



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CMC DE READAPTATION DES MASSUES

**92 rue edmond locard
69322 Lyon
JUILLET 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	24
PARCOURS DU PATIENT	29
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	46

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

CMC DE READAPTATION DES MASSUES	
Adresse	92 rue edmond locard 69322 Lyon
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	750721334	CROIX ROUGE FRANCAISE	98 rue didot 75694 Paris 14
Etablissement de santé	690000427	CMC DE READAPTATION DES MASSUES	92 rue edmond locard 69322 Lyon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Chirurgie	50	/
MCO	Médecine	59	5
SSR	SSR	259	40

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
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
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Femme ou Homme	Médecine	Ptérygium poplité + chirurgie de dérotation fémoro	Programmé	Complexe	MCO
2	Enfant	Médecine	Polyhandicapé	HDJ	Simple	MCO
3	Enfant	Chirurgie	Chirurgie bilatérale de deux pieds	Programmé	Simple	MCO
4	Femme ou Homme	SSR locomoteur	Lombalgie chronique	HDJ	Simple	SSR
5	Personne âgée	SSR polypatho / gériatrie	Spondilodiscite / asthénie et perte d'autonomie	programmé	Simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

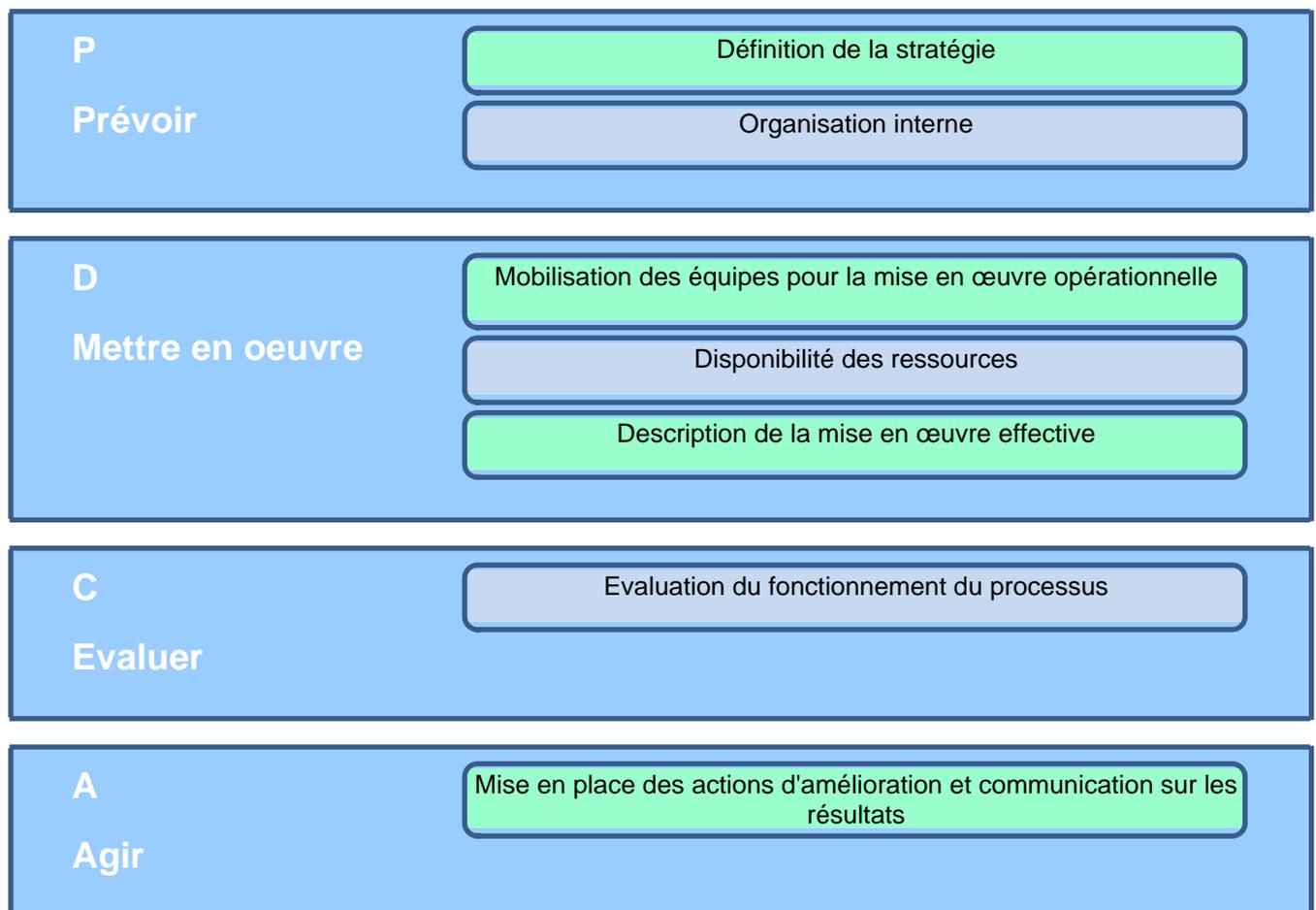
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le centre médico chirurgical et de réadaptation des MASSUES (CMCR) est en cours de finalisation de son projet médical 2019-2023. Une note stratégique de septembre 2019 intitulée projet d'établissement 2019-2023 identifie la nécessité d'une politique qualité en cohérence avec celle de la Croix Rouge (CRf) dont l'établissement fait partie.

Un document politique qualité et sécurité de juin 2019 précise que cette politique s'intègre dans les orientations stratégiques de la CRf : Porter la qualité par le management, harmoniser les pratiques et les outils, maîtriser les processus, déployer une démarche de gestion des risques, développer les démarches d'évaluation (dont les EPP).

La cartographie des risques prioritaires de la certification V2014 a été élaborée en 2014-2015 et est mise à jour régulièrement.

Dans le cadre du regroupement d'établissements, les mises à jour des processus et des cartographies des risques ont été réalisées en 2019 ; la cartographie des risques médicamenteux réalisée en 2013 selon la méthodologie ANAP a été également actualisée en 2019.

L'identification des risques est faite à partir de différentes sources : Procédure de certification HAS, plans d'action des services, évènements indésirables, dispositions règlementaires, etc.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins PAQSS est établi.

Le compte qualité (CQ) a identifié les risques des thématiques liés à la certification V2014 ainsi que des plans d'action corrélés. Les risques sont identifiés selon la grille HAS. Les recommandations figurant dans le précédent rapport de certification relatives au management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et aux droits des patients ont été prises en compte.

La cartographie des risques, le PAQSS et le CQ sont validés par le COPIL QSR – COVIRISQ (comité de pilotage QSR - vigilances), la CME et transmis à la CDU et à la réunion des cadres de santé.

Un tableau de bord des EPP a été établi recensant 23 démarches avec le suivi de démarches anciennes, et l'identification d'évaluations récentes programmées.

L'établissement a élaboré son plan blanc. Il a également élaboré une politique de sécurité du SIH et un plan de reprise d'activité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par le directeur et le Président de CME - PCME.

Le pilotage opérationnel est assuré par la responsable qualité et par la coordinatrice des soins également coordonnatrice de la GDR associés aux soins.

Le pilotage de l'ensemble des autres thématiques est également identifié. Les pilotes des thématiques disposent d'une fiche de mission.

L'établissement a formalisé un manuel qualité qui fixe les conditions d'organisation de la démarche qualité du CMCR.

Un organigramme de la structure est établi, permettant d'identifier les instances de l'établissement, leurs missions et leurs interactions : Comité de direction, CME, COPIL QSR/COVIRISQ, CDU, COMEDIMS, CIV (identitovigilance), CREX, CSTH, CLIN/CAI (anti-infectieux), COPIL DPA, CLUD, CLAN, l'EQUIPOP (équipe opérationnelle managée par la directrice adjointe et réunissant les responsables de service).

Le COPIL QSR – COVIRISQ oriente et pilote la politique qualité, il valide la démarche, définit la stratégie et le programme d'actions qui en découle.

La cellule qualité gestion des risques comprend 2 agents. Un responsable qualité GDR (0,9 ETP) et une assistante qualité (1 ETP).

Le pharmacien gérant est le responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM). Une programmation annuelle des réunions des comités et instances est établie.

Les démarches EPP sont identifiées par les différentes instances : CLIN, CLUD, CLIN/CAI, COMEDIMS... Des CREX et RMM sont en place, une procédure en définit l'organisation et le fonctionnement.

Des formations aux CREX sont organisées régulièrement depuis 2013 et ont permis la formation des professionnels (10 en 2016, 14 en 2018).

Des formations patient traceur ont eu lieu en 2019 (11 médecins et cadres de soins)

Le dispositif d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle est en place.

Des vigilants sont désignés en matière de pharmaco, infectio, matério, réactio, identito et hémovigilance.

Des référents en hygiène, douleur, médicament, dossier informatisé ... sont identifiés dans les services.

La gestion des alertes sanitaires ou d'une alerte canicule sont définies.

Des astreintes médico-soignantes et administratives sont organisées.

En ce qui concerne les ressources documentaires et matérielles, un système d'information organisé permet l'accès à la gestion documentaire, à la déclaration des EI (logiciel de GED et de signalement des EI), aux logiciels métiers. Des ordinateurs sont déployés dans les services et permettent cette accessibilité.

Une procédure de gestion documentaire est établie.

Des actions de communication sont prévues au sein des instances, auprès des équipes et des usagers par différents moyens : Affichage, compte rendus, réunions « ¼ heure qualité », lettre d'information qualité paraissant tous les deux mois, formation des nouveaux arrivants lors de la journée d'intégration, journées thématiques (semaine sécurité du patient, journée européenne des droits en santé).

La gestion des plaintes et réclamations des patients est organisée.

Une charte portant sur la déclaration des EI, signée par le directeur et le Président de la CME, a été établie.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Des outils d'information et d'échange complètent les procédures organisationnelles mises en œuvre pour optimiser la prise en charge des patients entre les secteurs.

En externe des responsables/référents et/ou spécialistes de la CRf peuvent apporter leur expertise et leur soutien. Il existe un pôle qualité national qui anime le réseau des référents qualité identifié dans chaque établissement, en organisant des réunions régionales. A cette occasion des retours d'expérience sont effectués, les pratiques et nouveaux outils sont aussi partagés et harmonisés.

Le pôle qualité organise au niveau national des démarches d'audits internes croisés (système auditeur/audité) pour préparer les audits externes (certifications, évaluations). Dans ce cadre, un audit croisé sur la confidentialité a été réalisé en octobre novembre 2019.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes de processus sont identifiés et bénéficient de l'accompagnement méthodologique de la responsable qualité qui coordonne l'élaboration des cartographies, la rédaction du PAQSS et du CQ validé par les instances. Le PAQSS couvre l'ensemble des secteurs d'activité et comporte des actions permettant de sensibiliser et d'impliquer les professionnels.

Des réunions de service sont organisées avec un point qualité, ces réunions dénommées « ¼ heure qualité » peuvent durer de 15 mn à 1 heure dans les services de soins.

La responsable qualité participe une fois par mois à la réunion des cadres de soins.

Des temps de transmission permettent de communiquer sur la documentation opérationnelle et /ou l'information du moment.

A la faveur de ces actions, et selon le mode de management de chaque service, cela permet aux équipes de s'approprier des informations, des objectifs, et des méthodes. Elles se sont appropriées la démarche d'évaluation des risques notamment à travers les cartographies des risques, les évaluations, les audits, les résultats des enquêtes de satisfaction, les EPP.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques ; ils assurent ponctuellement des contrôles et informent les professionnels des résultats.

Des actions correctrices sont mises place en cas de besoin : dysfonctionnements, baisse des indicateurs, en associant les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en effectif et en compétence sont en place. Des référents opérationnels sur des fonctions spécifiques sont actifs dans les services (médicaments, hygiène, dossier patient informatisé).

Les formations sont mises en œuvre et concourent au maintien des compétences. Elles sont identifiées au regard des demandes individuelles et également au regard des besoins du service ou d'une prise en charge. Afin d'assurer l'intégration des nouveaux arrivants, une journée d'accueil est réalisée annuellement. Dans certains cas, en fonction des besoins et des risques identifiés, un accompagnement en doublon du nouvel arrivant est réalisé.

La formation sur le signalement des événements indésirables est effectuée.

L'acquisition et/ou le maintien des compétences passe également par des actions d'information et de sensibilisation menées notamment au cours de la semaine sécurité des patients.

Les professionnels sont formés ou en cours de recyclage aux gestes d'urgence et les chariots d'urgence sont homogènes.

Selon les besoins, les équipements et matériels nécessaires à la prise en charge sont disponibles dans les unités et font l'objet d'une maintenance. Les professionnels peuvent en outre solliciter les besoins en équipements et matériels au regard de besoins nouveaux.

S'agissant des ressources matérielles couvrant le système de management de la qualité, les professionnels accèdent à la Gestion Electronique Documentaire (GED) et au dispositif de signalement des événements indésirables depuis les postes informatiques disponibles dans tous les services.

Les ressources documentaires sont accessibles dans tous les secteurs. La GED comporte les documents nécessaires à la prise en charge des patients. Les professionnels peuvent émettre le besoin de formalisation d'un document utile à leurs pratiques. Ils participent à son élaboration et si nécessaire à son réajustement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie en terme de système de management de la qualité (responsabilité, documentation, signalement des EI,) et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Le travail en équipe est encouragé et favorise l'adhésion à la démarche. Les professionnels accèdent depuis leur poste de travail à la gestion documentaire de l'établissement pour retrouver les documents utiles à leur exercice. Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et mis en œuvre. Les professionnels connaissent la charte d'incitation à la déclaration, le circuit de signalement et le mettent en œuvre.

Le retour d'information au déclarant est effectué et un bilan des EI déclarés est réalisé. Les FEI sont notamment suivies régulièrement en EQUIPOP.

Deux CREX sont opérationnels en secteurs Chirurgie/Bloc et MPR/Gériatrie.

En cas d'évènement grave, le signalement fait l'objet d'une analyse des causes en CREX, et pour les évènements les plus graves donnent lieu à RMM.

Dans le cadre de la préparation de la certification, l'établissement a eu recours à des experts de la CRf pour effectuer une visite à blanc sur les thématiques MQGDR, dossier, médicament.

Le dispositif de gestion de crise est testé (une mise en œuvre test a été faite en novembre 2019 à l'occasion d'un scénario de cyberattaque).

Les professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que les autres professionnels sont fortement impliqués et participent à la démarche qualité et gestion des risques de façon active, en étant pour certains membres d'une instance, d'un groupe de travail, ou référents sur un thème spécifique.

Les instances sont fonctionnelles. Leur fréquence de réunion a, pour certaines d'entre elles, été impacté par la mise en œuvre du regroupement d'établissements qui a été très mobilisateur, mais l'établissement les réactive.

Les plaintes et les réclamations sont traitées par la direction en lien avec la CDU.

Les circuits sont respectés et les interfaces nécessaires au système de management de la qualité sont connues (circuit de création d'un document destiné à la GED, circuit d'un signalement EI, circuit des vigilances sanitaires, missions des instances stratégiques et instances thématiques).

S'agissant des traçabilités en lien avec le cœur de métier et le soin dans le cadre du dossier patient informatisé, la traçabilité des actions et activités effectuées est assurée et partagée comme l'attestent les parcours patients traceurs réalisés au cours de la visite. En outre, la traçabilité des actions et activités

réalisées dans le champ du système de management de la qualité (convocation, compte-rendu, émargement,) est mise en œuvre.

Le système de déclaration des alertes ascendantes et descendantes en place est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est réalisée par le suivi régulier des actions du PAQSS.

Dans le cadre du PAQSS ainsi que dans celui du CQ, l'établissement suit les indicateurs nationaux obligatoires et a aussi identifiés des indicateurs spécifiques.

Des tableaux de bord d'indicateurs sont établis et diffusés régulièrement par la responsable qualité régulièrement aux responsables de service.

Les EPP identifient le type de démarche retenu comme l'audit clinique, la revue de pertinence, le PAQSS.

Les démarches EPP sont suivies par les instances ad hoc en fonction de leur thème : EPP escarre CLIN, EPP douleur CLUD, EPP antibiothérapie CLIN/CAI, EPP prescription médicamenteuse chez le sujet âgé COMEDIMS...

Des audits internes sont planifiés et réalisés (audit hygiène des mains, audit antibiothérapie,), des évaluations (par exemple l'examen des dossiers patients), des visites de risques en unités de soins, des quizz (droit des patients), le bilan des EI sont réalisés.

Des évaluations de la satisfaction des patients sont réalisées : Enquête e-satis, questionnaires de sortie dont les résultats sont présentés et analysés en CDU.

Le recueil de la satisfaction des usagers est effectif, et l'analyse des questionnaires de sortie en lien avec les RU permet d'identifier des actions d'amélioration.

Un rapport d'activité qualité sécurité des soins annuel est établi par la responsable qualité.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires ou nouvelles dans la cadre du PAQSS.

Le PAQSS prend en compte les données de la précédente certification, notamment les écarts constatés pour identifier les actions d'amélioration à mettre en place.

Dans le cadre du suivi des IQSS, des actions d'amélioration sont également mises en place (par exemple actions permettant de faire évoluer les indicateurs négatifs en ce qui concerne ICSHA par des visites de risques, le suivi des consommations par service... ou le défaut de lettre de liaison à la sortie : sensibilisation des médecins, dispositif de reconnaissance vocal permettant de faciliter l'élaboration de la lettre par les médecins). Il en est de même en ce qui concerne la déclaration d'évènements indésirables lors des CREX et RMM.

La communication des actions d'amélioration se fait par différents moyens : réunions, temps de transmission, diffusion de documents auprès du personnel (journal qualité, livret qualité), intervention de la responsable qualité dans les services de soins et aussi aux usagers notamment en CDU.

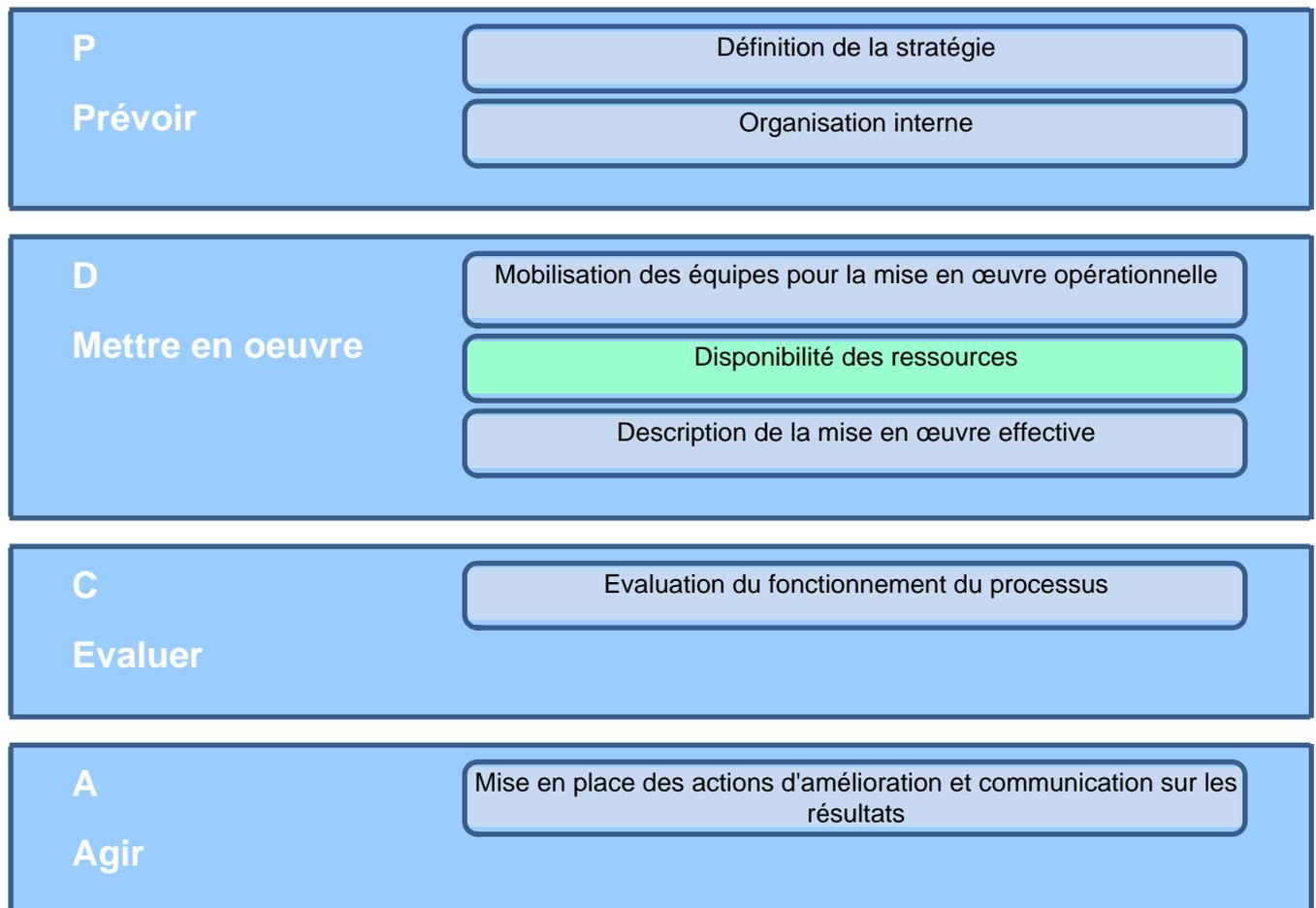
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 Médico-Chirurgicale et de Réadaptation (CMCR) des Massues a défini sa politique de gestion et de maîtrise du risque infectieux basée sur les recommandations de bonnes pratiques du Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS). Elle fait partie intégrante des orientations stratégiques du Projet d'établissement 2019-2023, en cours de finalisation, et est impulsée par la Commission Médicale d'Établissement (CME). Elle est en parfaite cohérence avec celle de la Croix Rouge Française (CRf) dont l'établissement fait partie.

La politique est définie en concertation avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), sous-commission de la CME, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), en lien avec la Responsable Assurance Qualité (RAQ) de l'établissement.

Elle s'articule autour d'objectifs permettant de mettre en place dans l'établissement, l'ensemble des actions permettant de lutter efficacement contre le risque infectieux tout au long de la prise en charge du patient, en y intégrant les risques spécifiques liés aux professionnels et aux visiteurs. Cette politique intègre également la politique institutionnelle de bon usage de l'antibiothérapie dans le cadre de la stratégie de prévention des bactéries multi résistantes et des bactéries hautement résistantes émergentes.

Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) a identifié ses besoins compte tenu du contexte réglementaire, des orientations nationales, de l'exploitation des indicateurs nationaux (en particulier ICALIN2, ICATB2, ICA-BMR et indice SARM) et internes de lutte contre les infections nosocomiales, ainsi que des données issues du rapport de la précédente visite V2014.

Les organisations et les moyens mis en œuvre pour décliner cette politique sont répertoriés dans un document institutionnel spécifique dénommé « Politique et organisation du risque infectieux ».

Une cartographie des risques a priori a été menée sur la base de multiples données en lien avec la thématique (résultats de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales, des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, d'audits et d'évaluations de pratiques professionnelles).

La cartographie a permis l'identification, l'analyse, la priorisation et la hiérarchisation des risques infectieux, menées en étroite collaboration avec les correspondants en hygiène de chaque service et les professionnels concernés. Cette cartographie a ensuite été validée par le médecin et la cadre hygiénistes de l'EOH, le Président du CLIN en lien avec la Responsable Qualité.

Elle a conduit à l'identification de 6 risques, qualifiés selon la matrice « criticité/niveau de maîtrise » de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces risques concernent :

- les infections liées au sondage urinaire;
- les Accidents d'Exposition au Sang;
- les transmissions croisées de germes et les risques épidémiques;
- les infections liées aux dispositifs et gestes invasifs;
- la légionellose nosocomiale;
- la préparation de l'opéré.

Ces risques prioritaires font partie intégrante du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement, articulé avec le compte qualité, lui-même alimenté des actions prioritaires au regard des risques identifiés et qualifiés selon la matrice « criticité/niveau de maîtrise ».

Ce PAQSS est décliné en plans d'actions de prévention, d'évaluation de pratiques professionnelles, de surveillance et de formations aux principaux risques identifiés, permettant de répondre aux exigences spécifiques de l'établissement compte tenu de ses besoins et de son activité.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce plan, à savoir l'identification des pilotes, les délais de réalisation, l'état d'avancement et les indicateurs de résultats.

Les mesures de traitement sont arrêtées. Les objectifs du programme d'action sont formalisés, priorisés, présentés et validés par les instances de la CMCR des Massues. Ils intègrent la veille réglementaire et documentaire, précisent les modalités de pilotage, incluent des actions de prévention, de surveillance, de formation, d'évaluation et des modalités de suivi identifiées, confirmant ainsi sa volonté d'augmenter la sécurité des soins et de poursuivre la lutte contre les infections nosocomiales.

Le plan d'action, révisé annuellement, est présenté aux professionnels concernés par les cadres de santé en réunion de service.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la mise en œuvre de la politique de gestion du risque infectieux est assuré par le médecin et l'infirmière hygiénistes de l'EOH, le Président du CLIN, en lien avec la cadre de santé référente, la responsable Logistique et la Responsable Qualité de l'établissement. Ces pilotes disposent d'une fiche de poste spécifique pour les guider dans leur mission.

Les pilotes travaillent en concertation avec les instances concernées (CME, CLIN et la Commission Qualité et gestion des risques). Ils mobilisent les acteurs impliqués dans la démarche au sein de l'établissement : les médecins, les membres de l'EOH, les cadres des services, les professionnels de santé (IDE et AS) des services de soins et du bloc opératoire, la RAQ, la responsable du service de stérilisation ainsi que la responsable de la société extérieure le bionettoyage des parties communes de l'établissement.

Le CLIN, sous-commission de la CME, dont le président est un médecin gériatre, est composé, entre autres, du médecin et de la cadre hygiénistes, du médecin anesthésiste-réanimateur, référent en antibiothérapie et président de la Commission des Anti-Infectieux (CAI), du pharmacien responsable de la stérilisation, de la coordinatrice générale des soins, de la cadre de santé référente hygiène, de la cheffe du bloc, de l'IDE référente des ASH.

Le CLIN a pour principales missions d'organiser et de coordonner une surveillance continue des infections nosocomiales et de promouvoir les actions de formation des professionnels de santé de la CMCR des Massues dans la surveillance et la lutte contre les infections nosocomiales, et la transmission des infections en milieu hospitalier. Il se réunit au moins 3 fois par an. Ses compte-rendus sont établis par l'EOH et la responsable qualité et transmis par courriel à ses membres. Ils font également l'objet d'une diffusion élargie sur l'intranet de l'établissement.

Un bureau de CLIN est en place et il est constitué des président et vice-président du CLIN, de la coordinatrice des risques médicaux associés aux soins, de l'EOH, de la Direction des soins, du cadre du bloc opératoire, d'un pharmacien et de la responsable qualité. Le médecin biologiste du laboratoire prestataire fait également parti du CLIN. De manière ponctuelle, d'autres acteurs de l'établissement peuvent y être conviés. Ce Bureau se réunit 3 à 4 fois par an, il prépare le plan annuel d'actions d'amélioration qui est soumis au CLIN et en CME et il réalise le suivi des actions pendant l'année.

Une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est en place dans l'établissement, le cadre d'une coopération avec les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Equipe Sectorielle de Prévention du Risque Infectieux (ESPRI), par convention en date de décembre 2012. L'EOH travaille en collaboration avec les professionnels des services, le service Qualité-Gestion des risques, le laboratoire de biologie, la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ainsi qu'avec les services techniques. En octobre 2019, une nouvelle convention a été passée avec le Centre Hospitalier Saint Luc Saint Joseph de Lyon afin d'avoir accès à un avis d'un infectiologue, avec la mise en place d'une hotline et d'une vacation hebdomadaire.

Un cadre de santé est plus particulièrement en charge de l'interface avec l'EOH, ce qui permet d'organiser les différentes actions menées sur le terrain. Des correspondants en hygiène (1 IDE et 1 AS) sont identifiés dans chaque service. Ils ont été récemment formés (1 journée par correspondant lors de deux sessions en décembre 2018 et en janvier 2019). Le fonctionnement du réseau des correspondants est formalisé et il est coordonné par la cadre référente.

L'organisation de la prévention et de la surveillance du risque infectieux est décrite précisément au sein de procédures et protocoles validés par le CLIN et intégrés au sein du système de gestion électronique documentaire (GED) structuré et informatisé à l'échelle de l'établissement.

Le nettoyage et la désinfection des parties communes de l'établissement sont organisés, et font l'objet d'une convention avec une société extérieure, validée par l'EOH.

Les modalités de déclaration des infections associées aux soins interne et externe et d'informations (individuelle et collective) du patient sont définies.

Les interfaces internes sont structurées, à savoir avec les services de soins, le bloc opératoire, la stérilisation, la pharmacie et avec l'administration. Les interfaces externes correspondent au partenariat avec le laboratoire de bactériologie et la médecine du travail qui participent, si nécessaire, aux travaux du CLIN.

Une surveillance de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne permet de décrire la situation locale pour la consommation des antibiotiques et de suivre l'évolution de certaines résistances en lien avec l'utilisation d'antibiotiques.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et plans d'action d'amélioration sont communiqués à l'ensemble des professionnels de santé, après validation par les instances de la CDS, dont principalement le CLIN et l'EOH.

Les cadres de santé des services d'hospitalisation ainsi que celui du bloc opératoire, saisis des enjeux liés à la maîtrise du risque infectieux et garants de la déclinaison opérationnelle des actions définies au sein du PAQSS, relaient les informations dans le cadre de réunions de service et sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur unité.

Les référents hygiène facilitent la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections associées aux soins dans leur secteur d'activité, à travers leur participation à l'élaboration des outils, et la communication autour des procédures et des protocoles en matière d'hygiène et de gestion du risque infectieux, la transmission d'information descendante vers les professionnels de terrain, et ascendante vers l'EOH, et leur implication dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène se mobilisent régulièrement auprès des équipes soignantes pour accompagner la mise en œuvre de précautions complémentaires, élaborer ou actualiser des protocoles et/ou procédures. Ils s'assurent par ailleurs de la conformité des pratiques, du respect des procédures au regard des dispositions prévues et informent les professionnels des résultats.

Le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), référent en antibiothérapie et président de la CAI contribue avec les pharmaciens à la diffusion de la politique du Bon Usage des anti-infectieux et particulièrement des antibiotiques et à l'application pratique, dans les services et au bloc opératoire, des préconisations institutionnelles basées sur les différents textes issus des recommandations et stratégies élaborées par les sociétés savantes, l'ANSM et la HAS.

D'autre part, l'EOH organise la mise en oeuvre des conditions d'hygiène optimale des locaux en lien avec les cadres et les référents hygiène de chaque service, les professionnels de la stérilisation et la responsable de l'équipe de bionettoyage de la société extérieure conventionnée,

Des actions sont également menées sur le tri des déchets et la sécurisation de leur entreposage, les précautions complémentaires, la prévention des infections associées aux soins, l'application des précautions standard (lavage des mains, zéro bijou, tenue vestimentaire), la surveillance des BMR et de l'environnement, principalement eau, surfaces, et gestion du linge.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La CMCR des Massues met à disposition du processus de maîtrise du risque infectieux les ressources humaines (en effectif et compétence) et les équipements nécessaires y compris informatiques. En appui de l'EOH, le MAR référent en antibiothérapie, le médecin infectiologue référent et le service de bactériologie externalisé permettent la maîtrise du risque infectieux au sein de l'établissement.

L'établissement a mis en place une politique de formation des professionnels et des nouveaux embauchés. Les actions de formation interactives sont réalisées par l'EOH sous la forme d'ateliers ou de chambres des erreurs. Une action de formation à la Prévention du Risque Infectieux est organisée pour les nouveaux internes. Une intervention régulière du médecin hygiéniste en CME permet d'actualiser les connaissances des praticiens de l'établissement.

Les documents de référence, les procédures, les protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux, les formulaires de traçabilité ainsi que les mesures d'isolement sont élaborés et actualisés par l'EOH.

L'ensemble de ces ressources documentaires sont mises à disposition des professionnels sur la GED institutionnelle après validation par le CLIN. Un guide de bon usage des antibiotiques réalisé avec la pharmacie est disponible pour les professionnels médicaux sur le système de gestion documentaire institutionnel et permet de rappeler les bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques.

Le logiciel du dossier patient informatisé permet à chaque professionnel impliqué d'être informé du statut infectieux du patient, notamment pour les porteurs d'une bactérie multi-résistante, dans l'objectif de mettre en œuvre les mesures de précautions du risque de transmission croisée.

Les locaux et les équipements sont adaptés et permettent la maîtrise du risque infectieux. Les ressources matérielles sont disponibles et adaptées aux activités de prévention du risque infectieux (locaux sécurisés et mises à disposition des équipes du service de bio-nettoyage, points d'eau, distributeurs de

savon doux et de solution hydro-alcoolique, poubelles de tri, conteneurs spécifiques destinés aux objets coupants, piquants et tranchants présents dans chaque salle de soins, dans chaque chambre et au niveau du bloc opératoire). Les chariots de soins et d'administration des thérapeutiques médicamenteuses en sont également systématiquement équipés.

Le livret d'accueil remis au patient dès son admission mentionne les engagements des professionnels dans le cadre de la prévention des infections associées aux soins, la définition d'une infection nosocomiale et les actions mises en œuvre au regard des risques identifiés par l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels de santé des services et du bloc opératoire ainsi que les investigations réalisées selon la méthode du patient traceur ont permis de vérifier l'effectivité de la mise en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections associées aux soins, ainsi que des procédures d'hygiène des locaux. Les règles, procédures et protocoles en place sont respectés.

La maîtrise du risque infectieux et le bon usage des antibiotiques s'appuie sur le strict respect de l'organisation, des circuits et des interfaces opérationnels définis à l'échelle de la CMCR des Massues.

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques et dans le cadre de la prévention de la transmission croisée, les pré-requis à l'hygiène des mains sont respectés par les professionnels.

La démarche qualité gestion des risques, coordonnée par la Coordinatrice générale des soins, est opérationnelle avec la mise à disposition des professionnels d'un système de signalement des événements indésirables (EI). L'interface de la Coordinatrice de la gestion des risques médicaux associés aux soins avec l'EOH se fait dans le cadre du Bureau du CLIN et le CLIN proprement dit.

Le CMCR des Massues a mis en place une surveillance des infections nosocomiales et des infections du site opératoire en service de chirurgie. L'établissement assure également le suivi des AES en collaboration avec le service de santé au travail. Le suivi de l'écologie bactérienne est réalisée à partir des données du laboratoire qui fait un bilan annuel à destination de l'EOH et du président du CLIN. Le signalement des Infections associées aux Soins (IAS) se fait en interne via le système de déclaration des EI.

Le Bon Usage des Antibiotiques est géré par la CAI et son président qui est aussi le référent en antibiothérapie avec l'aide de l'infectiologue référent. Le CMCR des Massues dispose de protocoles d'antibiothérapie validés dans le cadre de la CAI. Il dispose d'un protocole d'antibioprophylaxie conforme aux recommandations des sociétés savantes et périodiquement réactualisé. La prescription des antibiotiques est informatisée et nominative dans l'ensemble de l'établissement qui est engagé dans une démarche d'évaluation des pratiques de prescription. La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème est effective et tracée informatiquement dans le dossier du patient. Un suivi annuel de la consommation d'antibiotiques est organisé dans le cadre du réseau "ConsoRes" qui compare la consommation des antibiotiques aux données de résistances bactériennes. Un suivi de l'incidence des BMR est réalisé tous les ans à partir des données du laboratoire.

D'autre part, l'établissement a mis en place un plan local de prévention et de maîtrise des épidémies qui précise la conduite à tenir en cas de présence d'une Bactérie Hautement Résistance (BHR) émergente. Des procédures relatives aux précautions complémentaires avec des fiches techniques selon le mode de transmission du germe sont disponibles pour les professionnels sur la GED ainsi qu'un protocole relatif au bon usage des antiseptiques.

La prévention du risque épidémique dont la vaccination anti-grippale des professionnels est organisée dans l'établissement. La politique vaccinale est largement relayée par le président du CLIN comme cela a été constaté lors des visites sur le terrain.

L'entretien des locaux est réalisé par les AS des services pour l'environnement proche des patients, et les ASH du prestataire externe pour l'ensemble des locaux de l'établissement. Les locaux, les couloirs, les chambres, les salles de consultations, soins, du bloc opératoire et de surveillance post-interventionnelles sont propres et entretenus. L'application minutieuse des règles définies au sein des procédures par le service bionettoyage est responsable d'un niveau de propreté dans l'ensemble de l'établissement, souligné par l'ensemble des experts-visiteurs. La traçabilité du bio-nettoyage est assurée. Les interfaces entre les différents secteurs d'activité de l'établissement sont opérationnelles.

Un plan de surveillance bactériologique est organisé et mis en œuvre (prélèvements d'eau, d'air) et en particulier, dans les secteurs à risques dont le bloc opératoire et le plateau de balnéothérapie. Sont également régulièrement contrôlés la consommation de solution hydro-alcoolique, la température des réfrigérateurs dans les services, la gestion du linge et des tenues professionnelles, les maintenances curatives sur le traitement de l'air et la surveillance de l'air dans les salles d'intervention du bloc opératoire, le nombre de professionnels formés à l'hygiène (précautions standards et complémentaires), la gestion de Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI).

La CMCR des Massues s'inscrit dans le réseau régional du CPIAS et participe aux actions de surveillance annuelles. Le Bureau du CLIN et le CLIN se réunit à fréquence régulière et leurs compte-rendus sont diffusés aux professionnels par intranet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, le CLIN et son Bureau assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus "Gestion du risque infectieux", en étroite collaboration avec la CME et l'EOH.

Des modalités d'évaluation du processus à périodicité régulière sont définies. Le CLIN mesure l'efficacité des actions mises en œuvre par l'analyse d'indicateurs pertinents, et communique sur les résultats obtenus.

Les indicateurs de suivi de la qualité et de sécurité des soins (IQSS) font l'objet d'un suivi régulier, dont pour l'année 2017 ceux de la prévention des infections nosocomiales (ICALIN2) à 80 % et de la prévention des infections en chirurgie (ICALISO) à 95 % et pour 2018, un ICATB2 à 90 %.

D'autres indicateurs sont également suivis en interne :

- la consommation des Solutions Hydro-Alcooliques (ICSHA);
- la prévalence annuelle des infections nosocomiales;
- le nombre de EBSLE, de BMR et de souches SARM identifiées sur l'établissement;
- le nombre d'AES;
- la surveillance microbiologique de l'eau.

Plusieurs audits et Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont également ont été conduits dans l'établissement, permettant aux professionnels de mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre, parmi lesquels :

- les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques;
- la réalisation de l'antibioprophylaxie (CAQES);
- la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure (CAQES)
- la technique de pansement;
- l'évaluation des pratiques de sondages urinaires à demeure;
- la surveillance de la pose des voies veineuses périphériques;
- la traçabilité de la préparation de l'opéré;
- les précautions complémentaires en hygiène;
- le tri des déchets;
- la gestion des excréta;
- le suivi du risque environnemental (prélèvements eau, air).

D'autre part, plusieurs visites de risques ont été réalisées au bloc opératoire, sur les plateaux techniques de rééducation, dans le secteur de stérilisation.

L'ensemble des évaluations menées y compris les actions de formation et les résultats sont rassemblés et intégrés dans le rapport annuel d'activité du CLIN qui présente le bilan des actions menées en faveur de la gestion du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques.

Ce rapport est soumis aux instances et mis à disposition des professionnels. Il sert de base pour l'élaboration du futur plan d'actions. Les représentants des usagers ont connaissance de toutes les actions menées et du plan des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les différents audits et évaluations du processus "Gestion du risque infectieux" menés dans l'établissement par l'EOH en lien avec la responsable qualité font l'objet d'une analyse approfondie permettant l'élaboration des actions d'amélioration nécessaires.

Ce plan est par ailleurs révisé annuellement en CLIN, communiqué aux référents en hygiène avec l'EOH, les cadres de santé lors des réunions de l'EOH et aux professionnels dans le cadre de réunions de service.

Après hiérarchisation des risques et priorisation des actions, il est intégré à la cartographie des risques, au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel et en final, il alimente le Compte Qualité.

Ce plan d'actions d'amélioration couvre les différents champs de la thématique. Il est piloté par le CLIN et son Bureau, l'EOH, la CME et la direction Qualité.

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

Le calendrier de déploiement des actions est élaboré. L'ensemble de la politique de maîtrise du risque infectieux est révisée en lien avec le bilan annuel, la révision du projet d'établissement et les évolutions réglementaires, structurelles (déménagement, changement/développement d'activités).

La communication des résultats et des actions menées, notamment des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre les infections nosocomiales, sont diffusés à l'attention des usagers et de leur entourage.

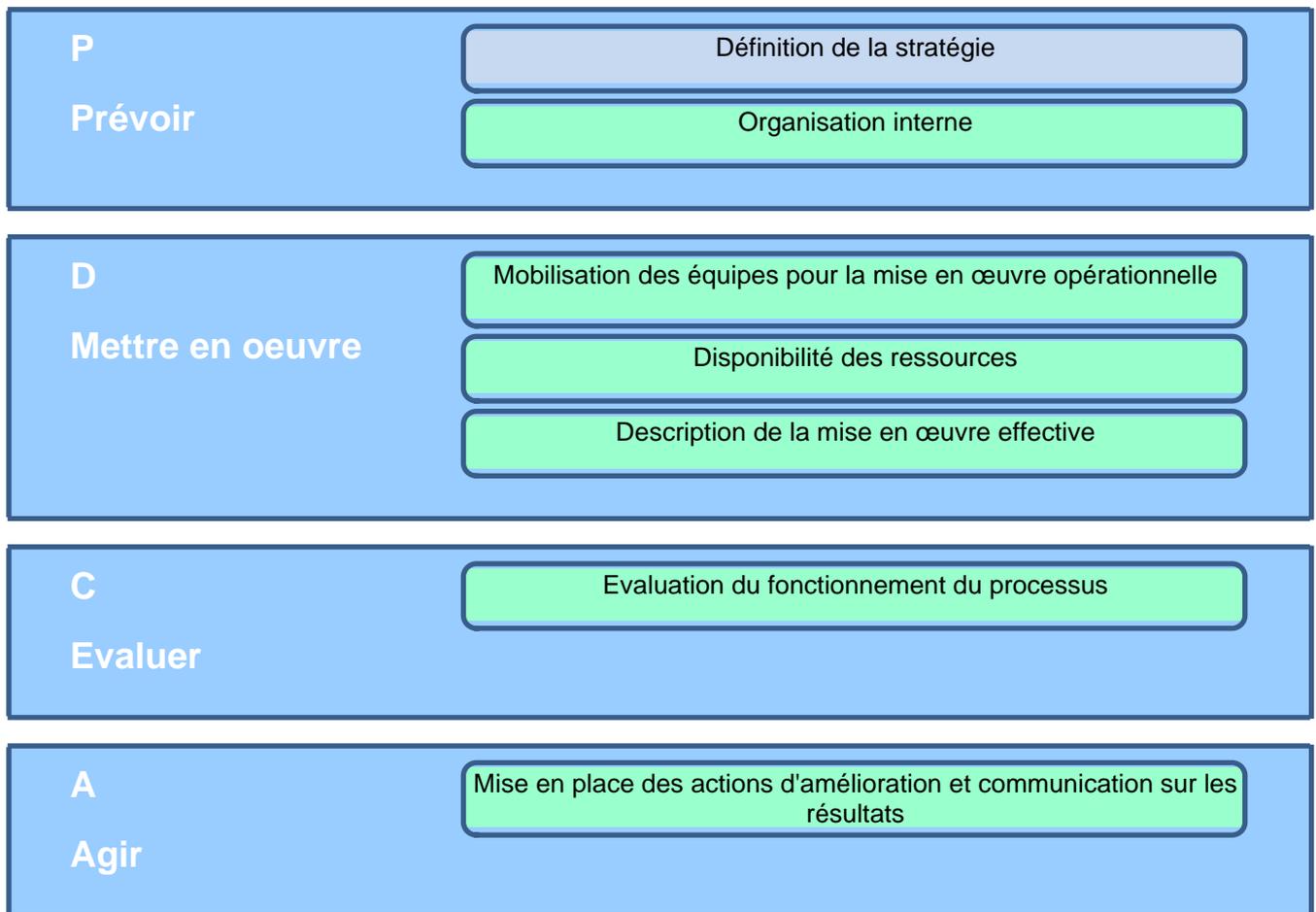
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le document Politique Qualité et Sécurité du Centre Médico-Chirurgical et Réadaptation (CMCR) des Massues de juin 2019 mentionne que la politique qualité de la Croix Rouge se fonde d'abord sur la promotion de la bientraitance.

Les documents relatifs au processus droit du patient, à la prise en charge et aux droits des patients en fin de vie, au processus de la prise en charge de la douleur, définissent les droits des patients.

Une cartographie des risques a été établie avec les professionnels concernés. Elle prend en compte notamment les IQSS nationaux (identification de la personne à prévenir et de la personne de confiance), les plaintes et réclamations, les résultats d'audits, en particulier sur le respect de la confidentialité et la tenue des dossiers, les résultats des questionnaires de sortie ainsi que les EPP menées sur la contention et la confidentialité et les patients traceurs réalisés. Ces risques ont été analysés, priorisés et hiérarchisés selon la méthodologie HAS. Sept risques ont ainsi été identifiés et intégrés dans le Compte Qualité (CQ).

Les mesures de traitement ont fait l'objet d'un plan d'actions d'amélioration précisant les modalités de pilotage (pilote, échéance, modalités et indicateurs de suivi) en intégrant la veille réglementaire et documentaire. L'ensemble des plans d'actions ont ensuite été intégrés dans le Programme d'Action Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel.

Parallèlement les thématiques "prise en charge de la douleur" et "prise en charge de la fin de vie" identifient les risques relatifs aux droits des patients (évaluation de la douleur, directives anticipées). C'est également le cas en ce qui concerne la thématique "prise en charge du patient au bloc opératoire" (identitovigilance).

Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi du PAQSS.

L'établissement a pris en compte des écarts liés à la thématique, issus de la précédente visite de certification qui avait donné lieu à une recommandation (Dommage lié aux soins, recueil de la personne de confiance, maltraitance, confidentialité, intimité).

La thématique droits des patients a donné lieu à l'identification de 4 EPP ; 4 démarches EPP sont également identifiées sur la prise en charge de la douleur.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est réalisé par la responsable qualité, également chargée des relations avec les usagers.

Concernant les ressources humaines : des agents sont dédiés à l'accueil des patients et des visiteurs, la médiation médicale et non médicale est organisée, la réception des plaintes et réclamations, l'intervention de travailleurs sociaux sont organisées. Les associations de bénévoles sont identifiées. Les RU sont bien impliqués concernant les droits des patients, comme cela a été constaté lors de leur rencontre.

Le plan de formation inclut la formation sur les droits et la bientraitance.

La gestion documentaire inclut les documents qui ont trait aux droits des patients : procédures, formulaires, modes opératoires : procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins, conduite à tenir en cas de refus de soins, modalités de signalement des cas de maltraitance, gestion des plaintes et réclamations, accès du patient à son DPA, document de non divulgation de présence, personne de confiance, directives anticipées, prise en charge des patients en fin de vie.

Un contrat d'engagement relatif au respect par le patient des règles de vie au CMCR est en place.

Les ressources documentaires permettent d'assurer le respect de la confidentialité (charte de l'utilisateur des ressources informatiques), des libertés individuelles (bientraitance, contention physique, présence confidentielle, charte d'incitation à la déclaration des EI, liste des ministres du culte) ainsi que l'accueil des patients (nationalité étrangère, déficits sensoriels).

La diffusion d'information est organisée : Livret d'accueil, site internet, affichage : chartes des droits de l'hospitalisé, tarifs, identification de la CDU, écran d'information à l'accueil, journal qualité interne.

Les ressources matérielles sont déployées dans les services, des plans d'équipement et de travaux sont établis. L'établissement a été agrandi et rénové récemment du fait du regroupement d'activités sur un

seul site.

La gestion des interfaces entre la direction, la CDU, les services... est organisée, ce qui facilite la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité, et favorise une articulation des missions et compétences permettant d'assurer le respect des droits des patients au sein de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables d'unités de soins informent et sensibilisent les professionnels de terrain aux droits des patients, notamment lors de réunions de service et de transmission ; ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

La responsable qualité intervient également en appui aux responsables et aux équipes de part sa fonction élargie aux relations avec les usagers.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles en effectif et en compétence. Elles permettent l'accueil, la prise en charge du patient et de son entourage. Les pratiques permettent de garantir le respect de l'intimité et la dignité des patients (soins, y compris les soins d'hygiène).

Des formations des professionnels ont lieu sur la bientraitance, et sur les droits des patients en général.

Les documents sont accessibles aux professionnels via la GED institutionnelle.

Les ressources matérielles sont adaptées. La signalétique est présente, des espaces et salons sont aménagés pour l'accueil des proches, des solutions d'hébergement et restauration leurs sont proposées.

Les chambres majoritairement individuelles sont équipées de douche et WC, et les nouveaux locaux sont équipés de flux d'air. En cas de besoin, des rafraichisseurs peuvent être mis en place. Un témoin lumineux indique la présence du soignant dans la chambre. Des paravents mobiles sont à disposition dans les chambres doubles pour effectuer les soins. Des aides permettant la déambulation des patients sont disponibles, d'autant plus dans cet établissement qui a une importante activité de rééducation. Par ailleurs, un service funéraire est en place dans l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les représentants des usagers - RU - ont participé à procédure de certification. La composition de la CDU est fixée et elle se réunit régulièrement. Elle est identifiée dans le livret accueil et par affichage dans les services. Les RU sont assidus aux réunions de la CDU ; ils sont associés à la réponse aux plaintes et réclamations, à la rédaction de documents (livret d'accueil notamment) à la semaine sécurité des patients, à la journée européenne des droits des patients.

Le livret d'accueil est disponible et remis au patient, il comprend les dispositions sur les droits des patients.

Les personnels sont formés sur les droits des patients, l'annonce du dommage lié aux soins, la bientraitance. Les nouveaux arrivants y sont sensibilisés lors de la journée d'intégration. Un site internet de l'établissement est en place. Le respect des bonnes pratiques est régulièrement évalué. Ces dernières permettent de respecter, entre autres, la confidentialité des informations relatives au patient tout au long de sa prise en charge. Tous les services sont équipés, notamment, de broyeurs à papier dont l'absence avait été pointée lors de la précédente visite.

Le formulaire de désignation de la personne de confiance et celui sur les directives anticipées sont disponibles. Les visites sur le terrain et les patients traceurs ont permis de retrouver la traçabilité de la désignation (ou de la non désignation) de la personne de confiance dans le dossier des patients. Les directives anticipées sont tracées lorsqu'elles existent. Il en est de même de la traçabilité des actions telles que refus de soins, le recueil des habitudes de vie, ... Par ailleurs, il existe un cahier demandant aux patients effectuant une sortie de l'établissement à la fin des soins de fin de journée et l'heure du dîner d'inscrire leurs noms et prénoms et l'horaire de départ, puis l'horaire d'arrivée. De fait, le patient qui ne souhaite pas que son nom soit affiché sur l'entrée de sa chambre, doit communiquer son nom et prénom sur le cahier de traçabilité des entrées et sorties de l'établissement.

La liste des ministres du culte et des bénévoles sont disponibles. Il peut être fait appel à des agents interprètes en cas de besoin.

L'accueil du patient est personnalisé et confidentiel, le recueil des habitudes de vie et aversions

alimentaires notamment se fait à l'admission ou dans les services.

Des modalités de communication avec personnes malentendantes sont utilisées : symboles visuels, avis de l'entourage par exemple.

Le patient est impliqué dans son projet de soins (en SSR notamment), et l'avis de l'entourage est recherché comme le confirme l'investigation issue des patients traceurs. Le projet thérapeutique est réajusté régulièrement et tracé dans le dossier patient. En cas de restrictions de libertés, des prescriptions médicales sont établies et réévaluées.

Lors de l'admission et de l'évaluation initiale du patient, les patients les plus vulnérables (enfants, personnes âgées) sont identifiés et des mesures d'accompagnement sont mises en place.

L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations ou satisfécits sont mis en place.

Les professionnels connaissent et utilisent la procédure de signalement des FEI.

Les noms des patients ne sont pas apparents dans les salles de soins ni sur les portes de chambres.

Un reposoir récemment ouvert suite aux travaux d'agrandissement de l'établissement, est adapté pour l'accueil des corps et des familles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi du processus se font notamment à partir du recueil des plaintes et réclamations, de l'exploitation des EI, du retour des questionnaires de satisfaction patients, ce dernier comprend des items sur les droits. Une analyse régulière en est faite, avec retour aux équipes et à la CDU.

Des audits de dossiers patients sont réalisés régulièrement et permettent de vérifier la traçabilité des données dans le DPA. Les délais de réponse aux demandes d'accès au DPA sont suivis.

Un recueil d'indicateurs de suivi propres à l'établissement est en place : Suivi des réponses aux plaintes et réclamations, taux de satisfaction des patients, taux de personnel formés aux droits-bienveillance.

L'établissement réalise un quizz droits des patients auprès du personnel et des patients lors de la journée européenne des droits en santé. Un audit croisé sur la confidentialité a été réalisé en octobre novembre 2019.

En matière d'EPP, 12 patients traceurs ont été réalisés an 2019.

Un rapport annuel de la CDU est établi.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Elles sont planifiées dans le cadre du PAQSS et suivies avec la responsable qualité.

Les résultats des questionnaires de satisfaction, les plaintes et réclamations, les EI sont partagés avec les professionnels et la CDU qui peuvent émettre des propositions d'amélioration.

Les retours de satisfaction des patients sont communiqués au personnel et RU, notamment par la lettre qualité.

La CDU émet des recommandations dont elle suit la mise en œuvre.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

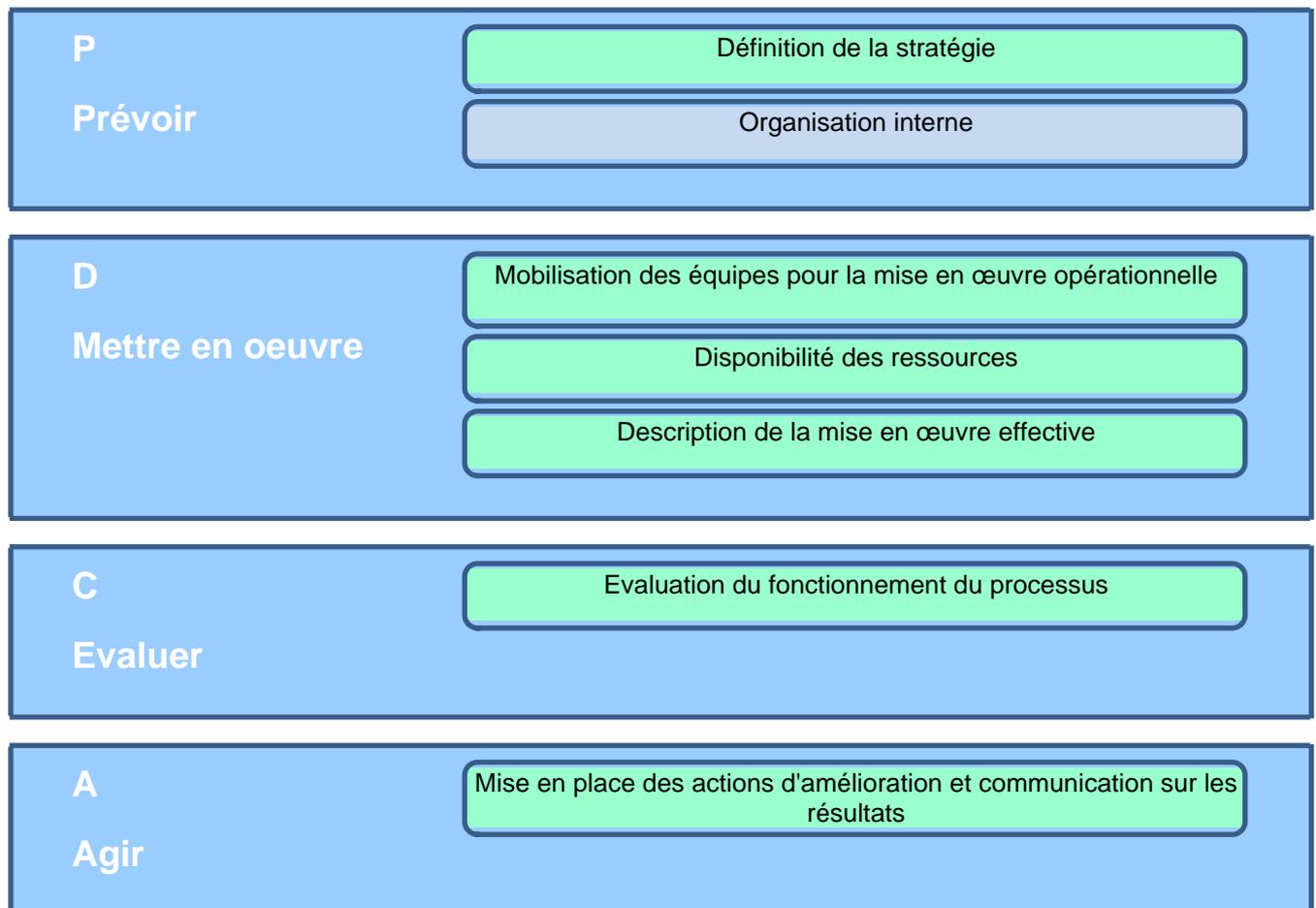
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical du CMCR des Massues 2019-2023 est en cours de validation par les instances internes à l'établissement, et doit être présenté à l'ARS en janvier 2020.

Depuis 2018, le centre accueille deux autres établissements sanitaires de la Croix Rouge ; l'Hôpital des Charmettes et le centre de convalescence de la Pinède, pour former un site unique regroupant les activités des trois entités.

L'établissement est spécialisé dans la prise en charge et le suivi des déficiences de l'appareil locomoteur, neuromusculaire et rhumatismal de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne vieillissante. Il comprend 423 lits et places repartis de la façon suivante :

- 1 unité de chirurgie de 50 lits dont 4 lits de Soins Continus,
- 4 unités de rééducation adultes de 139 lits,
- 1 unité de rééducation pédiatrique de 35 lits,
- 4 unités de médecine et SSR gériatrique de 124 lits,
- 1 unité ambulatoire SSR/MCO de 55 lits,
- 1 centre de soins palliatifs adultes de 10 lits avec une unité mobile de soins palliatifs.

L'offre du projet s'articule autour de plusieurs filières de soins :

- la filière rachis douloureux et déformé,
- la filière Neuro-orthopédie,
- la filière Onco-orthopédie,
- la filière Orthopédie complexe,
- la filière Orthopédie simple,
- la filière gériatrie,
- la filière soins palliatifs.

Le centre des Massues offre une prestation globalisée pour un profil patient allant de la pédiatrie, l'Age adulte, la personne âgée jusqu'à l'accompagnement en fin de vie dans certaines pathologies.

Le CMCR des Massues développe parallèlement des activités d'enseignement et de recherche.

Dans le cadre du regroupement sur le site unique, l'établissement a revu ses cartographies des processus parcours, ses cartographies des risques transversaux et spécifiques selon les prises en charge. Des cartographies des risques a priori des 14 différents parcours de soins ont été élaborées à ce jour :

- processus de prise en charge de l'adulte hospitalisé en MPR,
- processus de prise en charge de l'enfant et adolescent en MPR,
- processus de prise en charge de l'adulte en hospitalisation de semaine en MPR,
- processus de prise en charge en Médecine et gériatrique SSR.

Dans le cadre du compte qualité, les risques ont été identifiés et hiérarchisés par les professionnels de chaque secteur à partir de la cartographie des risques, puis mis en commun et validés en comité de pilotage.

Les plans d'actions ont été intégrés dans le PAQSS présenté en CME et à la Commission des Usagers (CDU). Ils font l'objet d'un programme d'actions institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le COPIL GDR/COVIRISQ assure le pilotage des processus de l'établissement. Le pilote et le copilote du processus parcours patient, sont tous les deux médecins (médecin pédiatre et médecin gériatre). Leurs missions sont décrites dans une fiche de poste. La coordinatrice des soins est aussi la coordinatrice des risques ; les modalités de mise en œuvre du programme d'actions sont définies.

Le programme de formation prend en compte les orientations stratégiques de la Croix Rouge Nationale et les orientations du CMCR des Massues au regard des missions et de ses activités.

Pour répondre à ses besoins en ressources humaines en cas d'absentéisme, l'établissement dispose d'un pool d'infirmières intérimaires fidélisé. L'établissement a organisé la permanence des soins 24h/24, 7j/7 par la mise en place d'un système d'astreinte médicale dans la journée, d'une garde d'interne la nuit, d'une astreinte d'anesthésiste et d'une astreinte médicale pour le SSR adulte et enfant. Une astreinte administrative est en place tout comme l'astreinte d'une IBODE et IADE.

L'établissement a organisé sa gestion documentaire informatisée avec mise à disposition des professionnels des procédures validées et actualisées.

Il a identifié ses besoins en matériels et équipements aussi bien pour les plateaux de rééducation que le bloc opératoire. Des plans d'investissement pluri-annuels sont en place.

L'accueil des patients adultes et enfants y compris en urgence est organisé. La prise en charge de l'urgence vitale est organisée. La prise en charge des enfants, des personnes âgées et des personnes handicapées fait partie des activités de l'établissement qui a adapté ses organisations et ses modes de prise en charge.

Les circuits et les interfaces entre les secteurs cliniques, les plateaux de rééducation, les secteurs médicotechniques, les secteurs logistiques et le secteur administratif sont définis pour faciliter la concertation entre les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Chaque secteur d'activité a décrit son processus de prise en charge, à partir d'une des 7 filières et du parcours adapté. Il a défini sa cartographie des risques a priori, enrichi par les déclarations d'évènements indésirables, les plaintes et réclamations, les questionnaires de satisfaction des patients et a identifié ses risques prioritaires dans le compte qualité (processus du patient opéré en chirurgie onco orthopédique ou en filière « rachis douloureux et déformé », des enfants en MPR, du patient en orthopédie simple ou complexe, etc.).

Les plans d'action ont été élaborés et validés en COPIL GDR/COVIRISQ. L'information des professionnels se fait via les cadres, la responsable qualité et la coordinatrice des soins dans les services, le journal interne, le site Intranet, la diffusion des comptes rendus des instances sur le logiciel de gestion documentaire. Le suivi des indicateurs, des résultats d'audit permettent à l'encadrement de s'assurer de l'application des protocoles et de leur appropriation par les professionnels. Des actions correctives sont définies et suivies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif et formation) sont adaptées aux besoins et aux risques des services. Par exemple, 1 IDE et 1 AS pour 12 patients en chirurgie et médecine gériatrique., les effectifs cible de l'Unité de soins continus et du service des soins palliatifs respectent la réglementation. Des journées d'intégration sont organisées pour les nouveaux professionnels, il existe un livret d'accueil du personnel.

Les professionnels bénéficient de formation au regard de la spécificité des prises en charge (prise en charge des enfants en chirurgie, de la douleur, la nutrition, etc.), des actes à risques (bonnes pratiques transfusionnelles, etc.) et de nouvelles activité (injections de toxine, nouvelles techniques opératoires). Des formations AFGSU sont assurées auprès des professionnels.

En cas d'absentéisme, l'établissement s'est organisé pour répondre à ses besoins. Le recours à l'intérim est possible avec des professionnels connaissant l'établissement (médecin anesthésiste, IDE).

Les protocoles et procédures validées et actualisées pour la plupart sont accessibles aux professionnels via le logiciel informatisé dont les modalités d'accès sont connues. Il a fallu uniformiser les pratiques des 3 établissements regroupés en un seul depuis 2018.

Un plan d'investissement pluri-annuel concerne les besoins en matériel et les travaux. La maintenance curative et préventive est suivie par GMAO. Les inventaires du matériel biomédical sont à disposition de l'encadrement des services. Des chariots d'urgence uniformisés et un défibrillateur semi-automatique sont positionnés dans tous les secteurs d'activité.

En balnéothérapie, un box d'urgence avec un chariot d'urgence, une bouteille O2 et l'aspiration est opérationnel. Pour les situations d'urgence, un numéro d'appel est affiché et connu des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur d'activité connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Des commissions d'admission se réunissent toutes les semaines.

En SSR, le projet de soins personnalisé est initié par les professionnels du service adresseur, avec une évaluation lors de la demande via trajectoire. A son admission dans le service, le patient est informé de son programme de rééducation, des différents ateliers, de son calendrier et de la date prévisionnelle de la sortie. La réévaluation du projet de soins hebdomadaire est pluri professionnelle en concertation avec le

médecin et le patient.

Pour le secteur pédiatrique, le projet thérapeutique est construit avec la famille, le planning élaboré avec les professionnels concernés prend en compte la rééducation, les activités scolaires, un programme d'animation. Il est transmis aux parents par l'infirmière au cours d'un entretien. Les enfants bénéficient d'un suivi scolaire, d'un programme d'animation intégré à leur projet thérapeutique, la présence des parents est favorisée.

Pour les patients de chirurgie, la réflexion bénéfices/risques est prise en compte et tracée lors de la consultation d'anesthésie. L'observation médicale initiale et les synthèses hebdomadaires dans le dossier sont retrouvées, la traçabilité quotidienne des observations médicales des internes également. Il existe différents projets de soins type RAAC (Hospitalisation à J0), projet « chance » (préparation à l'intervention par une journée en HDJ). Des réunions hebdomadaires pluri professionnelles et pluridisciplinaires sont organisées dans chaque secteur dont les comptes rendus sont tracés dans le dossier du patient.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont effectifs au moyen de sensibilisation des équipes par la diététicienne et de score d'aide à la décision pour les aides-soignantes, de recours à la diététicienne. La mise en place de référents nutrition favorise le suivi de la traçabilité du poids. Le risque suicidaire est évalué à l'admission et prise en compte avec intervention du psychologue, d'un neuropsychologue, de la psychomotricienne et si l'état du patient le nécessite, une consultation avec un psychiatre est organisée. L'absence de pédo psychiatre est due à une ressource médicale rare au grand regret du chef de service de pédiatrie.

En soins palliatifs, le projet personnalisé de soins est rédigé par le patient, l'équipé et plus ou moins la famille, selon les desideratas du patient. Le service composé de 10 lits, dispose également d'une unité mobile de soins palliatifs.

L'identito-vigilance des patients est vérifiée lors de la pose de bracelet et la vérification de l'identité par des questions ouvertes. Il existe une procédure en cas d'homonymie, comme cela a été observé lors des patients traceurs.

Quatre programmes d'ETP autorisés et financés par l'ARS sont en place, un bilan est réalisé en fin d'année.

En balnéothérapie, la prise en charge est effectuée à partir d'une prescription médicale, de l'évaluation des contre-indications et du bénéfice- risques. Le règlement intérieur est affiché dans le service ainsi que les règles d'hygiène à respecter. L'accueil des patients se fait dans un SAS dans lequel des vestiaires sécurisés sont à leur disposition sachant que les patients sont toujours accompagnés.

Les modalités de suivi du contenu des chariots d'urgence sont formalisées, la traçabilité a été constatée lors des visites de service. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles entre autre entre les services et les plateaux de rééducation et services et bloc opératoire.

Cependant la lettre de liaison à la sortie n'est pas systématiquement transmise aux correspondants d'aval, ni au patient, comme le démontre le relevé de l'indicateur QSS MCO 2018 en C, la lettre de liaison n'est pas toujours remise au patient lors de sa sortie. L'établissement est bien conscient de ce risque déjà identifié lors de la précédente certification, et identifié dans le Compte Qualité et le PAQSS; la CME sensibilise le corps médical. Un audit interne réalisé pendant la visite montre une amélioration des résultats, cependant, certaines spécialités chirurgicales ne respectent pas cet attendu. L'absence de transmission des données peut être une perte de chance pour le patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus parcours du patient s'appuie sur l'ensemble des évaluations de pratiques professionnelles mises en œuvre dans les services.

Elle est complétée par :

- les indicateurs QSS, le nombre d'EI sur la coordination/l'organisation de la sortie / le projet thérapeutique,
- le suivi de la satisfaction des patients (questionnaires de sortie, e-satis), réclamations, satisfaction des programmes d'ETP,
- l'évaluation des pratiques professionnelles : Prise en charge de la dénutrition, dépistage des troubles nutritionnels, prise en charge des chutes, RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires),
- les audits et enquêtes des chariots d'urgence, identito-vigilance, visite de risque en préparation à la certification,
- les Comités de retour d'expérience suite à des événements graves et des évaluations de patient-traceur.

Le suivi de la mise en œuvre est assurée par le COPIL COVIRISQ dans le programme qualité. La méthodologie, le calendrier et l'exploitation des résultats sont confiés au service qualité.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel :
Les principales actions d'amélioration mises en place en 2018/2019 portent sur :

- la prévention de la chute,
- la mise à jour de la procédure d'urgence vitale,
- la prise en charge nutritionnelle avec mise à jour des procédures par le CLAN, formation "repérer, prévenir et traiter la dénutrition ",
- la formation d'éducation thérapeutique,
- la prise en charge adaptée en soins palliatifs,
- la sortie à l'insu de l'établissement avec la création d'une unité de gériatrie sécurisée.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne :

- par des présentations en CME, CODIR et instances,
- par un affichage des IQSS,
- lors de la semaine de la sécurité,
- lors de réunions générales d'informations,
- dans la lettre d'info Qualité.

Pour les usagers par la présentation à la CDU.

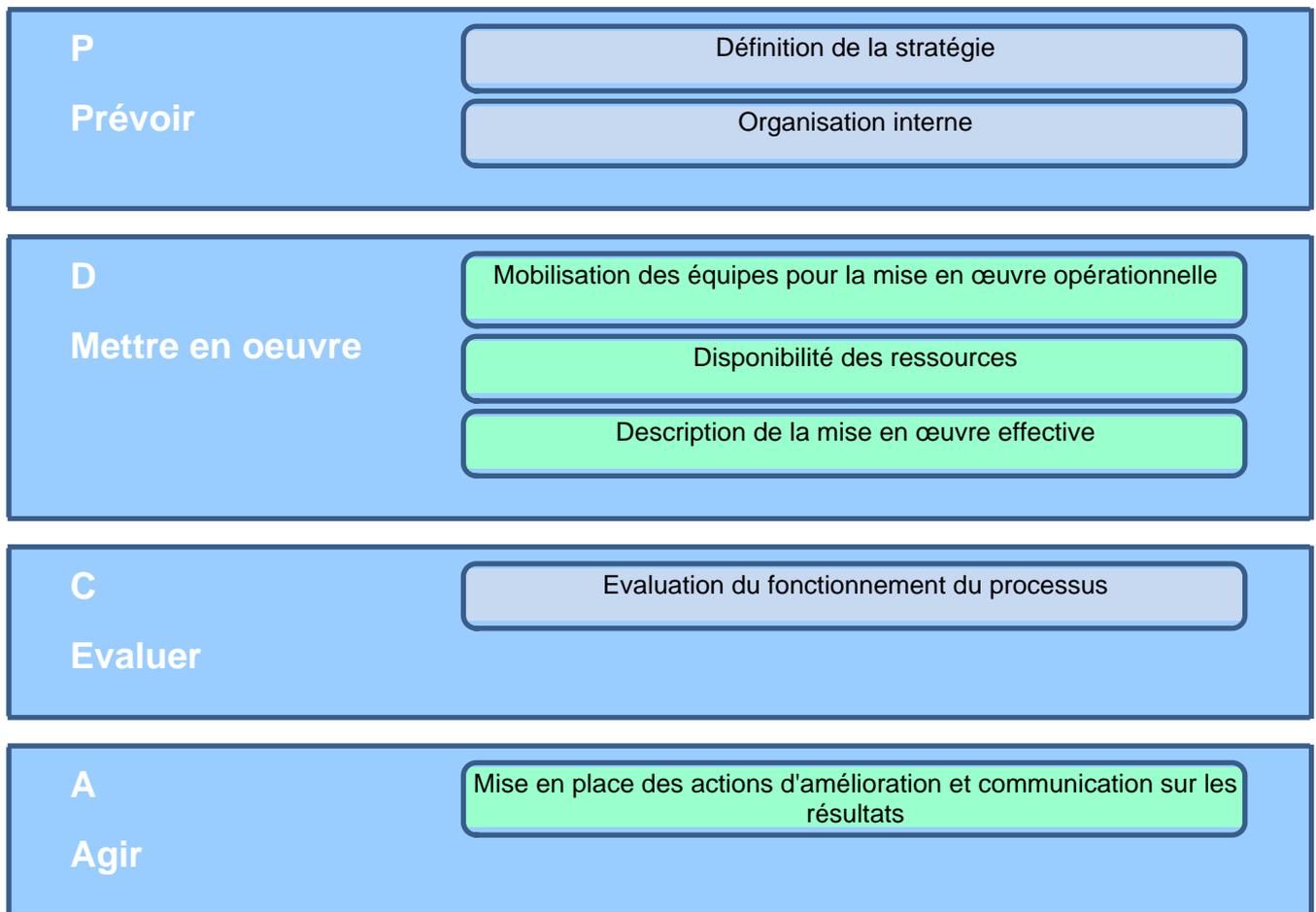
DOSSIER PATIENT

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique relative au dossier patient (DPA) du CMCR des Massues est définie dans le document "processus dossier patient" mis à jour en 2019, et dont l'axe principal est la poursuite et le développement de l'informatisation, de l'harmonisation et de la sécurisation du dossier.

Une cartographie des risques a été établie avec les professionnels concernés. Elle prend en compte notamment les IQSS nationaux (présence du courrier de fin d'hospitalisation, lettre de liaison remise le jour de la sortie, tenue du dossier, délai d'envoi du dossier au patient), ainsi que les résultats des 3 EPP menées sur la confidentialité, la qualité du dossier ou encore les besoins en formation du personnel sur le dossier informatisé institutionnel. Ces risques ont été analysés, priorisés et hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS. Cinq risques ont ainsi été identifiés et intégrés dans le Compte Qualité (CQ).

Les mesures de traitement ont fait l'objet d'un plan d'actions d'amélioration précisant les modalités de pilotage (pilote, échéance, modalités et indicateurs de suivi) en intégrant la veille réglementaire et documentaire. L'ensemble des plans d'actions ont ensuite été intégrés dans le Programme d'Action Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus DPA est réalisé par la coordonnatrice des soins, la responsable des secrétariats médicaux, le référent HM informatique (logiciel « Hôpital Manager ») et trois médecins.

Un COPILO DPA est en place.

Il existe également une cellule d'identitovigilance (CIV) et un pilotage de cette thématique.

Un médecin DIM est présent une fois par semaine et une TIM est présente en permanence sur site.

Un responsable du SI est en place.

Les ressources documentaires sont en place, validées et actualisées : l'accès du patient à son dossier est organisé (procédure de gestion des demandes d'accès, livret d'accueil, site internet).

Une procédure de tenue du DPA est établie définissant les règles applicables en matière de création, gestion, archivage et destruction.

Une procédure d'utilisation en mode dégradé du logiciel DPA est établie.

Des formations au dossier informatisé sont prévues, l'intégration de nouveaux arrivants médecins ou paramédicaux est prise en compte, la sensibilisation des utilisateurs sur la confidentialité et sécurité d'accès et d'utilisation du dossier sont prévues, une charte de l'utilisateur des ressources informatiques est établie. Une archiviste est dédiée à l'archivage des DPA. Les secrétariats médicaux sont organisés et placés sous l'autorité d'une responsable.

Des ordinateurs sont en place dans les services. Des mesures sont prises pour garantir la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données.

La gestion des accès au DPA est sécurisée par des accès par mot de passe et des restrictions d'accès suivant la qualité du professionnel de santé.

La gestion des interfaces est organisée entre services cliniques, médicotechniques (examens de laboratoires, délivrance pharmaceutique, examens d'imagerie, et administratifs (admissions, archivage, service informatique).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Au sein de chaque unité, les responsables de service médico-soignants sensibilisent les acteurs de terrain (IDE, AS mais aussi médecins et autres intervenants) aux risques identifiés autour de la thématique du dossier patient. Cette sensibilisation passe notamment par des réunions de service ainsi que par l'affichage des indicateurs.

Les responsables de service suivent la mise en œuvre des pratiques autour du dossier patient et contrôlent la mise en œuvre effective des règles établies.

Si nécessaire, et notamment au regard des évaluations faites sur la tenue du dossier, les responsables

mettent en œuvre avec les équipes les actions correctives nécessaires (défaut ou insuffisance de traçabilité d'informations concernant le patient).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines en compétences et effectifs sont adaptées. La formation des personnels y compris des nouveaux arrivants est en place sur le DPI, l'identité-vigilance. Le personnel a été formé à l'utilisation du logiciel DPI institutionnel et aux pratiques (transmissions ciblées, projet personnalisé de soins, etc.) afin d'utiliser le dossier pour permettre la prise en charge coordonnée du patient.

Un service informatique est en place. Un agent du CMCR est référent DPI. Une hot line dédiée est disponible 365 j/an 24/24.

Les ressources documentaires sont disponibles sur les postes informatiques : Procédure de tenue du DPA, procédure d'accès du patient à son dossier, procédure dégradée.

Les matériels informatiques sont fonctionnels, déployés, accessibles, maintenus et renouvelés.
Les locaux archivage sont sécurisés et adaptés avec une personne compétente dédiée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'utilisation du logiciel DPI institutionnel dans tous les secteurs de soins de l'établissement permet le partage entre tous les intervenants des informations nécessaires à la prise en charge de patients.

Toutes les prescriptions médicales utilisent l'outil informatique.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et favorisées par l'utilisation du logiciel DPA.

La traçabilité des actions est assurée par l'utilisation systématique de l'outil informatique, dans tous les secteurs.

Des éléments papiers subsistent comme le dossier d'anesthésie, le dossier transfusionnel, les observations médicales d'entrée du patient, mais les professionnels de chaque service assurent l'articulation entre le dossier informatisé et ces supports papiers résiduels. Des documents papier sont numérisés et joints au dossier informatisé (recueil de la personne de confiance, consentement aux soins, carte d'identité). Les documents papier non numérisés mentionnent l'identité du patient et sont placés dans un dossier papier rangé de manière sécurisée au niveau du poste de soins. A la fin du séjour, des éléments numériques du dossier sont imprimés et colligés avec les supports papier puis le dossier papier est archivé.

Deux services sont pilotes pour arriver vers le zéro papier. L'établissement a prévu d'informatiser le dossier d'anesthésie en 2020.

La procédure d'utilisation en mode dégradé est installée sur tous les PC des médecins et sur au moins un PC dans les services de soins.

Les locaux de stockage des dossiers papier sont adaptés à cet usage, et l'organisation interne permet le suivi des dossiers sortis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CMCR des Massues participe au recueil des IQSS sur la tenue du dossier patient en MCO et en SSR. Il est également engagé dans le recueil des indicateurs Hôpital Numérique et s'est récemment porté candidat dans le cadre de l'évolution du dispositif HOP'EN.

Le recensement des demandes d'accès au DPA figure dans le bilan annuel de la commission des usagers (CDU). Les délais d'accès des patients à leur dossier sont suivis annuellement.

Un dispositif d'évaluation de la tenue des dossiers patients, est en place.

Un audit flash tenue du DPA a été réalisé en novembre 2019 par tirage au sort de 30 dossiers provenant de plusieurs services.

Des patients traceurs sont réalisés (12 en 2019).

Les résultats des évaluations permettent d'identifier d'éventuelles actions correctives.

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

Des actions correctives sont mises en place par rapport aux résultats des évaluations notamment pour le suivi des IQSS se rapportant au DPA : Prise en compte des indicateurs en C 2017 se rapportant à la qualité du courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi en MCO, qualité du document de sortie produit le jour de la sortie du patient en SSR. Le CQ identifie l'amélioration à apporter au délai de remise de la lettre de liaison et au courrier de fin d'hospitalisation.

L'ensemble des actions d'amélioration portant sur le DPA sont suivies dans le cadre du PAQSS.

La communication de ces actions d'amélioration est faite en interne dans le cadre des instances et notamment auprès de la CDU, dans le cadre de réunions de service, dans la lettre d'information qualité, les réunions « ¼ h » qualité animées par la responsable qualité.

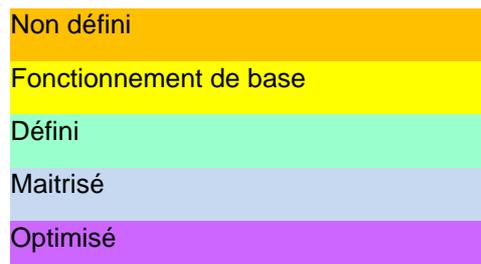
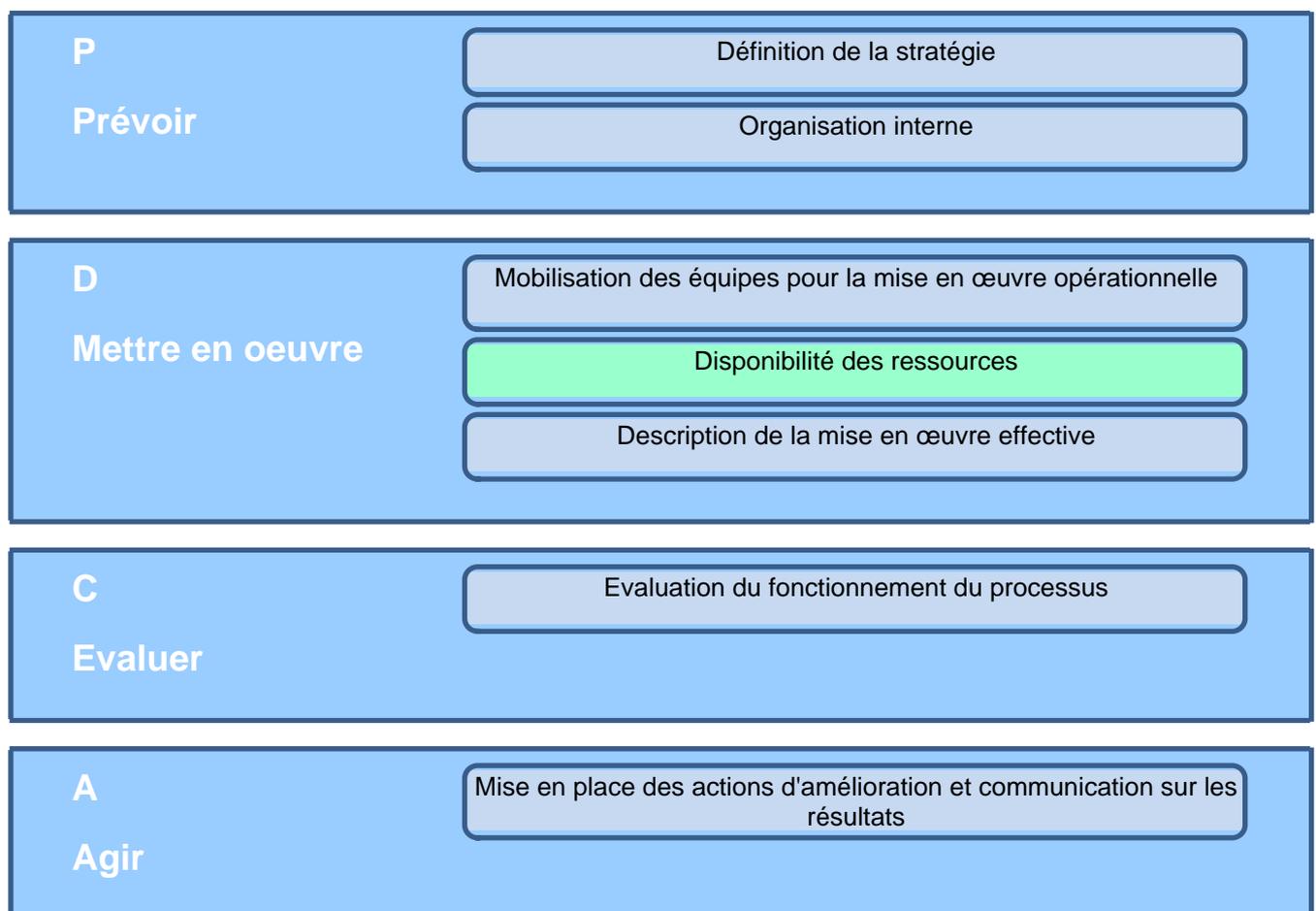
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Les axes stratégiques de la prise en charge médicamenteuse - PECM - au Centre Médico-Chirurgicale et de Réadaptation (CMCR) des Massues s'intègrent dans les orientations stratégiques du Projet d'établissement 2019-2023, en cours de finalisation, impulsés par la Commission Médicale d'Établissement (CME), et en parfaite cohérence avec celles de la Croix Rouge Française (CRF) dont l'établissement fait partie.

Le CMCR des Massues a défini la politique de la prise en charge médicamenteuse conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Cette politique est formalisée au sein d'une procédure intitulée « Politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient » et révisée annuellement (dernière mise à jour le 7 octobre 2019).

Elle développe 3 axes stratégiques prioritaires :

- développer les actions et les moyens pour optimiser la prise en charge médicamenteuse de la personne soignée au niveau de sa prescription, de sa dispensation et de son administration,
- sécuriser le circuit en réduisant les erreurs évitables à chaque étape selon la règle de l'art dite "Règle des 5B",
- améliorer la sécurité, l'efficacité et l'organisation du circuit tant au niveau des unités de soins que la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) afin de diminuer la iatrogénie médicamenteuse évitable.

Une identification des risques a priori et a posteriori a été conduite pour chaque pôle et pour toutes les étapes du processus. Pour ce faire, les pilotes ont utilisés toutes les sources de données disponibles : la réglementation, les recommandations, les cartographies existantes avant le regroupement des trois structures hospitalières, les fiches d'évènements indésirables, les rapports d'audit (CAHPP 2017, CAQES 2019, les résultats de revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs associés (REMEDI), le bilan du Système de Management de la Qualité), les résultats des indicateurs nationaux (IQSS et CAQES), les éléments d'Investigation obligatoire de la certification HAS V2014. Par ailleurs, une étude des risques encourus par les patients lors de la prise en charge médicamenteuse a également été réalisée avec la grille de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) "Inter Diag" pour tous les services de l'établissement.

Cette identification des risques prioritaires, conduite selon la méthodologie proposée par la HAS, a fait l'objet de plusieurs réunions collectives et pluridisciplinaires. Les professionnels concernés ont été sollicités pour analyser les risques et déterminer les actions d'amélioration à mettre en œuvre.

La cartographie des risques a été formalisée de mai à juin 2019 et diffusée en Comité de Pilotage Qualité Gestion des Risques (COPIL QGDR) en juillet 2019.

Le plan d'actions associé fait partie intégrante du Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement, articulé avec le compte qualité, pour lequel des actions d'amélioration ont été mises en place.

Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce plan : identification des pilotes, délais de réalisation, état d'avancement et indicateurs de résultats.

Ce plan d'action, révisé annuellement, est présenté aux professionnels concernés par les cadres de santé en réunion de service, et validé par la (CME).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus du Management de la prise en charge médicamenteuse (PECM) est assuré par le Pharmacien gérant, par un pharmacien désigné Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPECM) et par la Coordinatrice générale des soins et coordinatrice de la gestion des risques médicaux associés aux soins.

Les pilotes s'appuient sur un portage institutionnel fort, partagé par la Direction, le Président de la CME et le COPIL Qualité Sécurité des Soins afin de :

- développer un management par la qualité;
- partager une vision systémique de la PECM et une culture collective des risques;
- élaborer un programme d'actions, avec des indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le système interne de management de la PECM est organisé autour :

- du Comité de Pilotage (COPIL) Médicaments dont les réunions étaient organisées tous les 2 mois jusqu'en octobre 2019. Depuis le suivi est devenu hebdomadaire,
- de la Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS),

- des Comités de Retour d'Expérience (CREX) et des Revues des erreurs liées aux Médicaments et dispositifs médicaux (REMEDI).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le CMCR des Massues organise la réponse à ses besoins en ressources humaines en termes d'effectif, de compétence et de formation.

Les rôles et responsabilités de chacun sont précisés dans des fiches de poste ou dans des fiches de missions (RSMQPECM, pilote du processus). Les délégations de responsabilités sont formalisées à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse.

L'établissement a formalisé le fonctionnement de la PUI dans un Manuel Qualité, révisé en novembre 2019, qui décrit le processus global du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le CMCR des Massues dispose d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et son organigramme est défini. La PUI assure les approvisionnements du secteur sanitaire (chirurgie et SSR) en produits de santé et en dispositifs médicaux dans le respect des autorisations qui lui ont été accordées, du manuel de certification de la HAS et de la réglementation en vigueur. L'accès à la PUI est entièrement sécurisé.

La permanence pharmaceutique est organisée, la PUI étant accessible du lundi au vendredi de 8h 30 à 17h00 et une Dotation Besoin Urgent (DBU) est en place dans un sas sécurisé à l'entrée de la PUI. Au regard des recommandations préconisées dans le cadre de la précédente visite de certification, des actions correctives ont été mises en œuvre, notamment le conventionnement avec la PUI des Hospices Civils de Lyon (HCL) et la mise à disposition dans un sas sécurisé d'une armoire de Dotation pour Besoins Urgents (DBU) de la PUI fait l'objet d'une procédure spécifique.

La Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) se réunit 3 fois par an et assure ses missions conformément à son règlement intérieur. Les modalités de collaboration sont également définies entre la PUI, le médecin du CH Saint Joseph Saint Luc qui assure le rôle de médecin infectiologue et le MAR de l'établissement, référent pour l'antibioprophylaxie.

La gestion documentaire est organisée, les procédures et modes opératoires sont disponibles et mis à jour. Ils sont diffusés via la Gestion Electronique Documentaire (GED) de l'établissement. Ces documents et procédures reprennent les étapes principales du processus de management de la prise en charge du médicament (prescription et dispensation des médicaments et des DMI, validation pharmaceutique, commande et acheminement, stockage, suivi des péremptions etc.). Des procédures plus spécifiques (gestion des stupéfiants, des médicaments à haut risque, du traitement personnel, etc.) sont également disponibles et intégrés dans le système de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Des outils d'aide à la prescription et, en particulier des antibiotiques, sont accessibles à tous les prescripteurs.

La liste des prescripteurs habilités est actualisée en fonction des mouvements des effectifs médicaux, et disponible auprès de la PUI. La liste des patients à risque (patients présentant une insuffisance rénale, les enfants, les personnes âgées et les femmes enceintes) fait l'objet d'une procédure mise à disposition des professionnels au sein du dispositif de gestion électronique des documents (GED) de l'établissement.

Les locaux sécurisés de la PUI permettent le stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des solutés et leur approvisionnement. Les filières des déchets pharmaceutiques et des périmés sont opérationnelles. Au niveau des ressources matérielles, un plan de maintenance préventive et curative est en place en liaison avec les services techniques.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète de la prescription médicale à l'administration, jusqu'à l'étape de conciliation médicamenteuse de sortie. Le logiciel utilisé est intégré dans le dossier patient informatisé (DPI). Des actions spécifiques sont mises en place dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse globale, pour chaque patient accueilli, à savoir la conciliation pharmaceutique et l'entretien pharmaceutique.

Les organisations sont formalisées de la prescription à l'administration du médicament, de l'admission à la sortie du patient, y compris l'analyse et la validation pharmaceutiques, la gestion du traitement personnel du patient hospitalisé, l'entretien pharmaceutique et la conciliation médicamenteuse. L'établissement a par ailleurs acté une organisation permettant de sécuriser la dispensation des médicaments. La fonction transport est assurée par des brancardiers dans des chariots sécurisés.

Les circuits et les interfaces sont définis avec les secteurs cliniques et économiques.

La gestion des erreurs médicamenteuses fait l'objet d'une organisation structurée avec analyse collective méthodique en Comité de retour d'expérience.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien-gérant, le pharmacien, responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse et la coordinatrice générale des soins assurent, en collaboration avec les cadres de santé, la communication des actions à mettre en œuvre dans le cadre de la déclinaison opérationnelle du plan d'action dédié au Management de la prise en charge médicamenteuse. Ils agissent en lien avec le COMEDIMS sur l'ensemble des étapes du circuit du médicament au cours de l'analyse des fiches d'évènement indésirable médicamenteux. L'ensemble des professionnels concernés est associé à cette démarche.

Les pharmaciens interviennent également pour communiquer sur ces actions dans le cadre des réunions d'encadrement et de services ainsi que lors de l'accueil des nouveaux praticiens prescripteurs.

La mise à jour du livret thérapeutique est réalisée, en fonction des décisions prises en COMEDIMS, par les pharmaciens selon la procédure d'actualisation de la liste des médicaments.

Par ailleurs, chaque nouvel embauché, dans son parcours d'intégration, s'entretient avec le pharmacien afin de recevoir les informations nécessaires à la prise en charge médicamenteuse du patient.

Les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues et notamment les procédures et protocoles mis en place. Des actions de sensibilisation ciblée sur la gestion d'une erreur médicamenteuse sont menées.

Une évaluation périodique de la prise en charge médicamenteuse est réalisée (audits, EPP) et les professionnels sont informés des résultats dans le cadre de réunions d'équipe, par le pharmacien et l'encadrement de proximité.

L'encadrement s'assure sur le terrain de la conformité des pratiques par rapport au respect des procédures et protocoles en place. L'information régulière des médecins prescripteurs sur le bon usage des médicaments est assurée par le biais de la validation pharmaceutique des prescriptions, le livret thérapeutique, le guide des bonnes pratiques, les protocoles internes, etc.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont organisées dans tous les secteurs d'activités.

Le signalement des erreurs médicamenteuses est encouragé et favorisé dans tous les secteurs d'activité. Les professionnels participent à l'analyse des causes par le biais des CREX, à la proposition d'actions d'amélioration et sont de ce fait informés des résultats. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou des indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs énoncés dans la politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Le service de pharmacie comprend : 2,7 ETP pharmaciens, 5,5 ETP préparatrices en pharmacie et 0,5 ETP "magasinier".

Dans les unités de soins, l'effectif minimum permet d'assurer au quotidien une administration des traitements par une infirmière diplômée d'Etat. Des formations/sensibilisations des professionnels ciblées sur les différentes étapes du circuit médicamenteux sont proposées sous différentes formes (e-learning, journée d'intégration, etc.).

Les pharmaciens sont engagés dans développement de la conciliation médicamenteuse et deux d'entre eux sont, par ailleurs, pharmacovigilant et matériovigilant.

Les membres du CREX ont été formés à une méthode d'analyse systémique à appliquer suite à la survenue d'un évènement indésirable grave en lien avec le circuit du médicament.

Les équipements informatiques sont en nombre suffisant. Un support unique de prescription et d'administration est en place. Les praticiens prescripteurs disposent d'informations concernant le logiciel de prescription, les médicaments de la classe des antibiotiques et de la classe des stupéfiants, les fiches d'évènements indésirables, les services ressources et sont invités à rencontrer le Pharmacien pour consolider ces informations. Des outils d'aide à la prescription, validés et actualisés, sont mis à leur disposition (Base « Claude Bernard » et Livret thérapeutique entre autres). Ces outils sont accessibles depuis le logiciel de prescription, déclenchant par ailleurs des alertes informatiques en réponse à la conformité du délai de réévaluation des traitements antibiotiques.

Les listes des thérapeutiques à risque et des médicaments présentant une consonance ou une forme pouvant prêter à confusion (liste publiée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) sont accessibles par tous les professionnels dans un document synthétique et complet incluant le détail des risques ainsi que les mesures préventives à mettre en œuvre à chaque étape du circuit. La liste des antibiotiques à disposition dans l'établissement se trouve dans le livret thérapeutique et celle à dispensation contrôlée est enregistrée dans la GED.

La PUI est située au niveau -1 du bâtiment B dit "Rotonde". Elle est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h00 à 17h. Son accès est sécurisé. Les livraisons sont effectuées à la pharmacie pendant les heures d'ouverture. En dehors de ces horaires, aucune réception de produits pharmaceutiques ne peut avoir lieu, sauf si le pharmacien l'a organisée. Le stock dit de Dotation Besoin Urgent (DBU) est accessible dans un sas sécurisé, attenant à la pharmacie. Une convention a été signée avec la Pharmacie Centrale des HCL pour assurer la continuité de la permanence pharmaceutique. Pour les situations d'urgence vitale chaque service de soins dispose d'un chariot d'urgence dont la composition a été validée en COMEDIMS ; la gestion est décrite dans une procédure spécifique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels de la PUI et des unités de soins démontrent l'effectivité du management de la prise en charge médicamenteuse au CMCR des Massues. La mise en œuvre de la prise en charge médicamenteuse s'appuyant sur l'organisation, les circuits, les interfaces opérationnelles définis, est réalisée avec professionnalisme. Les règles d'administration des médicaments, dite « des 5B », recommandations de bonnes pratiques pour la sécurisation de l'administration des médicaments, sont connues de tous les professionnels.

Les infirmières des unités de soins accèdent aux nombreuses procédures de la prise en charge médicamenteuse. Les procédures "Organisation de la permanence pharmaceutique 24h sur 24" et "Gestion du traitement médicamenteux du patient" en sont des exemples, citées, connues et respectées par les professionnelles rencontrées lors des visites de l'ensemble des salles de soins. Les besoins en formation du personnel sont examinés par la direction et la CME. Un plan de formation annuel est établi. Une formation « Circuit du médicament » est organisée régulièrement pour les nouveaux IDE. Un document « explicitant le circuit du médicament est remis à chaque nouvel IDE.

Les prescriptions sont rédigées, sur informatique, par des médecins habilités et dont la signature a été déposée. Elle est actualisée en fonction des mouvements des effectifs médicaux, et disponible auprès de la PUI. Pour prescrire informatiquement le médecin ou l'interne reçoit un identifiant et un mot de passe dès son arrivée dans l'établissement.

La liste des patients à risque dont les personnes âgées fait l'objet d'une procédure mise à disposition des professionnels au sein du dispositif de gestion électronique des documents (GED) de l'établissement. Les médicaments à risque font partie du livret thérapeutique de l'établissement et sont spécifiquement mentionnés dans une procédure intitulée « Liste médicaments à risques et le patient à risque ».

Des actions spécifiques sont mises en place dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse globale, pour chaque patient accueilli, à savoir la conciliation pharmaceutique et l'entretien pharmaceutique. Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.

Le choix du référencement est une décision prise par le pharmacien-gérant et actée lors d'une réunion du COMEDIMS. Le référencement de tous les dispositifs médicaux stériles nécessaires aux soins des patients hospitalisés au CMCR des Massues est disponible dans le Livret des Dispositifs Médicaux du CMCR. Ce livret, mis à disposition des soignants par la pharmacie, utilise la classification CLADIMED. La mise à jour du livret thérapeutique est réalisée en fonction des décisions prises en COMEDIMS par le pharmacien, selon la Procédure d'actualisation de la liste des médicaments.

Le pharmacien gérant et son adjoint (secteur médicament) recensent les événements indésirables liés aux médicaments et informent les soignants des retraits de lots effectués par l'ANSM. Le pharmacien responsable des dispositifs médicaux est le correspondant local de matériovigilance. Il participe au système de matériovigilance mis en place dans l'établissement. Il suit les déclarations de matériovigilance faites par les soignants et qui concernent des Dispositifs Médicaux Stériles délivrés par la pharmacie.

Pour communiquer avec les services de soins, les pharmaciens utilisent la messagerie électronique et ils s'appuient sur un réseau de référents Pharmacie (IDE nommé en concertation avec le Cadre Infirmier du service).

L'informatisation complète de la prise en charge médicamenteuse (prescription, dispensation, administration), déployée sur l'ensemble des secteurs d'activité, a été constatée par les experts-visiteurs lors des investigations de terrain. L'analyse pharmaceutique du traitement complet du patient à chaque nouvelle prescription en incluant le traitement personnel du patient est effective.

Sept services de soins sont en Dotation Hebdomadaire Nominative (DHIN/piluliers), 3 sont en dotation nominative et 2 plus l'hôpital de jour sont en dotation globale. Les dispensations nominatives après analyse des ordonnances et avis pharmaceutique pour l'ensemble des patients hospitalisés sont réalisées à la PUI par une préparatrice en pharmacie. La réfection des piluliers hebdomadaires est faite par deux préparatrices : l'une prépare les quantités totales de médicament, l'autre répartit les médicaments en fonction des heures de prise. Un pharmacien effectue des contrôles sur les piluliers préparés. Les préparatrices rencontrées au sein de la PUI étaient en activité de préparation des piluliers conformément aux règles de bonnes pratiques et sans interruption de tâches. Afin de permettre une identification des médicaments vendus en conditionnement non unitaire un reconditionnement unitaire est effectué à la pharmacie ainsi qu'un sur étiquetage. Sur l'emballage unitaire figure le nom de la spécialité, le dosage, la quantité, la date de péremption, le n° du lot et la date de péremption.

L'entretien des sols et surface est réalisé hebdomadairement par un prestataire de service selon la procédure en vigueur. Des « CLEAN DAYS » sont en place : ce sont des matinées où la PUI est fermée et tout le personnel de la pharmacie est affecté au bio-nettoyage des étagères et tiroirs où sont stockés les médicaments et les dispositifs médicaux stériles. par ailleurs, dans le cadre des visites de terrain, les experts-visiteurs ont observé des salles de soins et des chariots d'administration des traitements médicamenteux parfaitement entretenus et sécurisés.

Le transport des médicaments se fait dans des valisettes réservées à cet effet, dans des chariots (pour les semainiers), dans des armoires fermées pour le réapprovisionnement des dotations et pour le transport du matériel.

Le contrôle des températures de la PUI et des salles de soins ainsi que la vérification de la date de péremption des traitements médicamenteux est effectif, y compris pour les dispositifs d'urgence (chariots), et leur reconditionnement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes avec le COMEDIMS et le COPIL Médicaments, assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus "Management de la prise en charge médicamenteuse", en étroite collaboration avec la CME.

Des modalités d'évaluation du processus à périodicité régulière sont définies pour mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre par l'analyse d'indicateurs pertinents, et communiquer sur les résultats obtenus.

Les indicateurs de la qualité et de sécurité des soins (IQSS) et de nombreux autres indicateurs internes sont suivis :

- les déclarations d'EI en lien avec la prise en charge médicamenteuse ;
- les déclarations d'EI en lien avec le médicament ayant été suivi d'action correctives;
- les EI présentés en CREX;
- le nombre de COPIL Médicaments et de COMEDIMS;
- le nombre de lit informatisés de la prescription à l'administration;
- le score CAQES (84,6%);
- le nombre de professionnels formés au circuit du médicament;
- le nombre de prescripteurs formés;
- le nombre de rencontres Pharmaciens-professionnels;
- le nombre de médicaments identifiables per os;
- la validation pharmaceutique;
- la validation aléatoire des piluliers;
- les audits réalisés sur les armoires à pharmacie;
- les audits réalisés sur le circuit du médicament.

Plusieurs audits et Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) ont également été conduits dans l'établissement permettant aux professionnels de mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre, parmi lesquels :

- la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé;
- la prescription, administration, validation des prescriptions de prémédication lors des injections de toxine botulique;
- la procédure de gestion du traitement personnel du patient en MCO et en SSR;
- la conciliation médicamenteuse;
- audit du chariot d'urgence;
- analyse des risques a priori sur les formes galéniques inadaptées à la capacité des patients
- les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques;
- la réalisation de l'antibioprophylaxie;
- la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème heure et la 72ème heure (CAQES);

L'ensemble des évaluations, prévues dans le PAQSS, y compris les actions de formation et les résultats, sont rassemblés et intégrés dans un tableau de bord des indicateurs établissements et par service. La méthodologie, le calendrier et l'exploitation des résultats est confié au service Qualité. Les résultats sont analysés par des groupes de travail et les commissions qui valident la mise en œuvre des actions d'amélioration. Ce tableau de bord est soumis aux instances et communiqué aux cadres de santé pour diffusion auprès des professionnels.

A / AGIR

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

Les principales actions d'amélioration concernant la prise en charge médicamenteuse sont mises en place au regard de l'évaluation des différentes étapes du processus par le COPIL Médicament. Des points réguliers ont lieu en COMEDIMS, en COPIL Qualité et a minima une fois par an au sein de la CME. Elles sont intégrées et articulées dans le PAQSS institutionnel.

Les principales actions priorisées dans le Compte Qualité et en cours de réalisation concernent :

- les erreurs de médicament ou de dose lors de l'administration;
- la non disponibilité des médicaments, des Dispositif Médicaux (DM) et des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI);
- l'absence de suivi de la prise des traitements par les patients autonomes;
- la non validation de l'administration des médicaments et l'absence de justification;
- les erreurs de prescription (posologie, voie, durée,etc.);
- les erreurs de préparation d'injectable;
- l'accès à la PUI ou aux dotations de médicaments des unités de soins.

La communication des résultats et actions est réalisée, auprès des professionnels concernés par les pilotes sur le terrain, par l'encadrement lors des réunions de services et au cours de l'analyse des erreurs médicamenteuses traitées lors de l'analyse des évènements indésirables (CREX).

Des supports et modalités de diffusion sont établis pour la communication des résultats auprès des usagers, en particulier lors des réunions de la CDU et de la semaine de la sécurité des patients.

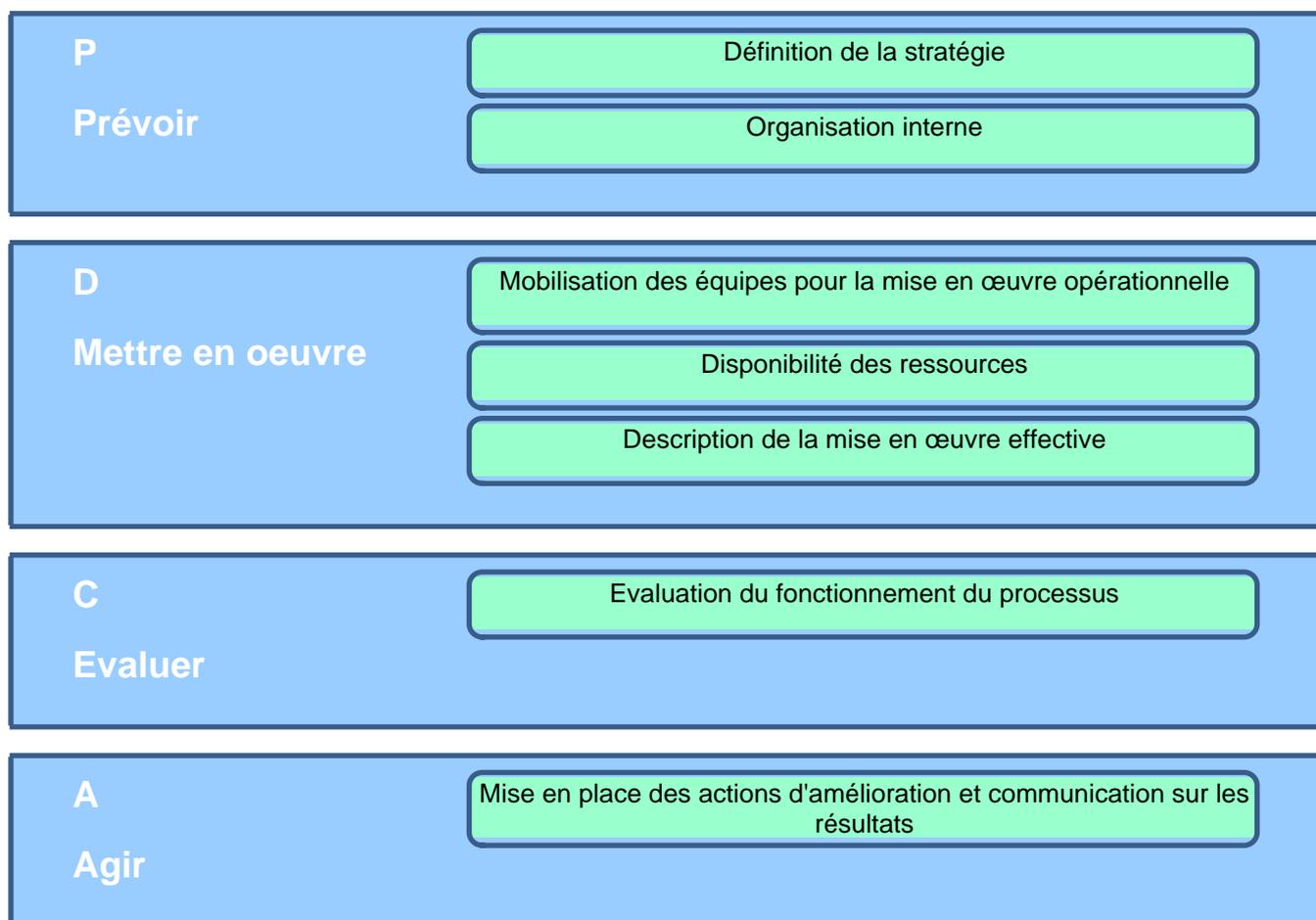
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de la prise en charge du patient au bloc opératoire de l'établissement est définie ; sont pris en charge les patients ayant besoin d'un recours chirurgicale dans les pathologies orthopédiques enfant, adulte, et personnes âgées.

Différentes filières décrites dans le projet médical en cours de validation font appel à la chirurgie et au bloc opératoire, à savoir :

- la filière "Rachis douloureux et déformé",
- la filière "neuro- orthopédique",
- la filière "onco-orthopédique",
- les filières orthopédie simples et complexes.

La stratégie et les objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques sont adaptés à son mode de fonctionnement, selon la politique définie par la Croix-Rouge Française et l'ARS.

Cette politique de développement de la chirurgie est inscrite dans le projet médical 2019-2023. Elle tient compte des valeurs de la structure mais également du contexte des filières d'amont et d'aval de l'établissement. Elle permet un recrutement de patients spécifiques en fonction des orientations dans une zone géographique régionale, nationale et même internationale. En raison des pathologies prises en charge, il n'existe pas d'unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

La politique intègre la gestion des risques et est basée sur la réalisation d'une cartographie des risques en chirurgie et au bloc opératoire. Les risques sont hiérarchisés. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients au niveau du bloc opératoire.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La communication au sein de l'établissement est réalisée sous forme de compte rendu de réunion et d'instances.

Le compte qualité a été élaboré en concertation avec le service Qualité et les pilotes du processus, afin d'identifier les actions du PAQSS à intégrer dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, autour de 3 pilotes : Le président de la CME (Médecin anesthésiste réanimateur), un chirurgien spécialisé dans le rachis, et la cadre de santé du bloc. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste pour l'ensemble des pilotes de l'établissement.

Il existe un Conseil de Bloc qui se déploie de la façon suivante :

- le Conseil de bloc plénier qui se réunit 2 fois par an en présence du Président de CME, le chef de service de chirurgie et la cadre de santé.
- le Conseil de bloc qui lui, se réunit 3 fois par an et auquel participent 3 représentants des professionnels (IADE, IDE, AS)
- le conseil de bloc restreint qui se réunit chaque mardi en présence du Président de CME, le chef de service de chirurgie et la cadre de santé, pour y réguler les interventions de la semaine suivante et évoquer les dossiers en cours.

Sa composition et ses missions sont formalisés dans différents documents : procédure "conseil de bloc" et "charte de bloc" remis à jour en 2019. La responsable de la programmation est la cadre de santé du bloc opératoire.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les recrutements médicaux sont en cohérence avec le projet stratégique de la chirurgie. Les recrutements paramédicaux sont eux aussi en adéquation avec les activités actuelles.

Le plan de formation des professionnels est défini afin d'intégrer les nouveaux arrivants et de prévoir des formations spécifiques au bloc opératoire.

Des procédures sur la prise en charge des patients, la gestion du matériel, le bio-nettoyage sont mises en place en concertation avec les équipes du bloc, y compris pour la signalétique des locaux qui a été revue depuis la dernière visite de certification.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité, notamment avec les consultations, le service chirurgie hospitalisation mais également avec les secteurs MRP et les structures supports comme la stérilisation, la blanchisserie, les déchets et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Chaque semaine, le bloc se réunit avec les chirurgiens, les anesthésistes, les différents professionnels et la cadre du secteur d'hospitalisation afin d'aborder d'améliorer les pratiques.

Des réunions de programmations hebdomadaires sont également en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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

Les pilotes du processus se sont saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins au bloc opératoire en lien avec les orientations de l'établissement. Ils communiquent auprès de leur équipe sur la politique de management de la qualité et de la sécurité commune au niveau du bloc opératoire. Ils communiquent également sur le suivi des plans d'action et l'atteinte des objectifs propres au bloc opératoire. Deux réunions d'information ont eu lieu en 2019 avec l'ensemble du personnel du bloc.

Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc ou lors des réunions hebdomadaires le mardi après-midi.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au bloc et notamment sur l'importance de la déclaration des événements indésirables. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

La réalisation de la cartographie des risques du bloc a été menée grâce à un travail collaboratif entre un chirurgien, un médecin anesthésiste et le cadre de santé).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles depuis le bloc opératoire. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge du patient notamment lors des reprises chirurgicales ou des transferts vers d'autres structures si besoin. Les personnels en poste sont formés et les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation par la cadre du bloc. Il peut être fait appel à des ressources médicales et paramédicales intérimaires. Il existe un « Pool fidèle » d'intervenants.

Les points d'attention signalés lors de la précédente visite ont été corrigé, à savoir la disponibilité des ressources en matériel informatique, l'accès au dossier informatisé, l'existence de 2 postes informatiques par salle d'opération (un coté chirurgical et un coté anesthésie), ainsi que la sécurisation de certains locaux tels que le local de de cartonnage.

Cependant, au niveau des locaux, la prévention du risque infectieux n'est que partiellement mise en œuvre en raison de surfaces exigües principalement au niveau des couloirs et des zones de rangement : il a été constaté lors de la visite terrain du bloc opératoire, que l'encombrement des couloirs par des armoires de linge, armoires d'implants, lits, chariots ménage, bistouri électrique, amplificateur de brillance ainsi que l'encombrement des salles d'opération ne permettent pas un bio nettoyage optimal. L'établissement est conscient de cette situation mais il manque de place de rangement. Ce risque n'apparaît pas dans le compte qualité ni dans le PAQSS. Pour y pallier, la cadre de santé ferme le bloc toutes les 6 semaines afin d'y effectuer des travaux de maintenance et de bio nettoyage.

Les opérations de maintenance sont tracées.

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

Un médecin référent PCR assure le suivi des dosimétries passives et actives, le matériel de protection et les formations sont à jour.

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible. L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé permet de répondre à l'activité du bloc opératoire.

L'accès à la gestion documentaire au bloc opératoire est opérationnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le personnel du secteur connaît l'organisation définie et il met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical présents au bloc opératoire et en SSPI sont adéquats et concordants avec le planning opératoire défini.

Des évaluations annuelles des professionnels, permettent de connaître les besoins en formation. La mise en place des circuits est effective : circuit des patients enfants et adultes (pré, per et post-opératoire), circuit des professionnels, circuit du matériel, du linge, des déchets.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

L'information du patient est réalisée et tracée lors de la consultation avec le chirurgien, puis avec le médecin anesthésiste.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La check-list de sécurité respecte les attendus.

Toutefois, l'organisation et les pratiques au bloc opératoire n'assurent pas systématiquement le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Lors de la visite du bloc, il a été constaté que le tableau opératoire (tableau blanc écrit avec un feutre spécial) indiquait le nom (en toutes lettres) des patients devant être opérés au cours de la journée. Les patients passent obligatoirement devant ce tableau à leur arrivée au bloc. De plus, cette écriture au feutre ne permet pas de garantir les données qui peuvent être effacées par inadvertance. L'établissement n'a pas identifié ce risque dans le PAQSS ; l'acquisition d'un écran plat avait été envisagé mais n'a pas été retenue.

L'informatisation du bloc par des logiciels métier a permis d'améliorer la traçabilité. La vérification des ouvertures de salle d'opération et SSPI est conforme. Les données de référence sont précisées dans les documents de traçabilité (température, hygrométrie, pression). Une procédure décrit la conduite à tenir en cas de non-conformité.

La qualification du bloc (y compris la SSPI et le secteur de stérilisation) a lieu chaque année.

L'utilisation d'un amplificateur de brillance est retrouvée dans le compte rendu opératoire, ainsi que la dose reçue, conformément à la réglementation. Un plan d'action a été mis en place suite à la dernière inspection de l'ASN.

Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles. Les conditions de travail et le climat relationnel au niveau du bloc favorisent la collaboration et la communication entre professionnels. (RMM, EPP, patients traceurs et réunions pluridisciplinaires hebdomadaires). Il existe un document d'interface entre le service de chirurgie hospitalisation et le bloc. Il est systématiquement renseigné depuis son informatisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage du processus bloc assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire. L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés :

- indicateurs IQSS,
- audits « regard expert », audit « vérification à l'arrivée au bloc », « traçabilité des DMI », « préparation de l'opéré », « satisfaction des patients » « hygiène,
- une visite de risque sur la thématique "préparation à la certification" a été réalisée 2019.
- La méthode du patient-traceur est mise en place au sein du secteur de chirurgie depuis 2015, deux patients traceurs ont été réalisés en 2019.

Des EPP sont en place :

- Antibio prophylaxie,
- Douleur post op du rachis,
- Identité du patient,
- Contrôle du côté à opérer (débuté en 2006 et actuellement suivi par un indicateur).

Le nombre de déclarations d'évènements indésirables Bloc/Chirurgie est suivi par la Qualité.

Des tableaux de bord de suivi d'occupation des salles sont en place, un bilan annuel d'activité est réalisé.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration prévues au Compte Qualité et dans le PAQSS ont été finalisées en 2018/2019 :

- Mise à jour du processus bloc, de la charte de bloc et du conseil de bloc,
- Mise en place de réunions de programmation,
- Informatisation de la fiche de liaison pré opératoire/ Bloc,
- Mise en place d'un formulaire de prescription d'acte chirurgical.

D'autres actions sont en cours, telles que la participation au groupe de travail sur la RAAC, et la validation des acquis et expériences des infirmières de bloc opératoire.

Des actions sont menées en continu comme la mise à jour documentaire, les formations et informations des professionnels.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont majoritairement intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions, est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.