec le réseau RéSP 13
 Convention avec l'APHM : réseau NOSO 13
 Convention de coopération avec l'association soins assistance
 Convention de collaboration en soins de suite cancérologiques avec l'Institut Paoli Calmettes
 Convention de complémentarité avec ma maison, les petites sœurs des Pauvres
 Convention relative à l'accueil des personnes sans résidence stable en service de soins de suite ou de rééducation fonctionnelle avec l'ARH PACA
 Charte d'adhésion des professionnels de santé au réseau Handi Dent
 Convention constitutive avec le réseau partage d'oncologie des régions PACA Corse : ONCORèP
 Convention relative aux conditions d'intervention des bénévoles de l'association JAMALV
 Convention avec l'association pour le développement des soins palliatifs en Provence (ASP Provence)

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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	cancer	Programmée	Simple	MCO
2	Adulte	SSR	suite de coma	Programmée	Simple	SSR
3	Personne âgée	SSR	fin de vie	Programmée	Complexe	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

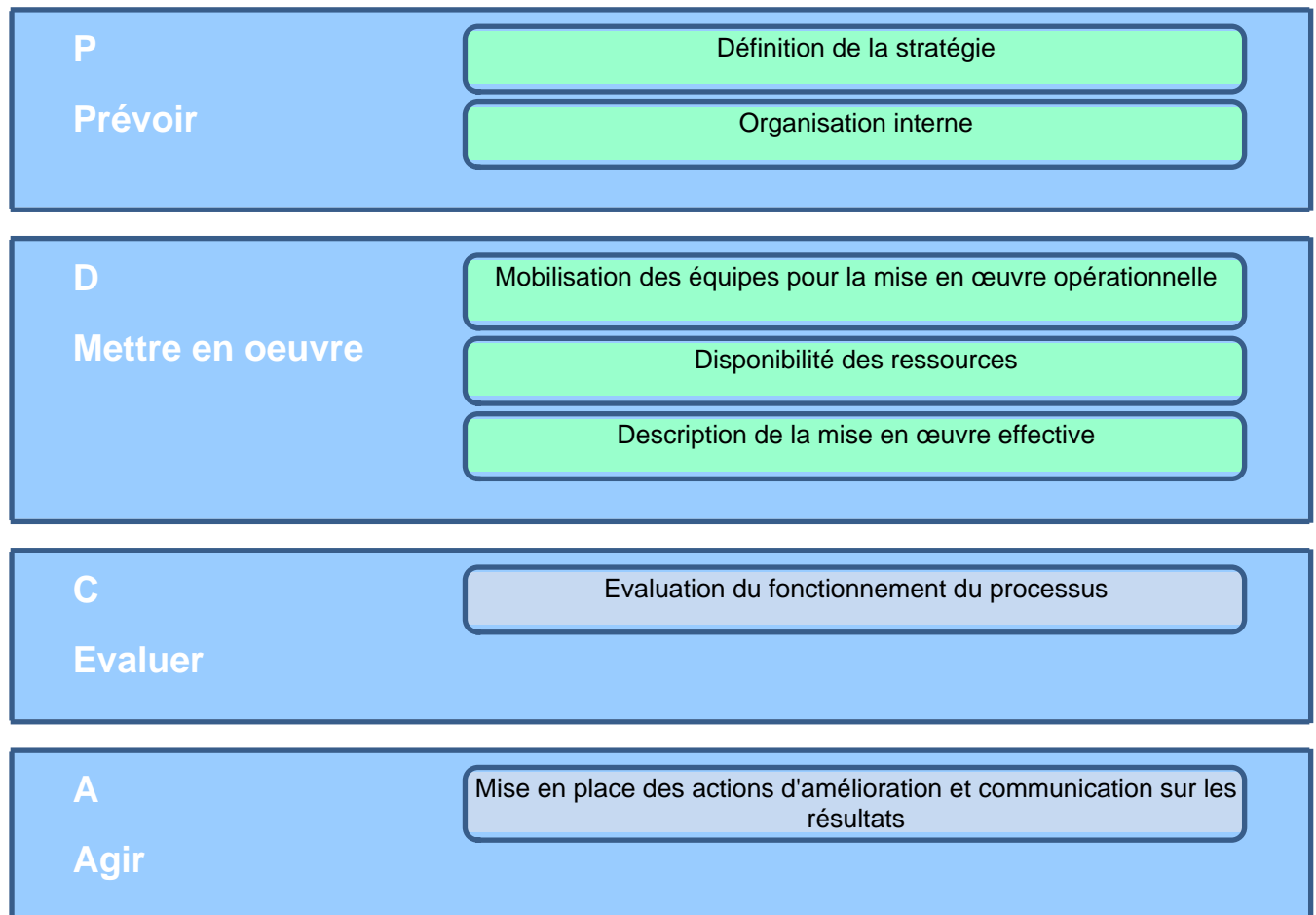
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Sainte Elisabeth est un établissement de santé privé à but non lucratif en gestion associative, qui accueille des patients au sein d'une unité de soins palliatifs (USP, 22 lits), d'un service de soins de suite polyvalent et Onco gériatrique (SDS, 13 lits) et d'une unité de vie pour patients en état de conscience altérée (UVPCA, 12 lits). Un projet architectural de rénovation et d'agrandissement est en cours de réalisation au sein de l'établissement.

La politique de management de la qualité et gestion des risques (2018-2021) formalisée est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement (2019-2024). Un manuel qualité décline les engagements de la Direction et des instances décisionnaires. Un volet spécifique de cette politique concerne la stratégie en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Elle est construite en intégrant les obligations légales et règlementaires (CPOM 2019-2024, CAQES) et s'appuie sur les résultats des indicateurs nationaux, l'analyse des questionnaires de satisfaction et des évaluations menées dont la dernière certification V2014 conduite en 2015.

La Direction de la Clinique, la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) et l'ensemble des professionnels à travers les différents comités et commissions contribuent à la définition des objectifs de cette politique qui portent sur :

- la promotion de la culture de la bientraitance et prévention de la maltraitance.
- l'organisation globale de la gestion des risques en assurant la promotion de la culture qualité et sécurité des patients,
- la gestion des situations de crises et des vigilances sanitaires,
- la sécurisation du système d'information,
- la garantie de la qualité de la prise en charge médicamenteuse,
- l'évaluation des pratiques professionnelles
- le développement durable.

Elle est déclinée dans un Programme d'Amélioration de La Qualité et de la Gestion des Risques (PAQSS) qui regroupe tous les plans d'actions de chaque thématique. Le PAQSS est complété par les travaux des pilotes des processus et des différentes instances : CLAN (Comité de liaison alimentation nutrition), CLUD (comité de lutte contre la douleur), CLIAS (comité de lutte contre les infections associées aux soins) où sont associés également les représentants des usagers.

Le PAQSS est construit en mode projet : objectifs définis, actions planifiées, responsables des actions, échéances et modalités de suivi. La priorisation des actions est réalisée simultanément avec le compte qualité.

Depuis la précédente visite, la démarche de priorisation des risques à priori, formalisée dans une cartographie des risques globale pour l'établissement a été actualisée. L'analyse des risques à postériori, menée à partir des fiches d'événements indésirables, des CREX, des EPP a contribué à son actualisation.

La priorisation des risques a été réalisée selon la méthodologie de la HAS. Les risques à haute criticité ou encore non maîtrisés sont intégrés dans le compte qualité pour chaque processus. Pour la thématique management de la qualité et des risques, le compte qualité comporte 16 objectifs d'amélioration prioritaires qui concernent : la gestion des risques à priori et à postériori, la gestion de crise, l'évaluation du système, la gestion documentaire et le développement de la culture qualité auprès des professionnels et des représentants des usagers.

A la suite des résultats de la visite de certification V2014 en 2015 qui avait fait l'objet d'une recommandation sur cette thématique, le compte qualité a été articulé avec le PAQSS et la Commission des usagers associée à toutes les décisions stratégiques.

La politique qualité et gestion des risques, le PAQSS et le compte qualité sont validés par la CME, le Directeur Général de la Clinique et la Commission des usagers (CDU).

ORGANISATION INTERNE

Le management de la qualité et gestion des risques de la Clinique Sainte Elisabeth est organisé autour de 3 instances : le comité de Direction Restreint (CODIR), le Comité Qualité Sécurité (CQS) et le Comité de Direction Plénier. Un organigramme précise leur articulation. Les missions et responsabilités sont définies dans des fiches de missions.

Le pilotage de la démarche est assuré par le comité de Direction restreint (CODIR) composé du Directeur Général, du Président de la CME, de la Directrice des soins nommée Coordinatrice de la Gestion des Risques Associée aux Soins (CGRAS) et de la Responsable qualité. Cette instance se réunit tous les 15 jours pour le suivi du PAQSS, l'analyse des fiches d'événements indésirables (FEI) et la présentation des projets en cours. Le CODIR, assure également les missions de Comité de Retour d'EXpérience (CREX).

Le pilotage opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques est assuré par le Comité Qualité Sécurité (CQS) qui se réunit chaque trimestre pour la présentation des analyses, des plans d'actions et données sur les thématiques du PAQSS et CQ. Ce comité est animé par la Responsable qualité en étroite

collaboration avec les différentes instances de la clinique (CLUD, CLIAS, CLAN, Comité éthique, COMEDIMS, Comité des Antibiotiques et Cellule Identitovigilance), les représentants des usagers et les pilotes des groupes de travail de la précédente certification V2014 qui ont été pérennisés dans leur rôle. Il est en charge de la mise à jour de la cartographie des risques alimentée par la synthèse des FEI et des alertes sanitaires, du tableau de bord des indicateurs, du PAQSS et du CQ.

Le Comité de Direction Plénier se réunit toutes les 6 semaines et réunit l'ensemble des responsables de la clinique.

Une organisation permet de coordonner les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion des situations de crise. Les vigilants (pharmacovigilant, matériovigilant, infectiovigilant, identitovigilant, informaticovigilant ...) sont désignés.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est structuré. L'analyse des fiches d'évènement indésirable (FEI) est prévue et les CREX sont organisés au regard de la criticité des FEI pour assurer l'analyse des causes profondes et la définition des plans d'actions lors des réunions du CODIR. Le système de déclaration des EI est informatisé. Le retour aux déclarants est organisé.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée. Le système des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de gestion des événements indésirables. La procédure de saisine de la CDU est prévue. Le recueil de la satisfaction des patients est défini dans le livret d'accueil et il est assuré spécifiquement auprès des familles en UVPAC. Les points négatifs recueillis sont traités comme des réclamations.

Les procédures de gestion de crise et déclenchement de la cellule de crise sont prévues : Plan blanc, plan de sécurisation des locaux, plan canicule et sécurité incendie. Des exercices incendie sont organisés assortis d'un retour d'expérience.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré et informatisé (GED).

Le dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est organisé et formalisé. Le plan de formation des professionnels est prévu annuellement au regard des résultats des audits et indicateurs en compléments des formations institutionnelles.

Le système d'information est structuré, une procédure dégradée en cas de panne est définie.

La gestion des interfaces est organisée formellement et assure l'articulation cohérente des différentes structures qui participent à la qualité et gestion des risques. Dans le cadre des travaux en cours au sein de la Clinique, une réunion de chantier est organisée chaque semaine par l'EOH, la responsable qualité et la Directrice des soins pour assurer l'interface entre les différents corps de métier et leur sensibilisation sur les différents risques. Le document unique des risques professionnels est établi et actualisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La promotion de la culture qualité et la gestion des risques est réalisée par la Direction Générale, le Président de la CME, la Directrice des soins, la Pharmacienne (responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse) et les cadres de services. Une réunion d'information où sont abordés les sujets sur la qualité et gestion des risques, est assurée 3 fois par an pour l'ensemble des professionnels par les membres du CODIR. Des réunions hebdomadaires des responsables des services sont organisées par le Directeur de la Clinique et constituent un « espace » relais des différentes informations institutionnelles.

L'implication des équipes en matière de signalement est soutenue par les responsables des services et par des informations quotidiennes au moment des transmissions inter équipe.

Les actions d'améliorations proposées par les groupes de travail, ou celles issues des évaluations des pratiques professionnelles et le compte qualité sont accessibles par tout le personnel de la Clinique sur le logiciel qualité et gestion des risques dans l'intranet. Le PAQSS est l'outil de management pour la gouvernance et le CQ l'outil opérationnel pour les professionnels.

Les réunions en Commission des soins, les réunions pluri professionnelles, les réunions institutionnelles de communication, le journal interne « Notre Journal » contribuent à maintenir le niveau d'information et de formation des professionnels sur les risques et les actions à mettre en œuvre.

Les objectifs poursuivis de chaque action du PAQSS et du CQ sont suivis par les professionnels qui participent aux différents groupes de travail, commissions et EPP.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés sur les objectifs de leur secteur. Ils sont sollicités pour l'identification des risques et l'élaboration des plans d'actions.

Une formation à la gestion des risques et vigilances intégrée au plan de formation annuel, est animée 2 fois par an par le Président de la CME, la pharmacienne, la responsable qualité et la Directrice des soins.

La mise en place des évaluations par la méthode des patients traceurs, les formations dans la « chambre de simulation des erreurs et chambre des secrets pour l'identitovigilance » participent à la formation des professionnels et à la sensibilisation à la démarche qualité et à la sécurité des soins.

La démarche EPP est structurée et soutenue par la CME. Les médecins sont impliqués. 11 EPP sont engagées et concernent l'ensemble des thématiques. Les résultats des EPP ou le lancement d'une nouvelle EPP sont présentés à chaque réunion de la CME pour validation.

Les équipes participent à l'analyse des évènements indésirables et sont force de proposition pour la mise en place d'actions d'amélioration. La clinique a également déployé la méthodologie des patients traceurs pour favoriser l'appropriation des étapes clés dans les prises en charge des patients par les professionnels. Les actions recensées dans le CQ sont en phase avec les préoccupations de terrain pour chaque processus et les objectifs de la clinique visent à développer encore davantage l'implication des professionnels dans la démarche qualité. Cette organisation permet le développement d'une culture qualité et sécurité au sein de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont présentes et maintenues pour assurer l'activité des différents secteurs et mettre en œuvre les objectifs qualité et les plans d'actions.

La Clinique Sainte Elisabeth dispose d'une organisation et des ressources humaines nécessaires pour faciliter l'animation et le suivi des démarches qualité et gestion des risques. L'établissement favorise le développement des compétences en proposant un plan de formation annuel interne à l'établissement et la possibilité de suivre des formations universitaires (DU). Les formations inhérentes à la qualité et gestion des risques sont suivies par la majorité des professionnels de la Clinique : Vigilance sanitaire, sensibilisation au signalement des EI, analyse des causes, CREX, et sensibilisation à la démarche qualité. Lors de l'arrivée d'un nouveau recruté un livret intitulé « Démarche qualité et gestion des risques » lui est remis ainsi qu'aux vacataires.

Le coordonnateur de la gestion des risques (Directrice des soins) et le responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (pharmacienne gérante) désignés travaillent en étroite collaboration.

Les ressources documentaires sont intégrées dans la GED, actualisées et accessibles par tous les professionnels. Chaque président de commission ou pilote de groupe peut mettre à jour un document qualité, qui est supervisé et centralisé par la responsable qualité. Une procédure des procédures normalise le dispositif de la GED. Néanmoins, le système de gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel. Il existe un classeur regroupant des documents imprimés sur la prise en charge de la douleur dont un « protocole pour le traitement de la douleur » ayant pour objectif l'amélioration de la prescription « Version 3 de 2015 », alors qu'une version 5 de 2019 se trouve dans la gestion documentaire dématérialisée. La coexistence de versions différentes (papier et informatisé) peut générer un risque d'erreur notamment pour les professionnels présents occasionnellement ou nouvellement arrivés qui pourraient se servir de documents non actualisés.

De plus, les professionnels rencontrés ne sont pas tous en mesure de trouver les documents clés demandés lors des visites terrains pour exemple : la procédure de prise en charge des urgences vitales, ou les guides classés dans une arborescence méconnue (intitulée « bibliothèque »). Par ailleurs, on retrouve dans la gestion dématérialisée, des documents non référencés ni datés (fiches de mission pilotes institutionnels et opérationnels). L'établissement avait déjà identifié un risque dans le CQ concernant la GED. Au cours de la visite, il a fait preuve de réactivité et les classeurs des procédures non à jour ont été retirés des services. La procédure des procédures a été également actualisée avec l'intégration d'une fiche de traçabilité des impressions de documents pour en assurer la maîtrise. Elle doit être diffusée et les professionnels doivent se l'approprier.

Les professionnels disposent de locaux, de matériels et d'équipements opérationnels et conformes aux activités déployées. Ils participent au choix des matériels.

Les outils informatiques sont disponibles, adaptés, fonctionnels et sécurisés par login et mot de passe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes rencontrées lors des visites terrain ont montré leur connaissance des plans d'actions de l'établissement inscrits au compte qualité et au PAQSS, ainsi que leur mobilisation sur les risques inhérents aux différentes prises en charge spécifiques. Les observations et les entretiens ont permis de vérifier l'engagement des professionnels médicaux et paramédicaux, de l'encadrement et de la gouvernance dans la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins.

La déclaration des EI est connue des professionnels, ils participent aux REX/CREX pour l'analyse des causes profondes et sont partie prenante des actions d'amélioration décidées. Une charte d'incitation à la déclaration des EI et de non punitivité permet la déclaration des évènements indésirables par les professionnels. Dans tous les cas les déclarants sont informés des suites données à leur déclaration. Le bilan des évènements indésirables est accessible sur l'intranet. Il est présenté aux instances et en réunion d'encadrement qui en informe les équipes

L'exploitation des plaintes et des réclamations est conforme aux attendus et permet une réponse dans les délais aux patients insatisfaits. De la même manière, le dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers par l'intermédiaire des questionnaires de satisfaction à la sortie des patients montre un retour de près de 80% pour l'année 2019. Une enquête de satisfaction auprès des familles en UVPCA est réalisée par les professionnels qui ont participé à la création du questionnaire avec les représentants des usagers.

Les représentants des usagers sont invités de façon systématique aux commissions qualité et sécurité une fois par trimestre et aux réunions de mise à jour du compte qualité. Ils participent également au CLIAS et au CLUD et sont consultés sur la gestion des plaintes et réclamations. Ils assurent des missions de bénévolat au sein de la clinique.

Aucune transfusion n'est réalisée dans la clinique. Les patients le nécessitant sont transférés en hôpital de jour dans les établissements privés environnant dans le cadre d'une organisation protocolée.

Le fonctionnement des commissions et des instances est opérationnel, le calendrier de réunions est défini et les compte rendus réalisés.

Le circuit et les interfaces entre les secteurs cliniques, logistiques, techniques et administratifs sont opérationnels, respectés et connus des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation régulière du système de management de la qualité et gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité. Le comité qualité et sécurité des soins coordonne et suit les évaluations de tous les processus de prise en charge. Ces évaluations sont suivies selon une périodicité définie à l'aide d'un calendrier d'audit qui précise l'intitulé, la fréquence, les objectifs : audits pour les thématiques droit des patients, identitévigilance, gestion du risque infectieux, prise en charge médicamenteuse, parcours patient, prise en charge de la douleur

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des plans d'actions est assuré chaque trimestre par le CQS. Les indicateurs sont définis en cohérence avec les risques identifiés.

Les EPP sont suivies par la CME en lien avec le CQS et les actions d'amélioration des pratiques intégrées dans le PAQSS.

Un tableau de bord global de l'établissement collige les résultats des indicateurs internes et externes, des audits, des EPP, des patients traceurs, des enquêtes de satisfaction des usagers, la formation et le suivi des EI. Il permet de réajuster le PAQSS et le CQ .

Les données issues des résultats des évaluations menées par les différents professionnels sont validées par la Direction de l'établissement.

A / AGIR

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

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

La cartographie des risques ainsi que le compte qualité et le PAQSS sont mis à jour à périodicité définie par la responsable qualité et/ou les pilotes de chaque groupe de travail au regard des conclusions des réflexions menées par les équipes. Pour chaque risque identifié un plan d'actions est proposé par les pilotes des groupes de travail et commissions. Le plan d'action est enregistré dans le PAQSS et dans le CQ conjointement tous les trimestres. La responsable qualité enregistre les actions d'amélioration correctives et préventives proposées et validées par le CODIR et le CQS.

Des actions d'amélioration sont systématiquement conduites dès que les résultats d'un indicateur n'est pas conforme aux attendus. Pour exemple, l'indicateur IQSS ICSHA classé en C en 2018 a donné lieu au déclenchement d'une EPP sur la friction des mains

Des actions de communication, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers : au cours des réunions des instances, des réunions d'information organisée par le CODIR, à la Commission des soins, par affichage interne dans les services et au niveau du self, et note de service ou réunions d'équipe. Les indicateurs IQSS sont affichés.

L'établissement participe à la semaine annuelle de la sécurité des patients.

La revue interne « Notre Journal » est régulièrement publiée.

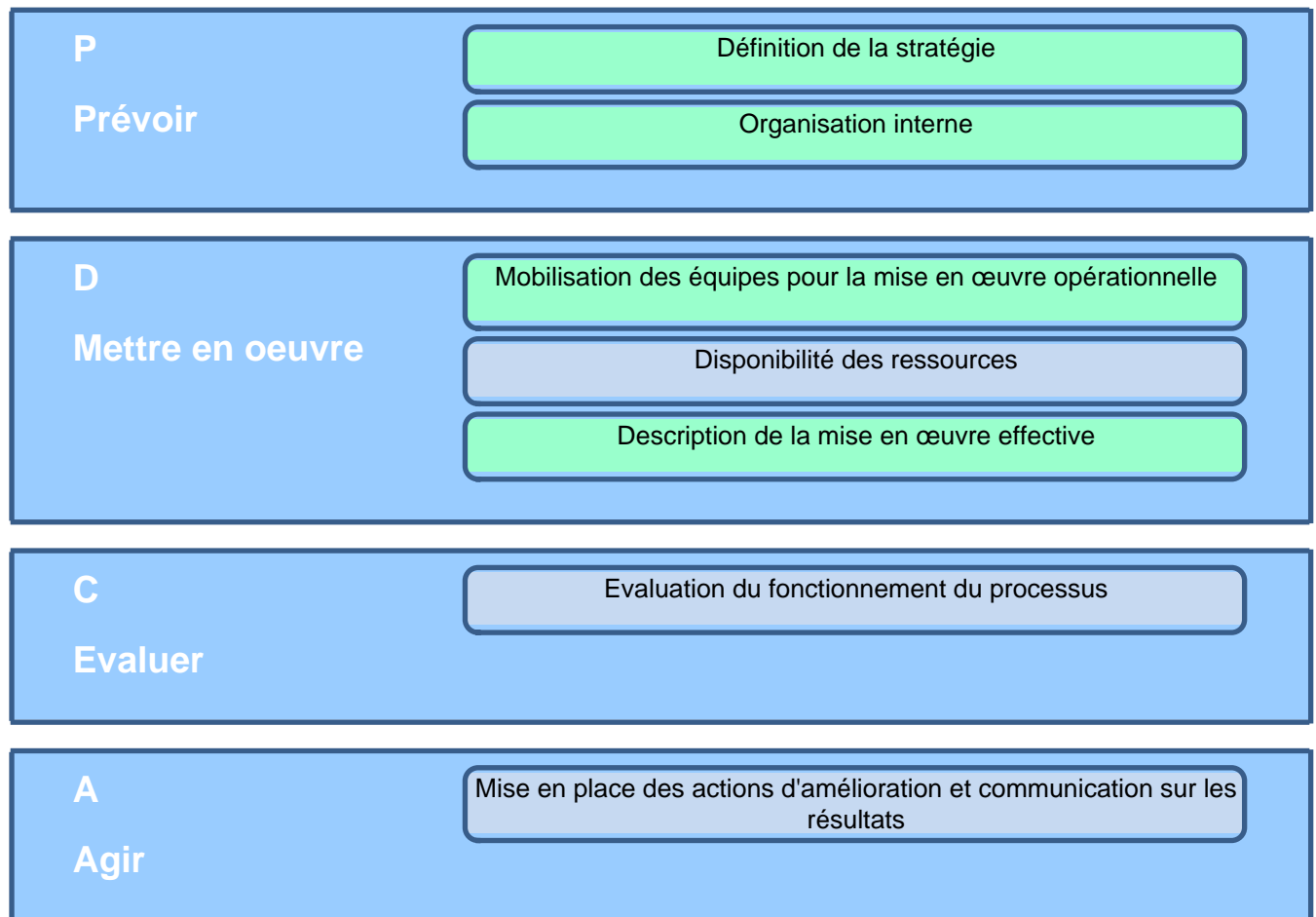
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 Clinique Sainte Elisabeth a mis en place une stratégie de surveillance, de prévention et de maîtrise du risque infectieux. La politique de gestion du risque infectieux est inscrite dans le projet d'établissement (2019-2024), le projet médical et dans le manuel qualité et gestion des risques.

Elle découle des différents plans nationaux dont le PROPIAS (2018) et est validée par la CME (Conférence Médicale d'Etablissement).

Le CLIAS (comité de lutte contre les infections associées aux soins) auquel sont associées la COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) et la Commission des antibiotiques, développe et structure la politique d'amélioration continue de la lutte contre les infections nosocomiales associées aux soins (IAS), le bon usage des antibiotiques et la démarche qualité en continu dans le domaine de l'hygiène au sein de tous les secteurs d'activité de l'établissement.

5 engagements sont définis : prévention de la diffusion des BMR, bon usage des antibiotiques, prévention et surveillance des accidents d'exposition aux virus et prévention du risque infectieux lié à l'environnement. Cette stratégie est réévaluée annuellement au regard du bilan d'activité du CLIAS ce qui permet d'actualiser les objectifs et plans d'actions pour l'année suivante. Elle est coordonnée avec toutes les instances de l'établissement : CME, COMEDIMS, Comité des antibiotiques, CLUD, CLAN, CSIRMT (commission des soins) et conseil d'administration. La Clinique a identifié ses besoins et analysé ses risques par la formalisation d'une cartographie des risques basée sur les résultats des indicateurs nationaux, des audits et indicateurs externes et internes et des enquêtes de prévalence.

Les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité et sont déclinés sous 5 thématiques : Risque légionnelle lié au réseau d'eau vieillissant, hygiène environnementale en lien avec les travaux (risque aspergillaire), Infections associées aux soins, gestion documentaire et prescription d'antibiotiques non conforme au guide. Tous les risques font l'objet d'un plan d'actions qui en précise les ressources et les modalités de suivi. La coordination du CQ et du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement est assurée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion du risque infectieux repose sur une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée du Président du CLIAS (Médecin du service de soins de suite), et de l'infirmière hygiéniste qui est également la Directrice de soins et la Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Il s'appuie également sur les différentes instances notamment la CME, la COMEDIMS et le médecin biologiste du laboratoire externe titulaire d'un DU hygiène qui participe à toutes les réunions du CLIAS.

Pour décliner sur le terrain la stratégie de gestion du risque infectieux, les pilotes s'appuient sur les cadres des services et l'équipe qualité et gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Compte tenu des missions définies pour le processus, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, formation, etc...) nécessaires pour surveiller et prévenir le risque infectieux.

Le plan de formation des professionnels est organisé annuellement au regard des résultats des audits et indicateurs internes en complément des formations régulières menées par l'IDE hygiéniste. Des formations destinées aux nouveaux arrivants sont prévues avec remise d'un livret spécifique. L'établissement s'est organisé pour promouvoir le bon usage des antibiotiques en lien avec la Commission des antibiotiques dont le président est un médecin titulaire d'un DU antibiotique. Il s'appuie également sur le réseau CoCLIN d'Aubagne et son équipe de médecins infectiologues. Une veille microbiologique par l'IDE hygiéniste est organisée en lien direct avec le biologiste du laboratoire externe afin d'assurer le suivi épidémiologique et la surveillance de la résistance aux antibiotiques. Les formations des médecins sur le bon usage des antibiotiques et sur la réévaluation des ATB à 72h, sont organisées par le médecin président de la commission des antibiotiques et par la pharmacienne. Ces formations sont renforcées par l'implication des médecins, et la mise en ligne sur l'intranet de tous les comptes rendus du CLIAS, des audits et des évaluations.

La réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie à 72h est organisée sur le dossier patient informatisé par un système bloquant imposant la justification de la poursuite du traitement.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré et informatisé. Il intègre de nombreux documents, procédures et modes opératoires de surveillance et de prévention du risque infectieux.

L'hygiène des locaux est organisée par une équipe de bio nettoyage externalisée. Les fiches de postes sont formalisées ainsi que le cahier des charges pour le prestataire externe. Les formations au bio nettoyage et précautions complémentaires pour les professionnels de cette équipe sont organisées par l'infirmière hygiéniste Dans le cadre des travaux de rénovation et d'agrandissement de la clinique, des réunions de chantier sont organisées chaque semaine afin de prévenir le risque aspergillaire.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins : équipement de protection

individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, matériels et produits de désinfection, unité mobile d'isolement...
L'information au patient est organisée par le livret d'accueil pour l'information sur les infections associées aux soins et leurs déclarations.
L'implication de tous les acteurs dans le processus de maîtrise du risque infectieux, (Equipe EOH, médecins, laboratoire, pharmacien) permet aux différentes interfaces, l'articulation cohérente des missions et des compétences entre le dispositif de gestion du risque infectieux et les professionnels au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la stratégie institutionnelle en objectifs, plans d'action opérationnels de surveillance et de prévention est adaptée aux risques spécifiques de chaque secteur. Cette déclinaison repose sur une concertation de tous les partenaires. L'équipe EOH assure dans tous les secteurs, en lien étroit avec l'encadrement, l'accompagnement de la mise en œuvre des actions définies dans le programme d'action du CLIAS. L'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations et formations régulières. Sur le terrain, les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Le programme d'actions, les résultats des audits et indicateurs internes et nationaux sont diffusés aux professionnels via la messagerie générique des services. Des affichages dans tous les services sont réalisés comme par exemple : une plaquette du plan d'action du CLIAS, une charte d'engagement des mains propres et les 5 indications du lavage des mains à tous les points d'eau.
Le management et l'équipe EOH s'assurent de la conformité des pratiques, notamment de l'application des procédures, protocoles et de la réglementation ou recommandations. Une rencontre mensuelle avec la responsable de l'équipe de bio nettoyage externe et l'infirmière hygiéniste est réalisée pour faire un point régulier sur les pratiques de ces professionnels et identifier les besoins en formation.
Le circuit du signalement des IAS est organisé et l'écologie nosocomiale est identifiée notamment pour les BMR. Une procédure de « signalement des IAS et gestion des situations épidémiques » est formalisée et décrit les modalités et critères de déclaration. Des actions correctives et d'amélioration sont mises en place en cas de non-conformité, dysfonctionnements, alertes, baisse des résultats des indicateurs nationaux ou internes. Les résultats sont communiqués aux équipes par l'encadrement lors des réunions de services et par l'infirmière hygiéniste sur les sujets ciblés au regard de leur spécificité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations) sont disponibles dans les secteurs d'activités pour assurer la surveillance et la prévention du risque infectieux. Le maintien des compétences est assuré pour l'équipe EOH. L'IDE hygiéniste et le Président du CLIAS participent au réseau CoCLIN d'Aubagne, au Réseau des hygiénistes du CPIAS PACA où le partage d'expérience est développé. L'IDE Hygiéniste participe également au congrès annuel de la SF2H pour parfaire ses connaissances et transmettre les bonnes pratiques et recommandations en matière d'hygiène hospitalière. L'EOH assure les formations aux professionnels : Formations au bio nettoyage des locaux en établissement de santé, hygiène environnementale, précautions standards et complémentaires aux professionnels de l'équipe externalisée. Une formation a été réalisée sur le risque aspergillaire aux professionnels de la clinique ainsi qu'aux ouvriers en charge des travaux en cours.
Des journées à thème sur l'hygiène sont organisées chaque année « journée mains propres » avec des supports ludiques et des lots à gagner. La quasi-totalité des professionnels y participent chaque année.
Des supports d'information des patients (affiches, plaquettes, flyers sur le lavage des mains, précautions à suivre en cas de portage de BMR et de mise en place de précautions complémentaires ...) sont mis à leur disposition.
La surveillance environnementale (gestion de l'air et de l'eau et suivi bactériologique) est réalisée par un prestataire externe tous les trimestres. La chloration en continu du réseau d'eau est assurée (en lien avec les travaux).
Pour l'antibiothérapie, la présence du médecin référent antibiotique et l'accès aux infectiologues du CoCLIN facilite le recours aux conseils pour les prescripteurs. Le « guide antibiotique » validé par l'OMEDIT PACA et la procédure de prescription des antibiotiques de première intention au regard de chaque type d'infection sont à disposition dans l'intranet pour les praticiens ce qui permet d'optimiser les prescriptions d'antibiotiques.
Les ressources en matériel sont disponibles et adaptées aux différentes spécificités. Elles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Une IDE du service de soins de suite est référente en hygiène et participe avec les professionnels des services aux choix des matériels après les avoir testés. Les dispositifs permettant l'isolement des patients en cas de BMR sont opérationnels (chambres seules, unité mobile d'isolement). Les équipements nécessaires à l'entretien des locaux et au bio nettoyage sont disponibles et fonctionnels
La documentation accessible via l'intranet, est actualisée.
L'informatisation du dossier patient et des prescriptions est effective dans tous les services, facilitant la bonne gestion des antibiotiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue pour la maîtrise du risque infectieux, notamment par la présence et l'implication importante de l'infirmière hygiéniste auprès des professionnels.

La campagne de vaccination anti grippale est effective : tous les patients sont vaccinés contre la grippe après information et consentement partagé par les patients et ou leurs proches et 60% des professionnels ont été vaccinés en 2019, versus 50% en 2018.

La traçabilité pour les différents items du risque infectieux est réalisée et partagée. Le suivi est effectif par le laboratoire de bactériologie et par l'IDE hygiéniste pour la mise en œuvre des bonnes pratiques et par la pharmacienne pour la consommation des antibiotiques.

La réévaluation de l'antibiothérapie, systématiquement réalisée à la 72ème est tracée. L'antibiothérapie contrôlée est assurée. Le guide de bon usage des antibiotiques à l'usage des prescripteurs est disponible (sur le site intranet) au moment de la prescription. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie est conforme aux procédures institutionnelles, ce qui a été vérifié au cours des visites terrain.

La surveillance bactériologique est assurée par le CLIAS et le médecin biologiste du laboratoire externe.

La conduite à tenir en cas de déclaration de BMR est connue des professionnels. Une alerte est envoyée par le médecin biologiste à l'EOH, au président de la CME et à l'équipe par mail. Dans le cas d'une BHRé, l'alerte est réalisée par mail et téléphone. La notion de présence de BMR est tracée de manière visible dans le dossier du patient informatisé et reste disponible lors d'une éventuelle hospitalisation ultérieure.

Afin d'éviter les infections associées aux soins par les cathéters périphériques, la mise en place de chambres implantables ou Picc line sont favorisées.

Les ressources en matériel sont disponibles et adaptées aux différentes spécificités.

L'hygiène des locaux est supervisée par la responsable de l'équipe de bio nettoyage et l'IDE hygiéniste. La traçabilité de l'entretien des locaux est effective. Les circuits « propre – sale » sont respectés. La gestion et le tri des déchets sont assurés selon les recommandations. L'établissement est d'ailleurs très engagé dans une démarche de développement durable.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'équipe EOH assure des évaluations périodiques de la gestion du risque infectieux pour exploiter et identifier les actions correctives. Ces évaluations sont réalisées par le suivi régulier :

- D'indicateurs internes : nombre de formation en hygiène, nombre d'IAS déclarés et analysés, le nombre de signalements externes, le nombre de gestion de crise, réévaluation de l'antibiothérapie à 72h, prescriptions d'ATB conformes au guide, surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières pour 1000 journées...

- Des indicateurs nationaux

- Des nombreux audits réalisés par l'EOH : audits précautions standards, audit de connaissance et de pratiques au bio nettoyage pour l'équipe externalisée, contrôle microbiologique du linge, isolement septique, audit zéro bijoux, gestion des Excretas, audit chantier, ...

- Des audits réalisés par des organismes externes : Audit Bioméga hygiène, participation à l'audit organisé par le CoCLIN d'Aubagne sur l'utilisation des PHA auprès des soignants, antibiotiques à dispensation contrôlée, audit/formation réalisé par le médecin biologiste sur l'hygiène des mains...

L'équipe EOH assure également des enquêtes de prévalence des infections traitées par antibiothérapie dans tous les services et participe à la surveillance en réseau du taux de BMR (CONSORES).

La fréquence et régularité des évaluations permet le réajustement régulier des actions d'amélioration.

Le suivi des indicateurs et des résultats est réalisé par le CLIAS, ils sont intégrés dans le tableau de bord global des indicateurs de la Clinique.

A / AGIR

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

L'efficacité des actions est évaluée par le suivi des indicateurs et conduit à réajuster les plans d'actions et à fixer de nouveaux objectifs régulièrement. Pour exemple : Au regard des résultats de l'indicateur ICSHA 3 classé en C en 2018, une EPP a été engagée pour apporter des actions d'amélioration sur le traitement hygiénique par friction. A la suite de l'audit sur la gestion des excréta, il a été décidé de changer tous les abattants des toilettes et d'équiper tous les services de « lave-bassins ».

Le bilan d'activité annuel du CLIAS permet de prévoir les nouveaux audits à réaliser et de fixer les objectifs et plan d'actions pour l'année à venir.

Les actions d'amélioration mises en œuvre et prévues sont articulées avec le PAQSS, notamment la mise en place et le suivi des actions correctives liées aux risques prioritaires. La diffusion des résultats est

assurée en interne auprès des professionnels : aux professionnels, aux médecins, en CME, au CLIAS et en commission des usagers (CDU) et par le journal interne « Notre journal ». Ils sont également accessibles sur l'intranet, un mail est envoyé à tous les professionnels dès qu'un nouveau document y est intégré. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés pour les usagers.

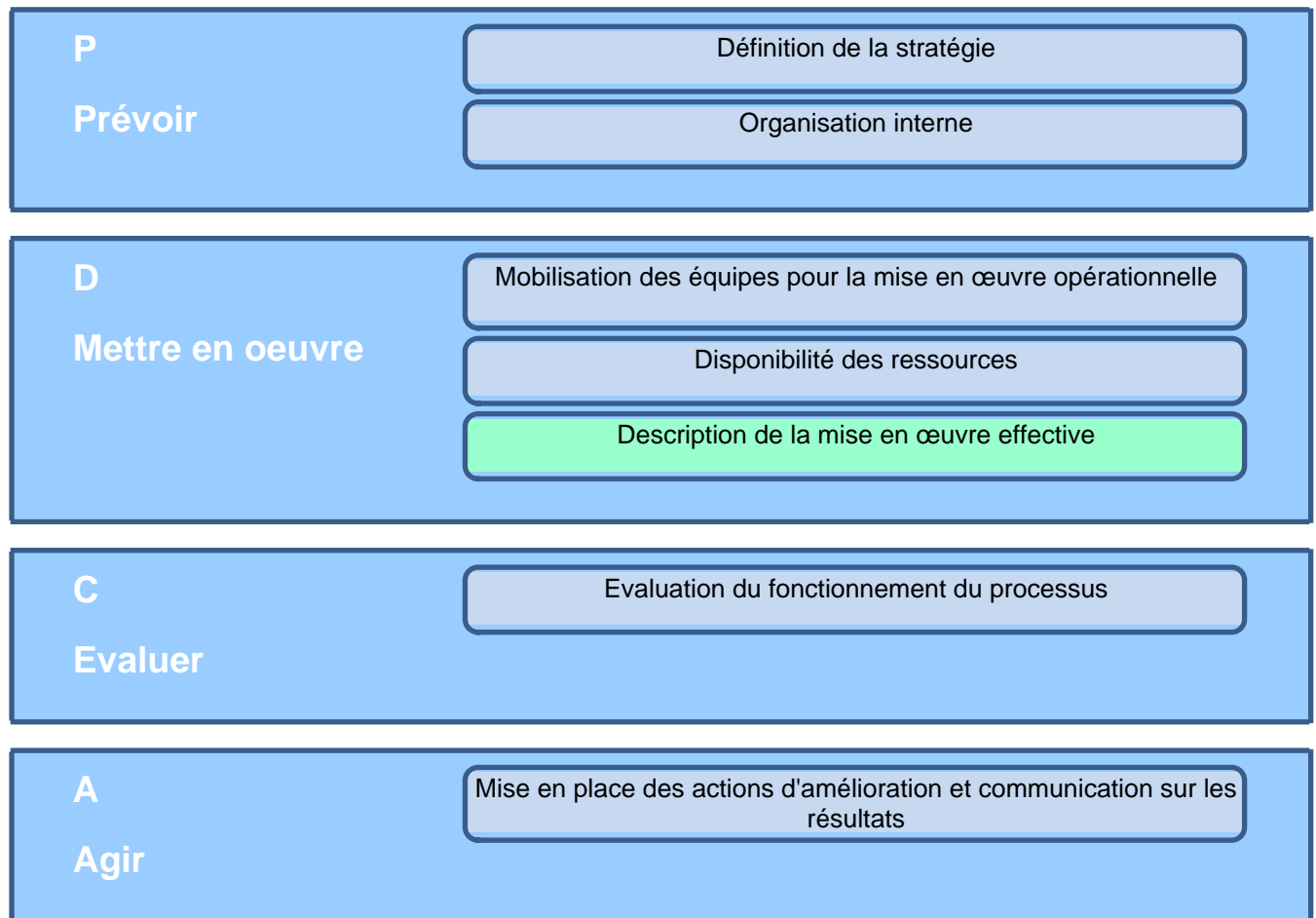
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Sainte Élisabeth s'inscrit dans les valeurs historiques de l'établissement pour développer sa stratégie du respect des droits du patient et s'engager dans ses missions.

« Le projet de la clinique Sainte-Elisabeth est d'œuvrer, avec enthousiasme et bienveillance, à l'accueil des plus démunis, à l'accueil des plus faibles, des plus fragiles, de ceux dont l'existence semble ne plus avoir d'utilité, au travers des deux domaines de prise en charge : les soins palliatifs et l'accueil du handicap lourd ».

Les orientations stratégiques sont définies dans le CPOM (contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens) 2019-2024 et dans le Projet d'Établissement 2019-2024, tous 2 validés par les instances. Les axes principaux sont la bientraitance, l'éthique, et l'écoute pour trouver une alliance avec le patient et son entourage. Ils sont déclinés dans les 3 services de la clinique : USP- unité de soins palliatifs, UVPCA- unité de vie pour personnes à conscience altérée, SDS- soins de suites.

La politique qualité soutient la promotion de la culture de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance. Elle fixe un axe d'amélioration de l'évaluation de la satisfaction des usagers coordonné avec la CDU (commission des usagers).

Ces objectifs sont déclinés dans le règlement intérieur de l'établissement et dans les 3 chartes de la Clinique : Charte des Associations de l'Œuvre du calvaire, Charte de la personne hospitalisée et Charte de bientraitance « Nos Valeurs Institutionnelles et Professionnelles ».

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées, de façon structurée, en groupe pluri-professionnel avec l'implication des usagers en particulier lors de plusieurs CDU. L'établissement a utilisé différents recueils et analyses des données dont les résultats de la certification V 2014 conduite en 2015 où une recommandation d'amélioration avait été formulée pour le droit des patients. Il s'est appuyé sur les résultats des questionnaires de satisfaction, les plaintes et les réclamations, les fiches d'évènements indésirables (FEI), les audits, les démarches d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP), les indicateurs nationaux (IQSS). Il a élaboré une cartographie des risques.

Cette analyse a permis de déterminer 11 risques retenus dans le compte qualité, répartis dans plusieurs thématiques. 4 sont en lien avec le consentement du patient ou de son entourage, 2 avec l'évaluation de la qualité, 2 avec les dommages associés aux soins, 1 avec le respect des libertés, 1 avec le risque de maltraitance, 1 avec le respect de la dignité.

Ces risques ont été hiérarchisés à l'aide des échelles de la HAS. Les risques retenus dans le compte qualité sont enregistrés dans le PAQSS (programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) et les actions d'amélioration correspondantes sont intégrées afin d'en assurer le suivi, les modalités sont prévues. Ce programme est actualisé au cours de réunions trimestrielles du Comité Qualité des Soins.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités du pilotage du processus ont été identifiés. La Directrice des soins, coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins, assure le pilotage. Elle réfère au président de la CME, en particulier à l'occasion des CODIR (comités de direction) restreints qui se tiennent tous les 15 jours. Elle s'appuie sur les cadres de la clinique.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés : effectifs et compétences dans les domaines médicaux, soignants, administratifs, techniques et médicotechniques. La clinique est organisée pour n'avoir aucun recours à l'intérim et assurer la prise en charge par des professionnels ayant connaissance des valeurs de l'établissement. La Directrice des soins est identifiée comme personne chargée des relations avec les usagers. Les médiateurs médicaux et paramédicaux sont identifiés ainsi que des personnes ressources en éthique.

La clinique prévoit la présence régulière de bénévoles, membres d'associations en lien avec les pathologies des patients pris en charge. Elle organise, avec les associations, une aide matérielle aux plus démunis.

Les projets de prise en charge permettent le respect des droits des patients et des libertés individuelles : projet thérapeutique, projet de soins et de vie favorisant l'implication du patient et de son entourage et l'expression de ses préférences, accueil personnalisé et accompagnement de l'entourage.

La gestion des plaintes et réclamations, les modalités d'accès au dossier médical ainsi que le signalement des évènements indésirables sont organisées.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés dans le plan de formation de l'établissement : loi concernant la fin de vie, prise en charge de la douleur, bientraitance, annonce d'un dommage lié aux

soins, etc...

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé, avec remise du livret qualité sécurité, une journée d'observation basée sur le volontariat et un temps d'appropriation du poste.

La CDU dispose d'un règlement intérieur, elle est opérationnelle et remplit ses missions. Un bilan annuel est réalisé et adressé à l'ARS.

Les représentants des usagers (représentants l'Association pour le développement des Soins Palliatifs Provence et JALMALV- Jusqu'à la mort accompagner la vie) participent activement à cette démarche : évaluation de la satisfaction des patients, préparation de la certification, participation au Conseil d'Administration de l'établissement, au CLUD (comité de lutte contre la douleur), au CLIAS (comité de lutte contre les infections associées aux soins) au CQS trimestriel (comité qualité sécurité).

Les ressources documentaires sont identifiées, accessibles et adaptées au fonctionnement du processus. Elles sont disponibles par voie dématérialisée et intègrent notamment les procédures et protocoles adaptés aux prises en charge et aux valeurs de bientraitance et de respect des droits : Promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance- V3-2015 et Présence d'une situation de maltraitance sur personne vulnérable, actions et signalement- V3-2015, Politique de Prise en charge des Personnes Agées- V2 -2019, ou encore respect de la dignité avec la Procédure de Prise en charge du décès du patient- V 5-2016. Le respect de la confidentialité est prévu : Procédure de confidentialité? absolue et non divulgation de présence-V2-2019 . La prise en charge de la douleur est organisée, en particulier la douleur associée aux soins avec de nombreux documents dont Traitement de la douleur V7-2019 ou Prise en charge du Positionnement des patients V1 – 2015.

Elles concernent aussi les procédures de demande de communication de dossier patient et l'information du patient en cas de dommage lié aux soins (V1 de 2015).

Le livret d'accueil, remis lors de l'admission, informe le patient. Il contient de nombreux documents sur les droits, sur la désignation d'une personne de confiance, sur la possibilité de faire connaître ses directives anticipées et sur la prise en charge de la douleur, ainsi que sur les missions et le fonctionnement de la CDU.

Les professionnels disposent de locaux, de matériels et d'équipements opérationnels et conformes aux activités déployées. Pendant les travaux de rénovation, l'établissement s'est organisé pour préserver tous les droits des patients, en particulier, intimité et confidentialité. Les services disposent d'outils informatiques : ordinateurs fixes et portables avec un accès à internet. Ces ressources permettent et facilitent le respect des droits des patients : libertés individuelles, dignité, intimité. Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité de l'identité et des données informatisées relatives aux données médicales des patients.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée et facilitée par la taille de l'établissement, la concertation entre les professionnels est prévue et régulière.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés à l'existence de plans d'actions spécifiques aux prises en charge réalisées et aux droits du patient, en déclinaison du PAQSS institutionnel.

Ils connaissent les objectifs fixés par l'établissement (bientraitance et écoute, projet thérapeutique, de soins et de vie, réunions pluri-professionnelles dites de relève...).

Les professionnels d'encadrement et de coordination s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures, protocoles et consignes : écoute, consentement du patient, respect de la dignité, bientraitance et prévention de la maltraitance.

Ils favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès des équipes par des informations régulières : réunions pluri disciplinaires organisées au moins chaque semaine dans les 3 services, sensibilisation des professionnels sur les procédures, sur l'identification des situations à risques et échanges sur les actions à mettre en œuvre. Ils utilisent également les audits qu'ils mènent de façon régulière, en particulier dans le cadre des EPP - contention au lit et nursing des sujets avec troubles de conscience.

L'implication des équipes en matière de signalement des EI est effective et l'incitation à la déclaration par les cadres est continue. Le signalement est réalisé dans le logiciel réservé, disponible dans les services.

Des actions correctives sont identifiées et mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, FEI, plaintes ou réclamations, les points négatifs des questionnaires de satisfaction étant considérés comme des réclamations). Les résultats sont partagés avec les équipes.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement en lien avec les professionnels concernés et elles sont toutes examinées en CDU, qui propose des actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les équipes. Les personnels soignants et médico-sociaux, les personnels administratifs se coordonnent afin de proposer un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage. Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge, les professionnels en poste sont formés. Les médecins sont tous titulaires de diplômes spécialisés (DU) tels que soins palliatifs, éthique, ou prise en charge de la douleur... L'information des nouveaux

professionnels lors de leur intégration, sur les différentes notions relatives aux droits des patients est soutenue.

Les formations des professionnels sur la dimension des droits des patients sont régulières et inscrites dans le plan de formation annuel.

Elles peuvent être du type micro-formations ciblées de 20 à 30 minutes, ou des séances formalisées de 1h dispensées en interne, ou des sessions longues, voire diplômantes dispensées en externe. Elles intègrent notamment les notions de soins palliatifs, de bientraitance et droits des patients, de douleur, d'éthique ... La grande majorité des professionnels bénéficie chaque année, des sessions d'1H (soins palliatifs, douleur, bientraitance, annonce d'un dommage). Un cycle de formation Humanitude® est débuté et sera poursuivi. Il a permis aux professionnels en ayant bénéficié (1/4 des soignants) d'en partager des éléments à leurs collègues.

Le parcours des nouveaux arrivants apporte les informations nécessaires à la maîtrise des valeurs institutionnelles d'écoute et de bientraitance. Il faut noter que de nombreux professionnels ont été stagiaires dans l'établissement avant leur recrutement.

Les professionnels ont à leur disposition les protocoles ou procédures portant sur les droits des patients : procédure d'information, de désignation d'une personne de confiance, d'annonce de dommage associé aux soins, bientraitance et dépistage de maltraitance sur une personne vulnérable (V3-2015), douleur (V7-2019) ... Ces documents, actualisés, sont consultables dans la gestion documentaire dématérialisée.

L'information du patient est assurée par quelques documents (livret d'accueil, notice d'information – livret d'alimentation) et principalement par les échanges réguliers avec son médecin référent et par les professionnels présents, ce qui a été confirmé lors des rencontres dans les services par les experts visiteurs. Le renforcement de l'autonomie résiduelle du patient pour respecter sa dignité est assuré, par exemple à l'occasion des repas où des plateaux « petit appétit » sont proposés et où des mesures de « manger-mains » sont mises en place.

Les matériels et équipements favorisent le respect des droits des patients en matière de respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité des données. L'installation d'un rideau à l'entrée des chambres en USP, et progressivement en SDS, permet de conjuguer la demande de contact des patients en gardant la porte ouverte et leur intimité en masquant le lit aux regards depuis le couloir. Les professionnels sont consultés pour choisir les dispositifs et matériels adaptés et un service pilote les teste avant l'achat.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est opérationnel, adapté et fonctionnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels et les équipes connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des droits du patient. Les valeurs d'écoute et de bientraitance sont partagées et appliquées par tous les professionnels, ce qui a été mis en évidence au cours des visites terrain des experts et des entretiens avec les membres de la CDU.

Les responsables s'assurent de la connaissance et du respect par les professionnels des règles, procédures et protocoles, de la mise en œuvre de l'organisation établie, du respect des circuits définis ainsi que de la traçabilité des actes et des vérifications dans le dossier du patient.

La coordination des professionnels autour des droits des patients se fait lors des différentes réunions et rencontres périodiques et par des transmissions régulières. Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) y sont abordées de manière pluridisciplinaire. Le comité éthique se réunit à fréquence soutenue : 6 réunions par an, réparties en réunions restreintes réservées aux réflexions fondamentales, et plénières réservées aux études de cas. Les professionnels bénéficient au moins une fois par mois de séances de supervision assurées par un psychologue extérieur à la clinique, les responsables étant convaincus que des soignants bien traités sont bien traitants.

Les professionnels s'organisent pour préserver et assurer au mieux la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales détenues. L'accès au dossier médical est sécurisé, par un code d'accès personnel régulièrement modifié. Toutefois, la confidentialité des données médicales n'est pas totalement assurée, lors de la préparation de l'admission. En effet, lorsqu'une admission est programmée par la cellule de régulation des lits, après accord médical, la demande d'admission qui contient des informations médicales est envoyée par mail au bureau d'accueil, au bureau des admissions, au cadre, au médecin, au service d'hébergement, à la pharmacienne et à la diététicienne, ce qui n'est pas conforme à la procédure. Cette anticipation favorise la préparation de l'accueil. L'établissement a pris conscience du risque de diffusion d'informations confidentielles à des professionnels n'y ayant pas accès, au cours de la visite des experts. Il a mis en place une action immédiate : rédaction d'une FEI, analyse avec les professionnels, révision de la procédure d'admission, diffusion auprès de la cellule de régulation et information orale des professionnels concernés.

L'information des patients sur ses droits et sur les missions de la Commission des Usagers est expliquée lors de l'admission et par la remise du livret d'accueil. Le recueil du consentement du patient à sa prise en charge est assuré.

Le projet de prise en charge, le recueil initial des données, le projet de soin et l'organisation des pratiques permettent le respect des libertés individuelles et de la confidentialité des informations

médicales détenues.

La participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé est organisée et effective à chaque étape de la prise en charge. Le patient est informé de son état de santé et des soins proposés.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients, y compris lors des soins d'hygiène, sont assurés. Par exemple, des affichettes ont été mises en place pour expliciter les règles pour frapper à la porte de la chambre.

La désignation d'une personne de confiance est recherchée et tracée.

Les modalités concernant la possible déclaration de situations de maltraitance font l'objet d'une procédure spécifique intégrée dans la gestion documentaire de l'établissement.

Le recueil de l'éventuelle existence de directives anticipées est réalisé, auprès du patient, lors de la visite d'admission et sa traçabilité est assurée. Une information est mise à la disposition du patient dans le livret d'accueil. L'établissement, en USP, a choisi de tracer les objectifs et difficultés du patient dans son projet thérapeutique plutôt que de chercher la formalisation des directives anticipées.

La gestion des mesures de restriction de liberté fait l'objet de la mise en place de protocoles personnalisés appliqués. L'établissement a mis en place un dispositif de magnets qui sont transmis entre prescripteurs et soignants et qui permettent un partage exhaustif des règles à appliquer entre tous les professionnels médicaux et paramédicaux.

Le recueil du consentement éclairé et éventuellement du refus de soins et la participation du patient sont tracés dans le projet thérapeutique, de soins ou de vie.

Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins est en place.

Le soutien du patient et de son entourage dans les situations qui le nécessitent est assuré par l'ensemble des équipes dans leurs différents champs d'activité : en particulier médecins, assistantes sociales, psychologues. La tenue des « cafés-familles » en SDS, ou des « apéritifs familles » en UVPCA, représentent un temps fort d'échanges informels avec les professionnels et entre les proches. La présence de soins particuliers -music-thérapie et art-thérapie- renforcent la bienveillance.

L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis pour en évaluer la typologie et le délai de réponse.

Les circuits et les interfaces entre secteurs sont opérationnels grâce aux DPI et au système documentaire.

Les membres du CODIR restreint présentent le bilan des signalements d'événements indésirables, des plaintes et réclamations, de la satisfaction des patients aux représentants des usagers lors des réunions et du bilan annuel de la CDU.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et l'équipe l'ayant pris en charge, a permis de conforter les éléments recueillis au cours de l'audit du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus Droits des patients sont assurés conjointement, de façon structurée et périodique, par le CODIR restreint, la CME et avec la CDU.

L'évaluation et le suivi sont assurés en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés aux spécificités de l'établissement et articulés avec le programme d'actions institutionnel (IQSS, HN, indicateurs propres à l'établissement), le taux de retour des questionnaires de sortie (près de 80%), les plaintes et les réclamations, les éloges qui sont adressées aux équipes concernées et dont un florilège est transcrit dans la revue institutionnelle « Notre Journal ».

Le niveau de satisfaction des usagers est évalué et les analyses sont réalisées en lien avec la CDU. Des éléments particuliers sont pris en compte : enquête de satisfaction des familles en UVPCA réalisée avec les professionnels. Les représentants des usagers incitent les patients et leur entourage à renseigner les questionnaires de satisfaction. Ces résultats donnent lieu à des réajustements des plans d'amélioration. L'établissement considère les points négatifs des questionnaires de satisfaction comme des réclamations et les traite comme telles.

L'établissement suit également le nombre de demandes de dossiers médicaux et les délais de réponse (environ 3/an avec retours dans les délais conformes à la réglementation).

Deux EPP, en étape 4, sont suivies.

- La contention au lit, dont les audits ont été faits 3 fois pour évaluer les actions mises en place après chacun d'entre eux.

- la nursing pour les patients présentant des troubles de la conscience, qui a conduit par exemple à l'affichage des photos du positionnement adapté à chaque patient dans sa chambre, tout en respectant la confidentialité.

Le bilan d'activité annuel de la CDU est élaboré et communiqué à l'ARS

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

Le suivi des actions d'amélioration et les résultats des indicateurs sont intégrés et articulés dans le PAQSS et le Compte Qualité. Un réajustement au moins annuel du PAQSS et du Compte Qualité est prévu par le comité qualité sécurité (CQS) avec la Direction et la-CME en fonction des résultats obtenus en collaboration de la CDU. De nouvelles actions d'amélioration sont enregistrées. Le compte qualité est largement diffusé et représente l'outil de communication aux professionnels. Le PAQSS est l'outil de suivi institutionnel du service qualité et du CQS. Des actions de communication interne, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers (affichage interne, revue « Notre journal », réunions d'équipe). Des actions de communication externe sont également réalisées au congrès national de la Société Française des soins palliatifs (communications orales, par exemple sur la dignité jusqu'à la toilette mortuaire, et posters) ou au cours de rencontres régionales (Association des soins palliatifs 13).

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

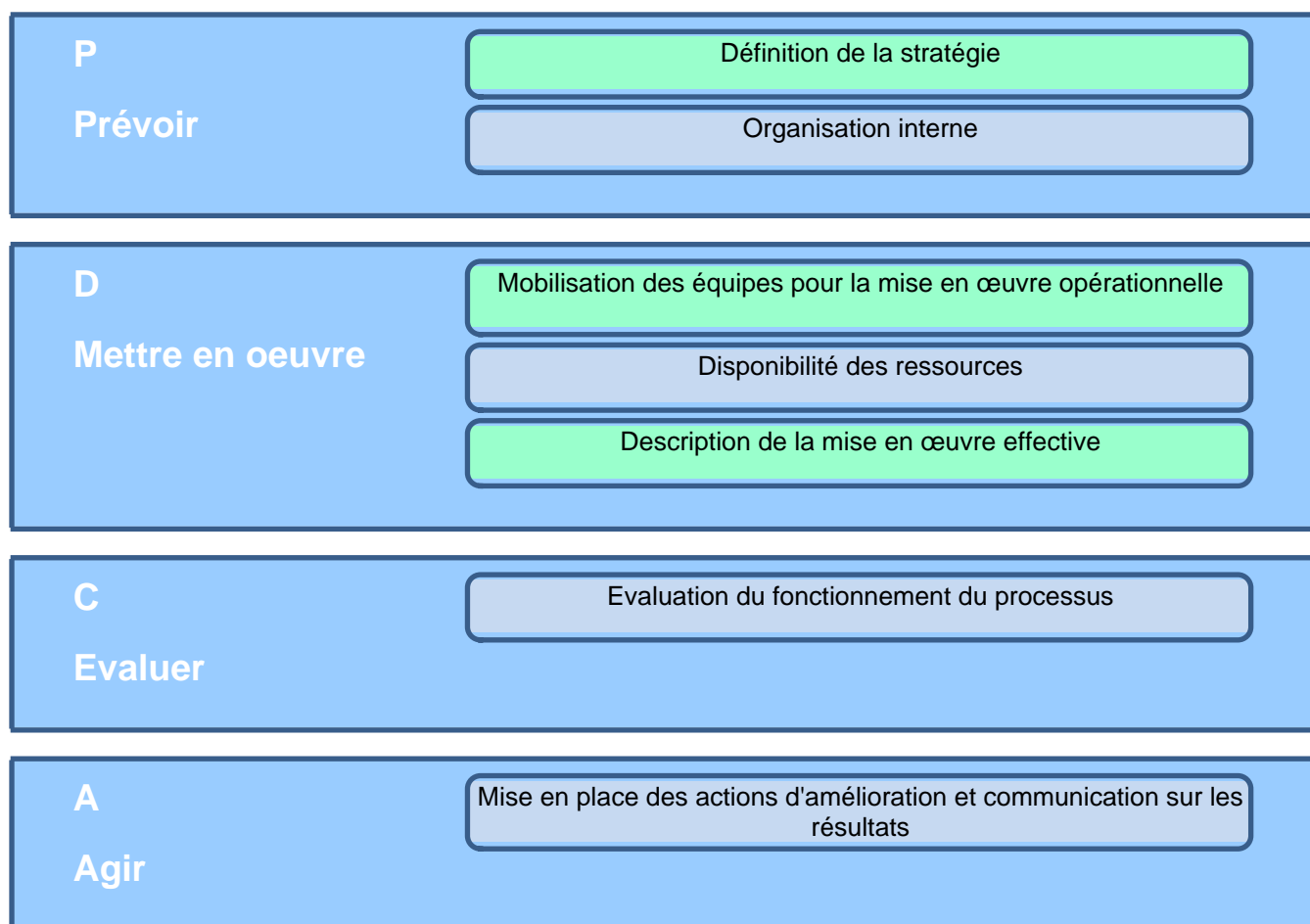
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie et des objectifs pour définir le parcours des patients à la Clinique Sainte Élisabeth. Le parcours du patient est un élément clé de la stratégie d'établissement et les besoins de la population sont pris en compte en conformité avec les autorisations d'activité dont il dispose et avec l'histoire de l'établissement qui a été créé pour les « incurables ». Il s'agit « de ceux dont l'existence semble ne plus avoir d'utilité, au travers des deux domaines de prise en charge : les soins palliatifs et l'accueil du handicap lourd ».

Les orientations stratégiques se retrouvent dans le CPOM 2019-2024 centré sur les populations souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées et/ou handicapées, les situations de précarité.

Le projet d'établissement 2019/2024 définit 2 axes principaux : « Consolider notre place et notre mission » et « Poursuivre notre ouverture sur le monde : amélioration de la fluidité des parcours ». Et le projet qualité gestion des risques précise encore ces objectifs : « favoriser l'expression des attentes de la personne ». Tous les documents ont été validés par la CME (conférence médicale d'établissement) et la CDU (commission des usagers) qui a participé aux travaux préparatoires.

La prise en charge des populations ciblées est prévue en USP (unité de soins palliatifs) ou en SDS (soins de suite) et pour les personnes lourdement handicapées en UVPCA (unité de vie pour personnes à conscience altérée). L'intégration d'une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) dans l'établissement est un point fort pour la Clinique, pour assurer le partage des compétences et permettre de faire bénéficier certains patients d'équipements particuliers (comme la salle Snoezelen ou les bains thérapeutiques).

L'évaluation des risques a été validée en groupe pluri-professionnel à partir des résultats des indicateurs nationaux, des questionnaires de satisfaction, des réclamations et des fiches de déclarations d'événements indésirables. 14 risques ont été identifiés, dans les thématiques balayant le parcours des patients : activité de SSR, coordination des professionnels et prise en compte des attentes du patient et de son entourage, sortie, mais aussi troubles nutritionnels, prise en charge des urgences vitales ou encore risque suicidaire. Ils sont inscrits dans une cartographie des risques, enregistrés conjointement dans le PAQSS institutionnel et dans le Compte Qualité (CQ). Ce programme est actualisé au cours de réunions trimestrielles du Comité Qualité des Soins.

La stratégie d'amélioration y est déclinée. Les modalités de suivi sont prévues.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus. Le pilotage stratégique est assuré par le Directeur, le Président de la CME et la Directrice des Soins désignée coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins. Ils sont assistés pour le pilotage opérationnel par les cadres de l'établissement. Leurs responsabilités sont formalisées dans des fiches de mission.

L'établissement organise la réponse à ses besoins, en fonction de ses missions et des risques identifiés.

La prise en charge des populations accueillies est structurée. Les programmes de prise en charge sont prévus de façon spécifique en USP, en SDS et en UVPCA.

L'organisation du parcours du patient est prévue : entrée programmée, projet et prise en charge personnalisés coordonnés, et sortie est préparée dès qu'elle est déterminée par le projet personnel.

De nombreuses conventions, régulièrement actualisées sont signées pour fluidifier le parcours dans l'établissement : avec le laboratoire de biologie ou encore des structures de soins particuliers -art-thérapie, zoo-thérapie, et entre établissements avec plusieurs services adresseurs et des structures extérieures tels le réseau RéSP13 de soins palliatifs, et la télémédecine.

Le CLAN (comité de liaison alimentation nutrition) est organisé et structuré. Il dispose d'un règlement intérieur, se réunit 3 fois par an. Il propose des actions originales, respectant les spécificités des populations accueillies, comme les plateaux « petit appétit » ou la technique du manger -mains.

Les ressources humaines sont définies pour assurer la continuité de la prise en charge. La continuité des soins médicaux est prévue sous la forme d'astreintes sur un planning prévisionnel diffusé. Les paramédicaux ont un planning et les remplacements sont organisés afin de permettre la poursuite des prises en charge, toute absence est remplacée sans recours à l'intérim par fidélisation des vacataires.

Les compétences des professionnels sont prévues pour toutes les typologies de patients pris en charge. Les équipes médicales et para médicales pluriprofessionnelles sont formées. L'équipe soignante est composée d'infirmiers et d'aide-soignants assistés par des agents de service. L'équipe rééducative est pluri-professionnelle (Kinésithérapeutes, Enseignants APA, Psychologues, Assistantes sociales, Diététicienne, Psychomotriciens, Art-thérapeutes, Moniteurs éducateurs, Auxiliaires médico-psychologiques, Orthophonistes, Ergothérapeutes...). Une cellule de régulation des lits est structurée. Une équipe territoriale de soins palliatifs, membre du réseau RéSP13, est installée dans la clinique.

Les professionnels bénéficient de formations programmées sur un plan annuel.

Le livret démarche qualité et sécurité des soins, remis à chaque nouvel arrivant décline les objectifs principaux. La fiche concernant le parcours insiste sur l'identitovigilance et la continuité de la prise en charge. Le CLAN assure des formations.

L'organisation prévoit les ressources matérielles. Les équipements permettent la prise en charge des patients tout au long de leur séjour : tels que des chambres simples avec salon attenant pour les familles en USP et salon des familles dans les autres services et des salles de rééducation équipées. Le matériel de prise en charge de l'urgence vitale est prévu.

Les ressources documentaires sont dématérialisées. De nombreuses procédures pour organiser le parcours du patient dans l'établissement ont été rédigées : par exemple, Prise en charge en urgence vitale, Fiche de fonction de la secrétaire de médicale gestion de flux patients v2/2019, Procédure d'organisation de la sortie du patient v7/2019, Évaluation des besoins du patient et mise en place du projet de soins personnalisé v2/2019

La gestion des interfaces et des circuits est facilitée par la taille de l'établissement. La concertation entre professionnels est organisée grâce aux réunions pluriprofessionnelles prévues dans tous les secteurs à un rythme variable selon les services. Cela permet une articulation cohérente des missions au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés.

Ils s'assurent à l'occasion des réunions régulières pluriprofessionnelles et des réunions de transmissions inter-équipes dites « relèves » bi quotidiennes, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Le parcours de l'admission jusqu'à la sortie est suivi pour assurer la meilleure prise en charge des patients.

La prise en compte des troubles nutritionnels est suivie par tous les professionnels. Le poids est enregistré à un rythme défini selon les patients. Il est en de même pour les bilans biologiques.

La réunion pluri-professionnelle régulière permet de faire une synthèse générale du projet de chaque patient. Elle renforce la coordination interdisciplinaire et la continuité de la prise en charge, grâce à la présence de l'ensemble des professionnels et des cadres qui assurent le suivi du patient. C'est le lieu des analyses bénéfice – risque par exemple pour l'arrêt de l'alimentation ou de certains soins.

L'encadrement suit régulièrement les indicateurs obligatoires ainsi que les résultats des audits et les plans d'actions prévus. Il utilise ces audits, en particulier des EPP, pour renforcer la mobilisation des équipes.

Les résultats sont transmis aux équipes par affichage, au cours des réunions d'équipe et dans le journal institutionnel « Notre journal ».

Des actions correctives sont identifiées à l'occasion des réunions bi mensuelles en Codir restreint.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans tous les secteurs.

Les effectifs présents sont adaptés aux pathologies prises en charge et répartis dans les catégories professionnelles qui permettent de répondre aux besoins des patients : les médecins sont tous titulaires de diplômes spécialisés (soins palliatifs, prise en charge de la douleur, antibiothérapie, hygiène, éthique, soins psychiatriques...). Plusieurs professionnels paramédicaux ont également suivi des DU (plaies-cicatrisation, douleur) ou des formations spécialisées (hygiène).

L'établissement assure un planning des professionnels.

Le plan de formation est décliné pour renforcer les compétences des professionnels pour améliorer le parcours des patients. Les médecins ont des réunions de formation dites « les mardis cliniques » au cours de laquelle ils approfondissent des sujets entre eux et si besoin avec un expert externe. Des micro formations de 10-15 minutes sont réalisées par un responsable en fonction des besoins et demandes, des formations courtes de 1h sont régulièrement proposées. Une formation sur le risque suicidaire est assurée tous les 2 ans pour l'ensemble des professionnels. Des formations internes et externes sont assurées pour la prise en charge des troubles nutritionnels. Le suivi des formations AFGSU est assuré afin de procéder aux recyclages en temps utile. Un plan est formalisé chaque année.

Les ressources documentaires, actualisées, sont disponibles dans le système de gestion documentaire dématérialisée. Par exemple, le livret d'Alimentation (version 4 de 2019) rédigé avec le CLAN, la CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques) et la COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux) est disponible pour tous les professionnels et la partie utile est remise par la diététicienne aux aidants si besoin. Les procédures sont disponibles pour la mise en oeuvre du parcours du patient (admission, entrée, sortie...)

Les ressources matérielles nécessaires sont disponibles. Les salles de rééducation sont équipées du matériel nécessaire à la rééducation et de nombreuses aides techniques sont disponibles.

Les soins requis sont dispensés dans des locaux adaptés : par exemple, dans des chambres individuelles équipées de rideaux d'intimité en USP. Le matériel pour assurer la prévention des escarres- matelas adaptés, et pour faciliter les transferts des patients- rails plafonniers est opérationnel. Il a été choisi en concertation avec les professionnels après test dans un service pilote.

Le matériel nécessaire à la prise en charge des urgences vitales est opérationnel et contrôlé. Un plan de maintenance est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour que le parcours du patient soit totalement fluide.

Le parcours du patient est tracé dans le dossier du patient depuis la préparation de l'admission jusqu'à la sortie. L'entrée est programmée par la cellule de régulation des lits avec aval des médecins responsables de service. Elle est organisée avec tous les services de la Clinique Ste Élisabeth : accueil, admission, service d'hébergement - médecin, cadre et équipe. La préparation de la sortie est prévue dès que possible.

Les médecins libéraux peuvent faire une demande d'admission grâce à un formulaire disponible sur le site internet de la clinique, ces demandes sont priorisées pour éviter qu'un patient ne soit en impasse thérapeutique. En UVPCA, l'admission est plus spécifique : une visite est assurée par l'équipe dans le service adresseur et une rencontre est proposée à l'entourage dans l'unité UVPCA avant l'admission.

Les différents acteurs procèdent à l'admission programmée, en respectant l'identitovigilance dès l'accueil administratif. L'évaluation initiale médicale et paramédicale, est réalisée dès l'entrée. Cette évaluation comporte toujours une évaluation de la douleur, afin d'assurer la prise en charge la plus adaptée ce qui est une des priorités de l'établissement.

Dès lors, la prise en charge des troubles nutritionnels est initiée : le suivi du poids est régulier et tracé dans le dossier sauf pour les patients en USP ou en soins palliatifs en SDS où le suivi du poids est spécifique aux envies des patients, et le suivi des ingestas est systématique. L'évaluation des troubles de la déglutition est assurée par l'orthophoniste en UVPCA et autant que de besoins dans les autres services. Le risque suicidaire est systématiquement pris en compte à l'entrée et le recours à la psychologue est facilité.

Néanmoins, le dispositif de prise en charge des urgences vitales n'est pas totalement adapté. En cas d'urgence vitale, tous les professionnels rencontrés déclarent appeler le médecin de l'unité ou à défaut celui qui le remplace. Aucun ne connaissait la procédure actuelle, qui préconise l'appel au 15 et cette procédure n'est affichée dans aucun service. Cette situation induit un risque de défaut de prise en charge. En effet, l'attitude à adopter en cas d'urgence vitale est spécifique dans l'établissement où elle diffère selon les patients. En USP, tous les patients sont dans une situation médicale de fin de vie. En revanche en UVPCA comme en SSR, chaque patient a un projet thérapeutique ou de vie différent et les modalités de prise en charge en cas d'urgence vitale sont tracées dans leur dossier. Toutefois, pour répondre aux besoins, il faut noter que les malles d'urgence sont disponibles et contrôlées dans les 3 services. L'établissement a pris conscience du risque pendant la visite des experts et a rédigé une nouvelle procédure, conforme aux pratiques en place, qui doit être diffusée et que les professionnels doivent s'approprier. Le projet de soins personnalisé est envisagé dans la conclusion de l'examen médical si possible et précisé au cours de la 1^o réunion pluriprofessionnelle. Il s'agit d'un projet complexe associant, projet thérapeutique, projet de soins et projet de vie.

Le patient en est informé, son adhésion est recherchée et tracée dans la conclusion médicale qui notifie les objectifs et difficultés du patient.

L'éducation du patient est assurée selon ses besoins. Quelques actions sont mises en place pour formaliser la nutrition avec les aidants au moyen de fiches proposées par la diététicienne. Les rééducateurs assurent un accompagnement pour le bon usage des aides techniques.

Les décisions sont notées en temps réel dans le DPI, dans lequel chaque intervenant enregistre les éléments utiles.

La préparation de la sortie est anticipée dès l'initiation du projet. L'entourage et l'assistante sociale sont sollicités selon les besoins. Tous les documents de sortie sont remis au patient pour faciliter son suivi. Une check liste est formalisée dans le DPI et renseignée au fur et à mesure de l'évolution.

Les patients sont orientés vers les structures sanitaires et médico-sociales existantes si nécessaire. La présence dans l'établissement de l'équipe territoriale de soins palliatifs dépendant du réseau RéSP 13 facilite les retours à domicile souhaités pour la fin de vie.

La coordination interprofessionnelle et les interfaces entre secteurs, sont facilitées par l'architecture et la taille de l'établissement qui participent à la fluidification du parcours. Les échanges informels sont réguliers. Les réunions interprofessionnelles régulières et programmées encouragent le travail en équipe.

La notion de bénéfice risque est prise en compte dans les décisions thérapeutiques et les choix sont tracés dans le dossier du patient par le médecin.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et l'équipe l'ayant pris en charge a confirmé les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation de l'ensemble du processus parcours de façon régulière et selon une périodicité programmée.

Le CoDIR restreint suit chaque quinzaine ses résultats quantitatifs : étude des populations admises et non admises, délais d'admission par rapport aux demandes...

L'établissement suit les indicateurs nationaux, tels troubles nutritionnels, douleur et met en place les actions d'amélioration.

Il évalue la mesure de la satisfaction des patients grâce aux questionnaires de sortie dont le taux de retour est de près de 80%. Il mesure de façon spécifique la satisfaction des familles en UVPCA. Le CLAN assure des évaluations : suivi en temps réel de la conformité des plateaux au régime prévu et enquête en cuisine avec le COCLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales inter-établissement).

1 patient traceur a été analysé en 2018 dans chaque service et l'analyse des résultats a été présentée à tous les professionnels.

Des exercices sont réalisés dans une "chambre des erreurs".

Les fiches d'événements indésirables sont prises en compte et elles peuvent donner lieu à des analyses et des CREX/REX. Les éléments négatifs des enquêtes de satisfaction sont considérés comme des réclamations.

Une EPP sur la sortie est en place depuis 2016 (3^e audit pour évaluer les actions d'amélioration mises en place). Plusieurs EPP sur la prise en charge de la douleur sont en cours depuis de nombreuses années (douleurs neuropathiques, douleurs induites par les soins, épargne morphinique). La Clinique suit ainsi plus de 10 indicateurs intégrés au tableau institutionnel de suivi des indicateurs.

A / AGIR

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

Le plan d'actions, suivi par les pilotes sur l'ensemble du processus, résulte de tous les audits et analyses réguliers. Il est régulièrement revu pour fixer de nouveaux objectifs. Il est enregistré dans le PAQSS et le CQ, celui-ci étant l'outil de communication aux professionnels, ce qui a été confirmé au cours des visites de terrain. Chaque CME fait un point qualité ciblé sur une avancée des travaux en cours.

La communication est assurée et les résultats sont diffusés aux professionnels, au cours des réunions d'équipe internes aux services. Des réunions générales invitant tous les professionnels sont organisées plusieurs fois par an. Les responsables assurent un affichage et la revue « Notre Journal » est régulièrement distribuée.

La semaine de sécurité des patients est l'occasion de renforcer la communication.

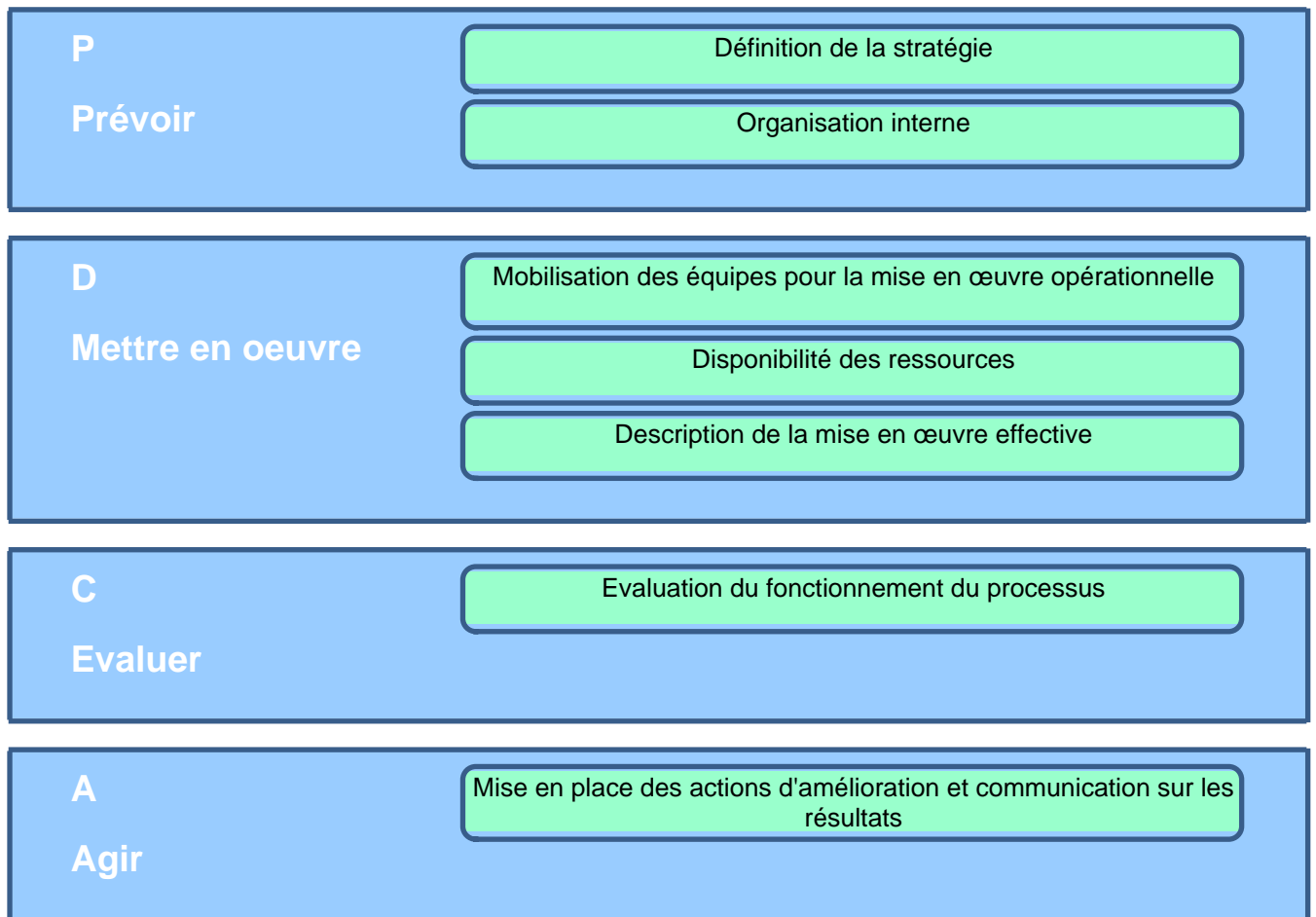
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Sainte Élisabeth a défini sa stratégie de gestion du dossier du patient. La politique du dossier patient est inscrite dans le projet d'établissement 2019-2024. Celui-ci comporte un chapitre sur le projet du système d'information (SI), qui rappelle que le dossier patient est informatisé (DPI) depuis 2011, et qui fixe comme objectif d'accompagner l'augmentation d'activité avec un niveau de qualité identique. Il précise que le DPI, permet d'assurer la continuité des soins et représente le support du projet thérapeutique. Le projet SI est adossé au projet médical et de soins qui renforce l'objectif « de permettre une consultation par tous et pour tous pour assurer la sécurité des soins et respecter la confidentialité ». La politique qualité définit comme axe 2 la sécurisation du système d'information.

Le DPI est articulé avec la politique de sécurité du système d'information et de son plan de reprise d'activité. L'ensemble de ces projets et politiques a été validé par toutes les instances, dont le projet SI validé par le conseil d'administration en janvier 2018.

La méthodologie d'identification et d'évaluation des risques a été conduite de façon structurée et identique pour l'ensemble de la démarche. Cette stratégie portée et validée par la Direction et la CME (conférence médicale d'établissement) est déclinée par les membres du CODIR restreint (comité de direction) auprès des professionnels de l'établissement.

Un groupe pluri-professionnel a identifié les risques, les niveaux de maîtrise permettant de définir les axes majeurs, les risques prioritaires, les objectifs d'amélioration et les plans d'actions. La démarche de priorisation des risques a été réalisée avec les échelles HAS. L'identification a été élaborée à partir des résultats de la certification V2014 réalisée en 2015, des fiches d'événements indésirables, des résultats des audits, des indicateurs nationaux IQSS et Hôpital Numérique.

Le compte qualité (CQ) comporte dans cette thématique quatre risques : le risque de défaut de complétude du dossier, l'absence de documents d'identification du patient fiables à l'admission, le défaut d'accès au DPI, l'absence de mise à jour des documents de sauvegarde en cas de panne informatique. Ces risques sont déclinés avec des actions d'améliorations.

Les actions sont regroupées dans un Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), validé par la Direction et la CME et porté par le CODIR restreint et le Comité de la Qualité des Soins (CQS). Il est structuré avec des objectifs et des actions associées. Les modalités de suivi et l'état d'avancement sont prévus. Ce programme est actualisé simultanément dans le CQ et le PAQSS au cours des réunions trimestrielles du CQS.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités du pilotage du processus ont été identifiés et formalisés dans les fiches de missions des professionnels. Le pilotage du dossier est conduit par un cadre, désigné responsable du SI depuis 2015. Il suit ainsi tous les projets SI par pôles avec leurs responsables (finance, logistique, pharmacie..). Une coordination pour les questions stratégiques et d'investissement est définie par des points d'étape réguliers avec le Président de la CME et avec le CODIR.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement a prévu les ressources en effectifs et compétences permettant d'assurer la mise en œuvre opérationnelle. Le cadre pilote est la personne ressource pour tout problème lié au DPI. Le prestataire externe est en appui pour les éléments techniques. La formation est structurée, depuis la mise en place du DPI des formations régulières ont été organisées et depuis 1 an, les modalités prévues ont été modifiées pour mieux répondre aux besoins des professionnels. La formation des nouveaux arrivants est organisée. Les nouveaux projets du SI sont définis et prévus en groupe sous forme de séminaires de 2 ou 3 jours (3 depuis 18 mois). Une gestion des habilitations par profil selon le groupe professionnel ainsi que des mots de passe est organisée. La responsable qualité a été désignée déléguée à la protection des données en mai 2018.

Les ressources documentaires (procédures et protocoles) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein de la gestion documentaire dématérialisée. Elles concernent, entre autres, le processus système d'information (V3-2018), la tenue du dossier patient (V2-2019), et le protocole d'accès au dossier médical (V4-2018). Un guide pratique d'utilisation du dossier patient, spécifique à chaque profession, reprend les règles de gestion du DPI. Les règles d'accès sont définies et sécurisées.

Le DPI est informatisé pour l'ensemble des secteurs à l'aide d'un logiciel unique. Les résultats de biologie, réalisés par un laboratoire extérieur, sont intégrés automatiquement dans le DPI. Les données du dossier patient font l'objet d'une sauvegarde régulière. Une procédure dégradée en cas de panne informatique existe et le plan de reprise d'activité est établi.

Pour les documents papier venant de l'extérieur, l'organisation prévoit de les intégrer au dossier patient.

Une organisation est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier. Elle est précisée dans le livret d'accueil et la charte de la personne hospitalisée.

Les ressources matérielles (locaux de sauvegarde des données, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement. Des matériels informatiques fixes et mobiles sont déployés dans tous les secteurs. Un prestataire externe gestionnaire des données de santé assure l'archivage des dossiers

papiers antérieurs au DPI.

La gestion des interfaces et la connexion des applications sont organisées et finalisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le dossier patient est le socle du partage des informations et tous les professionnels sont concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés à l'existence de plans d'actions spécifiques à leur secteur d'activité, en déclinaison du PAQSS. Le déploiement des plans d'actions et leurs mises en œuvre sont assurés par les professionnels d'encadrement.

Les responsables des services communiquent auprès de leur équipe sur les règles de gestion et de tenue du dossier. Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés par des informations régulières : réunions d'équipes, réunions pluri-professionnelles hebdomadaires ou bi hebdomadaires, réunions générales proposées 3 fois par an et affichage dans les locaux.

Au-delà du volet traçabilité dans le DPI, les responsables mettent en exergue le lien avec les autres thématiques : parcours du patient, droits, ou encore prise en charge médicamenteuse.

La conformité des pratiques est vérifiée par une supervision régulière assurée par le cadre pilote du processus ainsi que la réalisation d'audits ciblés et par les résultats des campagnes nationales IQSS. Les cadres utilisent les audits, dont les patients traceurs, réalisés dans chaque service au moins une fois par an pour renforcer la sensibilisation des professionnels. Des actions correctives sont identifiées suite à la déclaration de dysfonctionnements via les FEI, les audits ou les non conformités révélées par les campagnes IQSS.

Elles sont identifiées et suivies avec la participation effective des professionnels. Les résultats sont partagés avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles. Le cadre pilote est la personne ressource pour le DPI. Il assure la formation à l'utilisation du DPI des professionnels, dont les nouveaux arrivants. Le cadre pilote a assuré des sessions systématiques toutes les 3 semaines depuis 2011 et assure depuis 1 an des sessions personnalisées « à la demande » et des actions selon les difficultés des professionnels.

L'accès au dossier est en place selon la procédure en vigueur pour l'ensemble des personnels, selon des autorisations et des droits en fonction des métiers de chacun. Une procédure est en place pour l'intervention de personnels de remplacement, disponible dans la mallette de l'administrateur d'astreinte.

La documentation mise à jour est disponible et accessible pour l'ensemble des professionnels. Elle concerne l'ensemble des procédures, des documents et des formulaires dont ceux à destination du patient : Gestion des utilisateurs du système d'information, Intégration des documents dans le dossier, Protocole d'accès au dossier médical ou Mode dégradé en cas de panne informatique.

Les ressources matérielles font l'objet d'un suivi en concertation avec la direction. Les professionnels disposent de locaux, de matériels et d'équipements opérationnels. Les services disposent d'outils informatiques : ordinateurs fixes et portables, dont l'accès est sécurisé par accès nominatif. Les locaux sont sécurisés par badges.

La sécurisation des données est organisée. Il existe une procédure de mode dégradé en cas de panne informatique et un plan de reprise d'activité. Deux serveurs en redondance avec onduleurs se trouvent dans une salle sécurisée et contrôlée. Un local situé dans un autre bâtiment, sécurisé également, est réservé à l'ordinateur dédié à la sauvegarde totale réalisée en continu.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative opérationnel et adapté. La gestion des pannes et des dysfonctionnements est effective. La maintenance du matériel informatique est assurée par le prestataire externe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la gestion du dossier du patient et respectent les règles et les circuits.

L'accès en lecture ou écriture est effectivement paramétré selon la profession de l'agent. La grille de définition des profils a été explicitée et les différences entre l'aide-soignant, l'infirmier et le médecin ont été constatées sur le terrain. Ce paramétrage permet à chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire de tracer, selon son domaine de compétences, les éléments qui concourent à la continuité de la prise en charge du patient.

Au moment de l'admission, le recueil des informations est assuré par les professionnels au regard des vérifications d'usage (identité, carte de sécurité sociale), la saisie des coordonnées du patient respecte les recommandations (nom de naissance par exemple).

Lors de l'accueil dans le service d'hébergement, les professionnels s'engagent à relever des informations systématiquement (recueil de la personne de confiance, recueil des besoins, de la douleur ...) et les formulaires signés par le patient (personne de confiance ...).

Pendant le séjour, les professionnels tracent leurs activités, observations et évaluations sur le dossier en

temps utile. La coordination des professionnels autour du dossier est facilitée par un accès partagé au DPI. Les résultats de biologie sont accessibles aux médecins et aux soignants. La coordination entre les professionnels des secteurs de soins s'appuie également sur des transmissions journalières.

Dans un service, le DPI est le support utilisé pour le partage et les échanges d'informations des réunions pluridisciplinaires, dont les conclusions sont tracées. Néanmoins, la traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier du patient n'est pas totalement assurée. En effet dans 2 services sur 3, la traçabilité des conclusions des réunions pluri professionnelles n'est pas assurée. Les réunions qui se tiennent plusieurs fois par semaine donnent lieu à des conclusions orales. Chaque professionnel trace dans la partie du dossier qui lui est propre, les choix qui ont été décidés le concernant. Tous ces documents sont accessibles à tous, mais il est nécessaire de consulter chacun pour connaître la totalité des informations. Le risque de défaut d'information existe pour un professionnel affecté occasionnellement dans ce service. Par exemple, certaines informations concernant l'attitude à adopter en cas d'aggravation de l'état du patient peuvent être difficiles à trouver. Cela a été confirmé par 2 audits de patients traceurs sur 3.

La confidentialité des données a été actée lors de l'audit dans les unités : aucun dossier n'était ouvert hors la présence d'un professionnel, sur les ordinateurs des services.

Le traitement du dossier patient à la fin de l'hospitalisation a été observé auprès de la secrétaire médicale TIM (technicienne d'information médicale). Tout l'archivage est dématérialisé.

Pour les patients qui sortent de l'établissement, les documents utiles au patient pour la continuité des soins ont été préparés dans une pochette pour lui être remis. La communication des éléments avec les professionnels correspondants est assurée par le compte rendu d'hospitalisation.

Le livret d'accueil (distribué à l'entrée) comporte les informations sur les droits et modalités d'accès au dossier par le patient ou ses ayants-droits, une information orale est également donnée à l'arrivée au bureau des admissions.

L'organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective. Les demandes d'accès aux dossiers sont gérées par la secrétaire médicale également TIM (technicienne d'information médicale) qui respecte la procédure et la réglementation. Après vérification de la recevabilité - selon le profil patient ou ayant droit - et paiement des frais de copie, elle adresse au demandeur les éléments communicables après contrôle d'un médecin. En 2019, les trois demandes de dossiers ont été traitées dans les délais conformes à la réglementation. Ces informations sont partagées avec la CDU.

Les interfaces entre secteurs et spécialités (biologie externalisée et pharmacie avec une Pharmacie à usage interne) sont opérationnelles.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et l'équipe l'ayant pris en charge a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la gestion et de la tenue du dossier sur la base d'outils identifiés : recueil des indicateurs nationaux IQSS, recueil des indicateurs Hôpital Numérique, suivi des demandes de dossiers des patients, délai de transmission des dossiers aux patients ou ayants droit et nombre de FEI sur le DPI. Les indicateurs IQSS permettent de cibler les actions correctives utiles, communiquées aux responsables de secteurs.

Des audits ciblés sont réalisés en complément. Pour conforter l'identitovigilance des professionnels, un audit sur le port du bracelet d'identification du patient avec traçabilité dans le DPI et pour compléter les résultats des IQSS, un audit sur le contenu du dossier patient, sont réalisés régulièrement.

L'établissement suit également la disponibilité du DPI avec le nombre de pannes annuel et le nombre de patients sans pièce d'identité. De plus, les audits de patients traceurs participent également à l'évaluation.

Les différents résultats sont présentés en CME et aux instances. Le bilan de la CDU reprend les informations relatives à la communication de dossier aux patients. Le pilote et le CODIR restreint proposent les actions d'amélioration nécessaires.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration et les résultats des indicateurs sont intégrés et articulés dans le PAQSS et le CQ. Leur réajustement trimestriel simultané est réalisé par le CQS en fonction des résultats et présentés aux instances, en CME et au moins une fois par an en CDU.

Des actions de communication, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers. Le CQ est l'outil institutionnel de communication auprès des professionnels ainsi que la revue institutionnelle « notre journal », ou encore le livret d'accueil. Des temps d'échanges sont réservés en réunions

pluriprofessionnelles en équipe et en réunion générale proposée 3 fois par an.

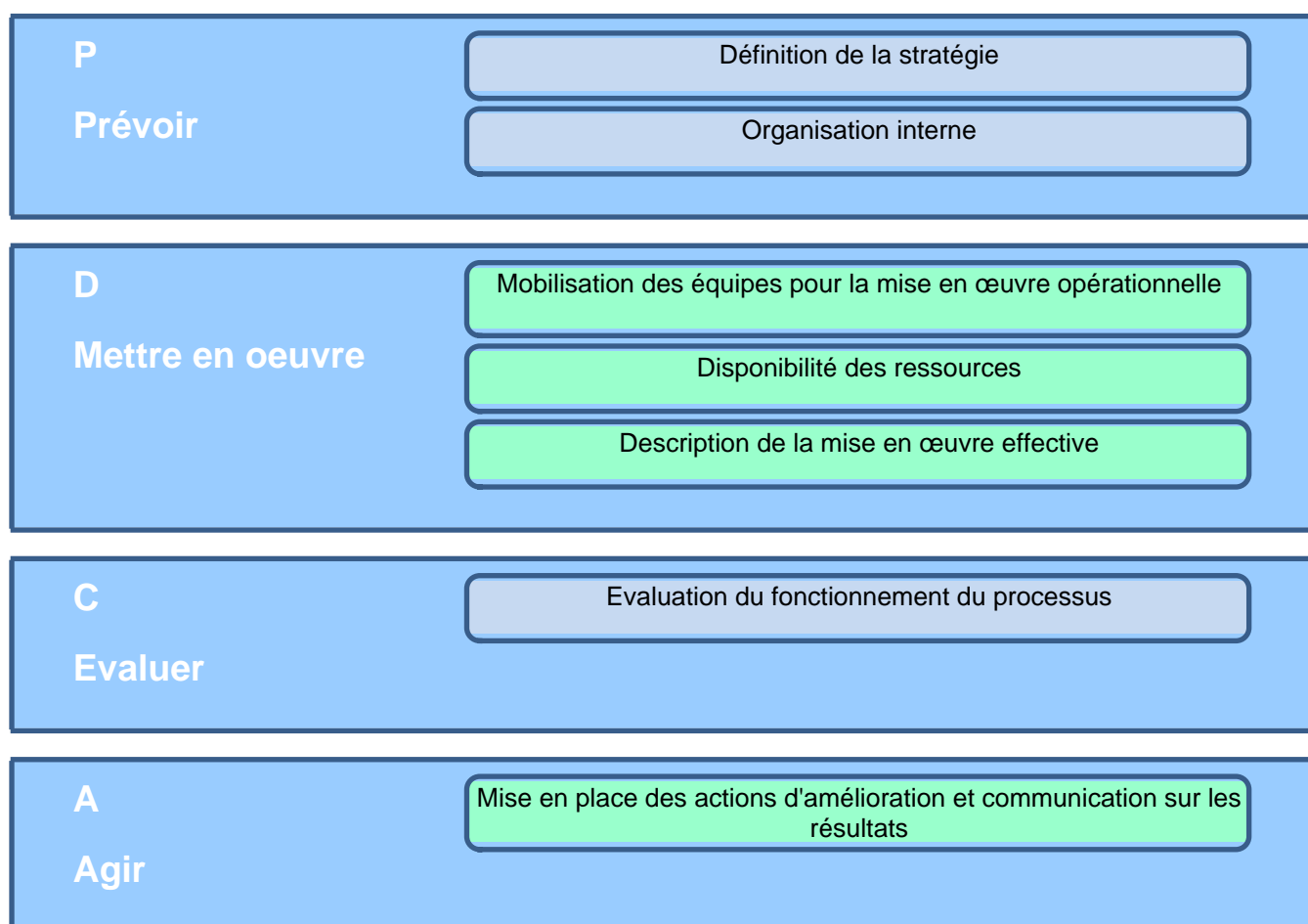
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 Sainte Elisabeth a formalisé sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) à partir d'une identification de ses missions et des risques, de l'évolution des réglementations et des programmes nationaux

La politique de sécurisation du circuit du médicament est définie depuis 2010 et est réajustée chaque année au regard des évolutions réglementaires, du contrat d'amélioration de la qualité et sécurité (CAQES) et des résultats des indicateurs internes et externes à l'établissement. Elle est le prolongement de la politique d'amélioration de la qualité et de la démarche globalisée des risques. Cette politique est définie par l'engagement du Directeur, dans le projet d'établissement (2019-2024) et dans le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse formalisé depuis 2013 et actualisé chaque année (version 5). Les objectifs prioritaires sont la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient de son arrivée jusqu'à sa sortie, et la diminution de la iatrogénie médicamenteuse. Une politique de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée est également formalisée depuis 2014.

Les axes d'amélioration sont identifiés en lien avec les exigences contractuelles du CAQES et s'appuient sur la cartographie des risques liée au circuit du médicament réalisé de façon pluri professionnelle. Elle est actualisée au regard des résultats des audits et EPP, de l'évaluation des plans d'actions et des risques maîtrisés, de la certification V2014 (2016) du suivi des indicateurs nationaux et de l'analyse des événements indésirables en CREX/REX. Elle est validée par l'ensemble des praticiens en CME et présentée en CDU.

11 risques prioritaires sont repris dans le compte qualité, répartis en 5 sous-groupes et concernent la dispensation des médicaments, la PECM à l'entrée du patient, l'administration, la gestion des stupéfiants et la iatrogénie médicamenteuse. En regard des risques identifiés, les mesures de traitement sont arrêtées, les ressources nécessaires et les modalités de suivi sont définies. Le plan d'actions formalisé et priorisé, est intégré au programme global institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des risques (PAQSS). Ce plan d'actions décline les dispositions spécifiques pour les sujets âgés et les patients à risque notamment pour les patients à handicap lourd (Unité de vie pour personnes à conscience altérée).

Il est validé par la commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et la CME et approuvé par le comité de Direction.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à la Pharmacienne gérante de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), nommée responsable du Système de Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM). L'instance qui supervise la politique de PECM est la COMEDIMS. Elle suit les actions conduites et leurs évaluations.

Le pilotage est assuré en coordination avec les différentes instances de rattachement :

- CME pour la validation du plan d'actions,
- CODIR restreint pour l'analyse approfondie des événements indésirables,
- Commission des antibiotiques et le comité de lutte contre les infections associées aux soins (CLIAS) pour la maîtrise de la consommation et le bon usage des antibiotiques,
- la pharmacienne gérante, les cadres et la Directrice des soins nommée coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins pour la diffusion de la culture qualité et sécurité et l'application des procédures déclinées.

L'organisation générale de la PECM est détaillée dans le manuel d'assurance qualité. Les rôles et les missions des différents acteurs sont définis.

Les matériels nécessaires aux services (armoires de pharmacie, chariot pour les piluliers, caisses de transports, ordinateurs) sont identifiés.

La PUI s'organise pour assurer les opérations de gestion, d'approvisionnement, de détention, de stockage et de dispensation. La fonction transport et le respect de la chaîne du froid sont organisés et sécurisés sur le plan matériel, les contenants sont adaptés. La dispensation nominative hebdomadaire est organisée sur l'ensemble des services de la clinique.

La gestion des interfaces et des circuits est définie pour faciliter la concertation entre l'équipe de la PUI, les prescripteurs et les services de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La pharmacienne et le comité qualité sécurité managent les actions issues du programme d'actions. En

parallèle, le management des différents services participe à sa mise en œuvre. La pharmacienne et le médecin référent de l'antibiothérapie sensibilisent les médecins prescripteurs sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à l'occasion des réunions de la COMEDIMS et de la CME. L'implication des équipes est favorisée par l'encadrement soignant, par la participation médicale significative et par l'équipe qualité et gestion des risques. Les responsables paramédicaux des services et la pharmacienne en lien avec le service qualité, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette déclinaison repose sur une concertation régulière avec l'encadrement, la présence quasi constante de la pharmacienne au sein des services, la transmission d'informations en instances et sur l'information régulière dispensée via l'intranet et le journal interne « Notre journal ».

Les comptes rendus des réunions de la COMEDIMS sont mis à disposition dans l'intranet pour les professionnels. L'analyse des événements indésirables est réalisée dans le cadre du dispositif mis en place. L'ensemble des événements indésirables et le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés par le CODIR restreint qui déclenche, selon les besoins, les analyses des causes profondes et/ou des CREX qui donnent lieu à des actions correctives avec la participation des professionnels concernés. Des audits de pratiques et des EPP, sont menées : détention et stockage des médicaments, gestion des stupéfiants, épargne morphinique, pertinence des prescriptions médicales de certaines formes galéniques chez les patients porteurs de sondes de gastroplastie entérale, risque lié à l'utilisation des benzodiazépines chez les patients âgés de plus de 75 ans.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les effectifs de la PUI sont en adéquation avec l'activité.

Les horaires d'ouverture de la PUI, et les modalités d'accès à la pharmacie sont établis. En dehors de la présence de la pharmacienne, la continuité de la prise en charge médicamenteuse est opérationnelle par la mise à disposition d'une dotation de médicaments (antibiotiques, médicaments à usage fréquents, coffre à stupéfiants) dans un local extérieur à la PUI, géré par la pharmacienne et dont seuls les médecins de garde et d'astreinte ont l'accès. Une procédure décrit cette organisation et est connue des professionnels.

Le plan de formation institutionnel intègre les formations sur la prise en charge médicamenteuse qui est assurée par la pharmacienne, le président de la CME et l'équipe qualité et gestion des risques comme la formation sur la iatrogénie médicamenteuse, « iatrogénie médicamenteuse, erreurs médicamenteuses, prescriptions médicales chez la personne âgée ». En parallèle des formations, de nombreuses actions de sensibilisation sont menées sur les erreurs médicamenteuses au travers de journées à thème, de la chambre de simulation des erreurs et du journal interne. Les nouveaux professionnels bénéficient d'un plan d'intégration. Un livret d'accueil qui intègre la iatrogénie médicamenteuse et le guide de prise en charge médicamenteuse sont remis aux paramédicaux et médecins dès leur arrivée dans la Clinique ainsi qu'aux vacataires.

Le médecin référent des antibiotiques et la pharmacienne assurent la formation des médecins et leur prodiguent les conseils sur l'antibiothérapie en concertation avec le CoCLIN d'Aubagne et les médecins infectiologues. Chaque mardi, une réunion, appelée les « mardi clinique », est organisée pour les médecins où est généralement abordé une thématique sur la prise en charge médicamenteuse

Via l'intranet, les professionnels ont accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration (Base de données, livret thérapeutique, guide des antibiotique ...).

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour toutes les prescriptions, elle comprend l'analyse réglementaire et l'analyse pharmaco-thérapeutique de la prescription. Sa mise en œuvre est favorisée par l'informatisation en permettant à la pharmacienne de disposer de la totalité des prescriptions et l'accès aux données biologiques et cliniques des patients par le laboratoire externe.

Une procédure de sauvegarde en cas de panne informatique est formalisée et connue des professionnels.

Les locaux de la PUI sont aménagés de manière fonctionnelle et ergonomique et sont sécurisés par un système d'alarme en cas d'effraction.

L'accès à la pharmacie et des salles de soins est sécurisé et elles sont dotées d'un dispositif d'accès par badge. Conformément aux recommandations, une attention particulière est portée sur les médicaments à risque identifiés par une pastille rouge. Une procédure sur le stockage du KCL est formalisée et connue des professionnels. La sécurisation des stupéfiants est assurée à la PUI et chaque service de soins disposent d'une « mini » dotation définie avec le service et la PUI et d'une dotation nominative par patient qui sont détenues dans un coffre sécurisé. Les armoires réfrigérées de la pharmacie sont dotées d'une alarme avec « reporting ». Les réfrigérateurs des services sont dotés de sondes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne visant la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les vigilances sanitaires obligatoires (Pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance) sont coordonnées, elles sont structurées et leur mise en œuvre est opérationnelle et connue par les professionnels.

Les prescriptions sont établies dans le respect des exigences via l'informatisation (confirmé par les

patients traceurs). Les prescripteurs habilités à prescrire sont identifiés et une procédure de mise à jour est opérationnelle. Un recueil des signatures est en place.

Les règles de dispensation sont effectives.

L'analyse pharmaceutique des prescriptions est effectuée pour l'ensemble des prescriptions à partir du logiciel.

La dispensation est assurée en dotation nominative pour 7 jours. Le réassort des médicaments est réalisé par un système de plein – vide. Les médicaments sont délivrés dans caisses scellées pour les services de soins. Ce sont les infirmières qui se déplacent à la PUI pour récupérer les caisses et les chariots à dispensation nominative selon un calendrier par service. Cette organisation favorise les moments d'échanges d'information avec la pharmacienne. La gestion des stupéfiants est opérationnelle. La délivrance nominative est favorisée et la traçabilité effective. Le contrôle est assuré 2 fois par jour par les infirmières.

Le stockage et l'étiquetage des médicaments détenus dans les armoires à pharmacie des services sont conformes aux procédures. La vérification des stockages et le contrôle des péremptions sont assurés par les IDE des services tous les mois et par l'équipe de la pharmacie chaque année. La procédure de retour des médicaments non utilisés est connue des professionnels et effective. La traçabilité de ces contrôles est assurée.

Les médicaments à risque sont formalisés dans une liste affichée dans le poste de soins, ainsi que la liste des situations à risques (never events). La liste des actes à risque est formalisée comme l'injection en intrathécale qui fait l'objet d'une organisation mise en place pour sa sécurisation.

Le contrôle est assuré et tracé pour les équipements de stockage à basse température des produits pharmaceutiques. Ces équipements sont exclusivement réservés à leur stockage.

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliquées au regard de la procédure de gestion du traitement personnel des patients. Le traitement personnel est préparé par la pharmacienne. La mise en quarantaine des médicaments personnels des patients est effective : dans la majeure partie des cas le traitement est rendu aux proches du patients ou stocké à la PUI jusqu'à la sortie du patient.

La conciliation médicamenteuse est réalisée lors de l'arrivée des patients où une grille de risques est rédigée pour identifier « les patients éligibles à la Conciliation Médicamenteuse ». A la sortie des patients, un bilan médicamenteux est réalisé et tracé afin d'analyser les divergences entre le traitement à l'entrée et le traitement de sortie.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour assurer l'effectivité de la prise en charge médicamenteuse selon les bonnes pratiques. Les professionnels connaissent et respectent les règles d'administration des médicaments ainsi que celles relatives à la justification de la non-administration (obligatoire dans le logiciel). La dispensation nominative est assurée pour 7 jours dans un chariot adapté et organisé par casier par patient et étiquetés aux noms des patients. Les médicaments sont préparés et contrôlés au moment de l'administration par les infirmières qui portent un surgilet bleu avec inscription « en cours de soins » afin qu'elle ne soient pas dérangées pendant cette activité.

La vérification des ordonnances au moment de l'administration des médicaments et sa traçabilité sont réalisées sur le dossier patient informatisé en temps réel. Les bonnes pratiques d'identification des médicaments injectables sont connues et effectives (des étiquettes pré remplies sont mises à disposition dans tous les services).

L'information du patient et de leur proche est réalisée par les praticiens et par les infirmières lors de l'administration des thérapeutiques et une information sur la prise en charge médicamenteuse est intégrée au livret d'accueil.

Les interfaces entre la PUI, les services cliniques et les services techniques et logistiques sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi régulier des indicateurs internes quantitatifs (nombre d'avis pharmaceutiques, nombre de réclamations des services, ...) et qualitatifs (suivi des événements indésirables, contrôle des périmés, non-conformité des dispensations ...)

Des mesures d'évaluation sont menées sous la forme d'audits d'observation (gestion des stupéfiants, identification des spécialités jusqu'au lit des patients, sécurisation de l'administration des médicaments, audit Interdiag ...) et d'audits de conformité de tenue des dossiers patients réalisés en lien avec les exigences des indicateurs IPAQSS et du CAQES (traçabilité de prescriptions, dispensation pharmaceutique et administration).

Le programme des évaluations et le recueil des indicateurs est formalisé annuellement dans un tableau de bord global de l'établissement mis à jour par la responsable qualité.

La consommation des antibiotiques est suivie et présentée périodiquement lors des réunions des réunions de la COMEDIMS, de la Commission des antibiotiques et du CLIAS.

Des évaluations de pratiques professionnelles sont engagées. Des CREX pluri professionnels sont réalisés en utilisant une méthode d'analyse des causes profondes. Les plans d'actions sont diffusés sur l'intranet

et lors des réunions de service.

A / AGIR

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

Les analyses des résultats d'évaluations et des indicateurs internes et nationaux donnent lieu à la définition de plans d'actions avec des responsabilités établies et des suivis réguliers par le responsable de la pharmacie.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel en cohérence avec les orientations et les analyses de risques identifiés dans le compte qualité.

Des actions correctives sont déclenchées suite aux audits, CREX, et résultats des indicateurs internes et nationaux.

Les résultats des évaluations et des indicateurs sont présentés à la COMEDIMS, à la CME et en CDU.

La pharmacie met régulièrement sur le site intranet de l'hôpital toutes les informations utiles aux professionnels. L'information est également assurée par le journal interne. Les résultats des indicateurs IQSS sont affichés pour les usagers.