



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE PASTEUR

**45 avenue de lombez
31300 Toulouse
JANVIER 2016**

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. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISION	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	51
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	56

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE PASTEUR	
Adresse	45 avenue de lombez 31300 Toulouse
Département / région	HAUTE-GARONNE / MIDI-PYRENEES
Statut	Etablissement privé à but lucratif
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	310000096	SA CLINIQUE PASTEUR	45 avenue de lombez 31076 Toulouse
Etablissement de santé	310780259	CLINIQUE PASTEUR	45 avenue de lombez 31300 Toulouse

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
HAD	HAD	/	/	/
MCO	Chirurgie	87	/	14
MCO	Médecine	245	56	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Certification ISO (audits annuels) : Biomédical, Restauration, Services Hôtelières, Services administratifs et financiers, Etablissement
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - GCS de Cancérologie Privée Midi Pyrénées - GCS CIMP (cliniques indépendantes Midi Pyrénées) - GCS Institut des pathologies cardiaques de l'inter région sud ouest de 2009 - GCS Télémédecine Régional Midi Pyrénées - Convention CR 2C
Regroupement / Fusion	//

Arrêt et fermeture d'activité	//
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Chirurgie esthétique depuis février 2012

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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	H / F	Gastro-entérologie	Pathologie digestive	Programmé	Patient venant pour 1 acte en endoscopie digestive	MCO
2	H / F	Médecine ambulatoire	Cancer si possible origine hémato	Programmé	Patient venant pour traitement répétitif de chimio	MCO
3	H / F	Rhumato	Affection neuro périphérique à type de sciatique	Programmé	pour bilan, en prévision d'intervention en neuro	MCO
4	H/F Adulte	Chirurgie cardiaque, thoracique,	Chirurgie cardio-thoracique si	Urgence	Bloc, USIC - cardio interv + Passage en réa	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
		vasculaire	possible suite IDM			
5	H/F Adulte	Ophthalmo	Cataracte	Programmé	intervention pour cataracte en ambulatoire	MCO
6	Enfant	Assistance respiratoire	Affection respiratoire de l'enfant		Enfant PEC dans l'ES (HDJ) avec relais HAD	HAD
7	H / F	Soins palliatifs oncologie	Pathologie cancéreuse digestive		pour soins palliatifs ou soins de nursings lourds	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

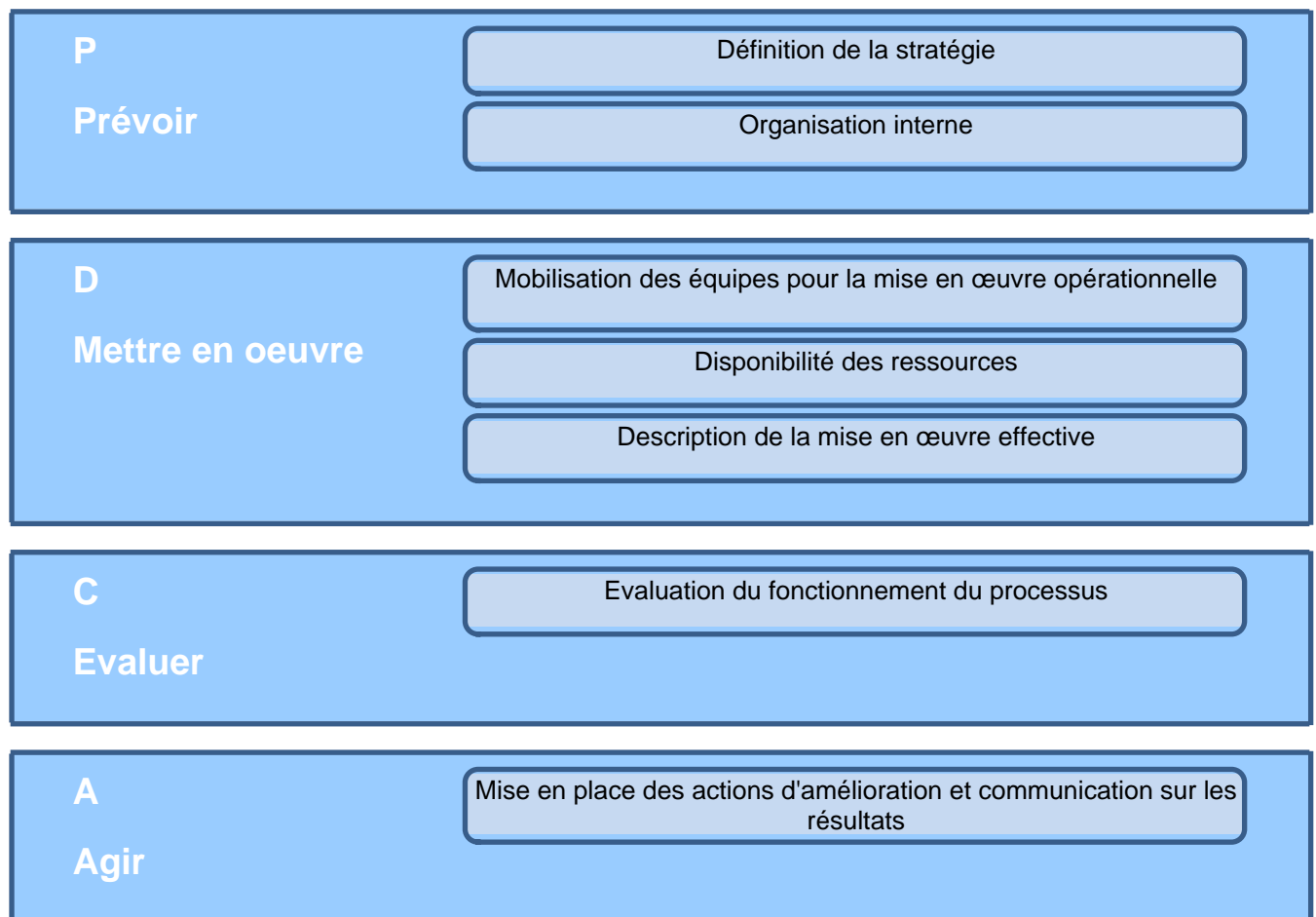
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 projet d'établissement 2014-2019 définit les orientations stratégiques arrêtées par la Direction, le président de la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) et le conseil d'administration. Il intègre un chapitre « Exigences en matière de qualité et de sécurité des soins » qui décline les 13 engagements de la Direction. Ce projet d'établissement se complète d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins formalisée dans un document spécifique. La stratégie est définie par la direction, le conseil d'administration et la conférence médicale d'établissement en association avec les instances. Cette politique priorise cinq axes stratégiques et précise, pour chaque axe, les objectifs principaux en matière d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation. Les axes décrits dans la politique intègrent notamment le développement de la culture qualité, la sécurisation des parcours de soins, l'implication des usagers dans un contexte de santé publique et par-delà, la stratégie EPP, les obligations légales, la veille réglementaire, la gestion de crise et le renforcement de la maîtrise des risques.....

A noter l'engagement de l'établissement depuis 2005, dans des démarches de certification ISO9001 (Restauration, Biomédical, Hôtellerie, services Administratifs), 14001 et EMAS, complété par l'obtention d'un label THQSE pour le service restauration.

Dans son élaboration, l'identification des besoins prend en compte différentes données. Au niveau institutionnel, sont analysés les engagements pris dans le cadre du projet d'établissement, de la politique, des exigences de la HAS, du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens et du Contrat de Bon Usage du Médicaments. Cette identification se complète, au plus proche du terrain, de l'ensemble des analyses réalisées pour élaborer les projets de secteur ou de service. Ainsi, l'ensemble de ces engagements vient s'enrichir des besoins issus des différents projets : actions qualité, actions issues des analyses de risques a priori, a posteriori, des résultats des indicateurs, des évaluations, permettant une déclinaison opérationnelle exhaustive et effective. En revanche, le peu de retour des praticiens ne permet pas de prendre en compte les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins, dans le système global de gestion des risques.

La politique qualité et gestion des risques s'appuie également sur une identification des risques a priori (AMDEC), déclinée sur tous les secteurs d'activité. Une démarche complémentaire de réalisation de cartographies des différents processus « HAS » a été menée : elle identifie l'ensemble des risques potentiels par secteur d'activité, les hiérarchise et détermine les modalités de traitement. Les résultats ont été intégrés au compte qualité et au PAQSS. Cette démarche, collective et coordonnée, débouche sur l'élaboration d'un programme d'actions défini annuellement, actualisé, complété ou modifié en fonction des résultats obtenus, afin de garantir le respect des engagements de la politique. Il prévoit la mise en œuvre des actions nécessaires pour répondre aux engagements fixés. L'implication de l'ensemble de l'encadrement (MCO, HAD, Administration, logistique....) est recherchée activement par une déclinaison de ce programme d'actions en plans d'amélioration continue par secteur d'activité. Les actions y sont déclinées par axe avec l'identification d'un ou des pilote(s). Une échéance est fixée et un ou des indicateur(s) de suivi sont posés.

Le PAQSS 2014-2019 intègre les axes stratégiques déclinés en objectifs/actions, avec des pilotes et un calendrier de mise en œuvre. Il prend en compte les politiques nationales, les éléments issus de la V2010 et du Compte Qualité, les analyses de retour d'information (réglementation, analyse de risque a priori et posteriori, éléments issus de la CRU, CPOM, CBUM, REX, engagements de la politique Qualité Sécurité des Soins). Les démarches d'analyses des événements indésirables, RMM, REX et gestion des plaintes et réclamations y sont intégrées. La stratégie EPP est concrète et déployée dans les différents services.

ORGANISATION INTERNE

Un schéma des acteurs de l'organisation en place est intégré à la Politique Qualité formalisée. Le pilotage est confié au comité de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins (COPILQSS). La politique qualité décrit les missions, les liens mis en place entre les différents acteurs pour décliner la démarche qualité au plus près du terrain. Les missions des pilotes des processus sont définies au niveau institutionnel : s'assurer de la documentation du processus, suivre les indicateurs et le dispositif d'évaluation, identifier les points critiques et ceux maîtrisés. Les rôles, missions et responsabilités des acteurs, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques, du responsable du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse..... sont formalisés et retrouvés dans des fiches de mission, de poste ou règlements intérieurs d'instances. Le Département Qualité et Gestion des risques intervient à la fois dans le pilotage et dans le management opérationnel de la démarche. En termes de pilotage, sa mission principale est de veiller à la mise en œuvre et à la pérennisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement selon les orientations de la politique qualité et gestion des risques et ce en lien avec les instances réglementaires et les comités de l'établissement. Ce département QGDR est composé de 3 ingénieurs qualité dont un dédié à l'HAD, une Infirmière hygiéniste et un Gestionnaire des risques qui assurent le support organisationnel et

méthodologique de la démarche. Les vigilants sont identifiés et assurent leurs missions. L'ensemble de l'encadrement assure à la fois le pilotage et le management opérationnel de la démarche de certification au sein de l'établissement, au plus près du terrain.

L'opérationnalité est assurée par le département qualité et gestion des risques, les référents EPP, les pilotes SMQ, les pilotes des actions du PAQSS et les vigilants. L'encadrement des différents secteurs et services, ainsi que les différentes instances et commissions (CME, CRU, CLIN, 3C, COMEDIMS, CLUD, CLAN, CSI, CETH, CE/DP/CHSCT, groupe ACCUEIL, COPIQSS) contribuent à la mise en œuvre opérationnelle et au suivi. La gestion documentaire, centralisée par le département qualité, est organisée autour d'un Intranet accessible à tous les professionnels. Les démarches de Certification ISO 9001 (Restauration, Biomédical, Hôtellerie, Services Administratifs), ISO 14000 et EMAS, les cartographies des risques a priori (ensemble des secteurs de soin, blocs, pharmacie, secteur administratif & financier, restauration, hôtellerie, URC, ...), les cartographies des différents processus HAS, les logigrammes de la grande majorité des parcours patients de l'établissement sont formalisés et accessibles sur la gestion documentaire partagée sur l'Intranet.

Le dispositif de signalement et de gestion des événements indésirables est organisé. Il permet d'identifier les événements devant faire l'objet d'une analyse des causes profondes, selon une méthodologie adaptée et il associe les acteurs concernés par le déploiement de retours d'expérience.

L'établissement développe l'utilisation de l'outil informatique comme support majeur de transmissions d'informations que ce soit en MCO, en HAD, à destination des professionnels, des partenaires et à destination du public. Le département QGDR a en charge de structurer et d'actualiser l'information via l'intranet, par email individuel pour tous les professionnels, via le site internet, et de préparer les campagnes d'information « patients » et les plaquettes supports

Les représentants des usagers, membres de droit du Conseil d'administration, sont impliqués dans le fonctionnement de la CRU, de la Commission Accueil, du CLIN. Ils sont à l'initiative d'actions d'amélioration intégrées dans le programme global de l'établissement. L'organisation de la gestion des plaintes et réclamations des patients en place permet de répondre et d'apporter une réponse argumentée au plaignant. La gestion des événements indésirables est renforcée par une information donnée aux professionnels et un engagement de la Direction de "non punition". La gestion des vigilances et de la veille sanitaire est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique qualité est déclinée dans les projets de chaque secteur/service puis en actions d'amélioration traduites dans un plan d'actions, intégré au PAQSS, dont le suivi est assuré par les cadres des secteurs/services respectifs. Tous les cadres participent au plan d'audits qui concernent leur secteur d'activité et suivent les actions et les indicateurs intégrés aux projets de secteur/service.

Des actions de communication sont réalisées par les responsables des secteurs d'activité pour sensibiliser les professionnels :

- Des réunions d'informations (AG, CME, COPIQSS, encadrement, personnel, ...) en présence de la direction.
- Des revues de directions formelles et systématiques dans tous les secteurs, lors des Conseils de blocs (praticiens, direction, encadrement, personnel), des Conseils de secteurs de soins (praticiens, direction, encadrement, personnel),
- Des retours systématiques sur les résultats des audits internes et externes avec restitution aux professionnels,
- L'affichage des indicateurs qualité dans les services,
- Le déploiement d'outils de communication comme un livret de synthèse "Certification V2014" à destination des professionnels.

Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment la connaissance des procédures, modes opératoires, notes de service etc...).

Ils sont force de proposition pour les actions d'amélioration à mettre en place suite à la déclaration d'événements indésirables (repris en REX si nécessaire) et de réclamation de patients. Ils contribuent avec les professionnels de leur équipe aux réajustements et ou proposition de nouveaux indicateurs, actions, projets.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le Département Qualité et Gestion des risques assure des formations présentiels et, à l'aide d'un e-Learning, des actions de sensibilisation sur des thématiques pour le personnel dits « FOCUS » (douleur, fin de vie, droit des patients, bientraitance...). Il apporte son soutien méthodologique pour l'organisation des instances, le suivi des indicateurs, la mise à jour des plans d'action et l'analyse des causes à la suite de signalement d'événement indésirable. Les responsables de services ont été formés et assurent le déploiement, le suivi et l'évaluation des plans d'actions. Les différentes instances, les vigilants et experts de l'établissement sont consultés et agissent en complémentarité dans leurs domaines de compétences.

Une gestion documentaire est en place dans l'établissement, en application des règles de gestion

documentaire formalisées, via un Intranet accessible à tous les professionnels. Cette base informatisée met à la disposition de tous les professionnels l'ensemble des documents réalisés (procédures, modes opératoires, conduites à tenir, procédures mode dégradé, "urgences, gestion de crise, informations sur la qualité et la gestion des risques, supports méthodologiques ou d'information type plaquettes) actualisés. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel. Les documents utiles aux services et secteurs d'activité sont à disposition dans les locaux communs ou bureaux.

Des plaquettes d'information à destination des patients, élaborées avec les professionnels, sont également disponibles dans tous les secteurs.

Les ressources matérielles (postes informatiques pour accès à l'Intranet, gestion informatisée des EI, DPI) sont disponibles. Les secteurs le nécessitant peuvent éditer des supports papier des documents utiles. Ces ressources sont facilitatrices pour le suivi des actions et la maîtrise des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le Département Qualité et Gestion des risques impulse la dynamique validée par le COPIQSS et déploie le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Il est également à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles (formalisation d'une procédure, résolution de problème, évaluation, audit, accompagnement méthodologique, formation, actions de sensibilisation, ...)

Une démarche uniforme « TYPE ISO » est déployée dans tous les secteurs et concrétisée par un projet de service, un PAQ rattaché aux objectifs, un tableau de bord de suivi, un programme d'audits internes et externes et une revue de direction annuelle.

Tous les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus qualité (signalement des événements indésirables, gestion documentaire, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations écrites et des plaintes orales des patients).

Le processus de signalement des événements indésirables est dynamique dans l'établissement. Le dispositif est approprié et opérationnel permettant une analyse des causes profondes selon plusieurs méthodes (RMM, RCP, REX...).

La sous-commission EPP est opérationnelle et les démarches EPP se déclinent sur l'ensemble des secteurs d'activité pour certaines depuis plusieurs années, d'autres émergent des pratiques en questionnement, des audits Patients Traceurs, des projets de services (type chemin clinique)... Les professionnels se mobilisent pour s'engager fortement dans des démarches d'amélioration des pratiques (EPP), dans l'ensemble des secteurs d'activité. Des RMM sont en place ainsi que des RCP dans les services concernés.

La gestion des situations de crise dans l'établissement est éprouvée par des situations vécues (AZF), des exercices réguliers (dont le dernier en 2015). Une procédure "Assurer la gestion de crise" est complétée par un mode opératoire "Gérer une situation de crise". L'établissement dispose d'une autorisation pour un dépôt de sang. Les professionnels se mobilisent pour appliquer avec rigueur les procédures en place.

L'organisation de la gestion des plaintes et réclamations des patients en place permet de répondre et d'apporter une réponse argumentée au plaignant, dans des délais conformes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi des services supports engagés dans une démarche ISO 9001, les Revues de Direction annuelles tous secteurs d'activités (évaluation du Système de Management Qualité & Gestion des Risques, évaluation de l'atteinte des objectifs et suivi des indicateurs du PAQSS), les résultats des indicateurs réglementaires (IPAQSS, HN, le tableau de bord des infections nosocomiales, les objectifs et indicateurs du CBUM, du CPOM et du Tableau de bord INCa...). Des tableaux de bord avec suivi d'indicateurs par secteur d'activité sont en place, suivis par les responsables de secteur et ou service. Ce suivi permet de mesurer l'impact des actions menées notamment dans le cadre du suivi des indicateurs ciblés dans leurs projets.

La mesure de la culture qualité & sécurité et le suivi de son évolution sont effectués au travers de l'analyse du taux de satisfaction patients (I-SATIS), des Indicateurs gestion des risques (Nombre annuel de réunions RMM, Nombre de REX ayant des plans d'actions suivis, les indicateurs suivis dans le pilotage des processus HAS, évaluations internes et externes indicateurs Hôpital Numérique, le Bilan CRU). Ce suivi est assuré par les professionnels concernés et coordonné par le Département Qualité GDR.

L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait au travers des questionnaires de sortie ou à l'aide d'enquêtes ponctuelles en partenariat avec les représentants des usagers impliqués dans les analyses.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées, mises en place et pilotées par les responsables de service, en

lien avec le Département Qualité GDR et les instances concernées. Le suivi des actions d'amélioration est réalisé annuellement et les professionnels en sont informés. Le PAQSS ainsi que la cartographie des risques sont réajustés en fonction du résultat des évaluations.

Le suivi, les évolutions, les résultats de cette politique sont soumis à la CME et au conseil d'administration de l'établissement. Des actions de communication sur les résultats sont organisées : revues de Direction annuelles, affichage, réunions de services, des instances, rapport d'activités annuel ou rapport d'étapes pour le CPOM et le CBUM, diffusion Intranet... Une communication actualisée des résultats des indicateurs est assurée par voie d'affichage, l'intranet et le site internet de l'établissement.

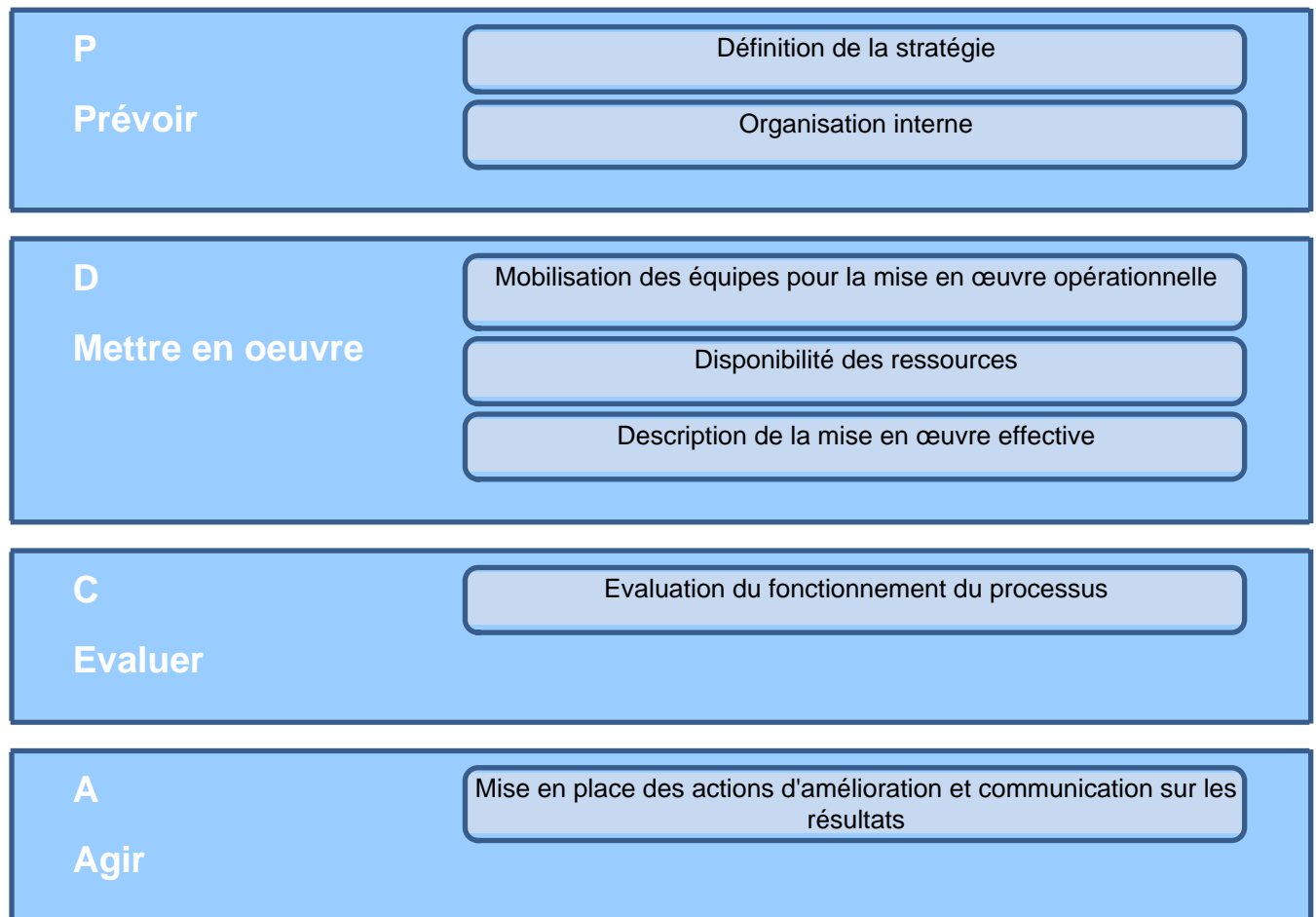
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de maîtrise du risque infectieux s'articule autour des objectifs définis par le contrat d'objectifs et de moyens, les orientations stratégiques de l'établissement et les orientations nationales (PROPIN, PROPIAS, plan national d'alerte sur les antibiotiques, programme national de sécurité du patient), le programme annuel du CLIN, les résultats des évaluations, la réglementation.

Les objectifs du plan d'actions sont définis en fonction des besoins spécifiques à l'établissement en conformité avec les priorités nationales : risques infectieux liés aux actes invasifs (chirurgie, endoscopie, utilisation de dispositif intra-vasculaire), prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et renforcement de la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance. Une description du processus "gestion du risque infectieux" rédigée par le cadre hygiéniste a été validée par le département qualité et la direction. Elle permet de positionner, au regard des étapes du processus, les risques prioritaires identifiés dans le compte-qualité. Elle intègre la maîtrise du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et l'hygiène des locaux.

Les objectifs intègrent l'organisation, les moyens adaptés. Pour chaque risque mentionné dans le compte qualité, le dispositif de maîtrise en place est identifié, les mesures de traitement des risques sont déclinées dans un plan d'actions hiérarchisées prévoyant les ressources et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la gestion du risque infectieux est assuré par le CLIN et le cadre hygiéniste. Le CLIN est rattaché à la CME qui valide le programme annuel ; le cadre hygiéniste est rattaché depuis 2008 au département qualité et gestion des risques, la gestion du risque infectieux étant ainsi intégrée dans la gestion globale des risques associés aux soins. Pour décliner sur le terrain la stratégie de gestion du risque infectieux, le cadre hygiéniste et le président du CLIN s'appuient sur les responsables de secteurs/services et les référents hygiènes identifiés dans chaque secteur.

Les rôles et responsabilités sont identifiés dans le règlement intérieur du CLIN et formalisés dans les fiches de poste des professionnels (cadre hygiéniste, référent hygiène, responsable des services hôteliers, gouvernante de secteurs).

Au regard de la réglementation et des besoins identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires en effectifs (praticien hygiéniste, cadre hygiéniste, référents hygiène, services hôteliers). L'établissement a identifié les besoins en infectiologie pour assurer le bon usage des antibiotiques et le traitement des infections sévères liées aux activités (endocardite, infection de cathéters à chambre implantable, plaie complexe....) en lien avec la commission des antibiotiques et le CLIN

Le plan de formation intègre des formations externes pour le cadre hygiéniste et les référents hygiènes ainsi que des formations internes délivrées par le cadre hygiéniste tant sur l'hygiène de base (tenue, hygiène des mains, entretien des locaux) que pour les actes à haut risque infectieux (utilisation des cathéters veineux centraux, sondage vésical, utilisation des filtres pour respirateur, prévention des AES).

Les procédures et modes opératoires pour la surveillance et la prévention du risque infectieux sont élaborés par le cadre hygiéniste à son initiative ou en partenariat avec les secteurs d'activités. Les protocoles sont systématiquement validés par le CLIN et intégrés dans la base documentaire sur l'intranet. Ces protocoles sont en adéquation avec les besoins de l'établissement : hygiène de base, entretien des locaux, actes à haut risques infectieux. Un référentiel d'aide à la prescription des antibiotiques est également mis à disposition des praticiens sur l'intranet.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins : équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, matériels et produits de désinfection.

Le suivi du programme d'actions et des évolutions des pratiques est communiqué au CLIN où l'ensemble des secteurs de soins est représenté (praticien de chaque secteur et cadre de secteur/service) et présenté au cours des réunions mensuelles d'encadrement et des réunions de référents hygiène.

Les interfaces (laboratoire, pharmacie, biomédical) sont organisées pour faciliter la concertation entre le dispositif de gestion du risque infectieux et les professionnels. Des systèmes d'alerte sont organisés entre le laboratoire de bactériologie, l'infectiologue, le cadre hygiéniste (envoi automatisé des BMR) et les secteurs cliniques (appel téléphonique). Les représentants des usagers sont membres de droit du CLIN et participent à la validation du programme d'actions. Le programme d'actions du CLIN est présenté en CRU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la stratégie institutionnelle en objectifs, plans d'actions opérationnels de surveillance et de prévention est adaptée aux risques spécifiques de chaque secteur. Le cadre hygiéniste assure dans tous les secteurs, en lien étroit avec le cadre de service, l'accompagnement de la mise en œuvre des

actions définies dans le programme d'actions du CLIN ou dans le cadre des projets de secteurs. Le programme d'action du CLIN est diffusé sur Intranet et communiqué à l'encadrement et aux référents hygiène. Ceux-ci sont chargés de relayer les informations auprès de leurs collègues. Les professionnels connaissent les grands axes du programme d'actions du CLIN. L'ensemble des secteurs est impliqué dans un objectif partagé : l'amélioration des pratiques d'utilisation des dispositifs intravasculaires. Une forte dynamique de terrain favorise l'implication des référents hygiène et des professionnels aux recommandations, aux démarches d'évaluations des pratiques professionnelles, au signalement des situations à risque infectieux et à une participation aux REX. En cas de besoin une analyse des causes d'infection sévère est intégrée aux RMM en particulier en réanimation, en chirurgie cardiaque.

Le management et les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment l'application des procédures, en lien avec le cadre hygiéniste. Le respect des bonnes pratiques formalisées dans les protocoles est suivi par le cadre au travers d'indicateurs et d'audits.

L'implication des praticiens de terrain dans les surveillances favorise l'identification et la mise en œuvre des actions d'améliorations.

Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constaté ou de baisse des résultats d'un indicateur et mises en œuvre par le cadre de service avec l'appui du cadre hygiéniste.

Des représentants médicaux et paramédicaux de chaque secteur d'activités participent aux réunions du CLIN. Des réunions périodiques des référents hygiène sont réalisées et les cadres de service organisent la libération de leurs personnels pour y participer.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La présence à mi-temps d'un infectiologue, remplacé en absence par le président du CLIN, bactériologiste, facilite le recours aux conseils pour les prescripteurs.

Le cadre hygiéniste participe activement aux actions de formations régionales et inter régionales. Les professionnels bénéficient de formations sur le risque infectieux. Les référents hygiène de chaque service ont bénéficié des 3 niveaux de formation (5 jours) et sont libérés pour les formations internes. Des formations périodiques des professionnels (y compris nouveaux arrivants) sont assurées pour harmoniser les pratiques. Pour l'antibiothérapie, l'infectiologue organise des réunions thématiques pour toutes les actualisations émises par les sociétés savantes. Les diaporamas sont systématiquement mis en ligne sur l'intranet praticien.

La documentation est accessible au sein de l'intranet. Elle est actualisée et connue des professionnels. Le référentiel de prescription ANTIBIOGARD est mis à disposition et utilisé par les prescripteurs. Les différents comptes rendus sont disponibles sur l'intranet ainsi que les plaquettes destinées aux professionnels, élaborées avec le soutien du service de communication

Les équipements de protection individuelle sont disponibles dans tous les secteurs. Les locaux sont fonctionnels dans les services de soins et équipements nécessaires à leur entretien mis à disposition. Le choix des produits est réalisé en partenariat avec le cadre hygiéniste sur validation du CLIN.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement définit la réalisation de 6 FOCUS chaque année à l'initiative des cadres de secteurs et paramédicaux afin de renforcer l'implication de l'ensemble des professionnels sur les bonnes pratiques. Le risque infectieux a fait l'objet d'un FOCUS en 2014 sur la prévention de la transmission croisée (précautions standard et précautions complémentaires).

La mise en œuvre du programme de surveillance est réalisée conformément au programme du CLIN par le bactériologiste pour les BMR, les pharmaciens pour les consommations des antibiotiques, le cadre hygiéniste avec l'appui des chirurgiens pour les ISO et par les réanimateurs pour la surveillance nationale réa. Les signalements de situation à risque infectieux sont analysés conjointement par le cadre hygiéniste, le bactériologiste assurant le rôle de praticien hygiéniste et l'infectiologue. Les résultats des prélèvements d'environnement (air, eau, surfaces) dans les secteurs à risques sont suivis, analysés et transmis à l'encadrement médical et paramédical

Des staffs hebdomadaires multidisciplinaires associant bactériologiste, infectiologue et praticiens sont réalisés dans les secteurs à haut risque infectieux : réanimation, au centre de plaie et cicatrisation. Les praticiens recourent à l'avis de l'infectiologue dans tous les secteurs d'activités pour toute infection présentant un caractère de gravité. La réévaluation de l'antibiothérapie entre 48 et 72 H est systématiquement assurée, la dispensation étant limitée à 3 jours de traitement en l'absence de réévaluation, ce que confirme l'indicateur ICATB.

Les pharmaciens participent à la promotion du bon usage des antibiotiques en assurant le suivi des consommations et la participation aux audits.

L'hygiène des locaux est supervisée par la responsable des services hôteliers et mis en œuvre par les agents sous la responsabilité des gouvernantes de secteurs. La traçabilité de l'entretien des locaux est informatisée sur tous les secteurs y compris dans les blocs. L'outil de traçabilité permet d'intégrer l'information BMR transmise par le cadre hygiéniste. Le respect des circuits dans les services de soins est effectif. La conformité de la préparation cutanée est suivie

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure annuellement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques. Cette évaluation est réalisée sur la base des indicateurs nationaux Icalin et ICATB, le suivi des BMR. La consommation de solution hydro-alcoolique fait l'objet d'une surveillance par service.

L'évaluation périodique du dispositif de gestion du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques est réalisée sur la base de nombreux indicateurs (tableau de bord des infections nosocomiales, indicateurs nationaux surveillances RAISIN, indicateurs établissement) et sur la réalisation d'audits de pratiques programmés. Les surveillances nationales sont mise en œuvre (BMR, ISO, REA, consommations des antibiotiques).

Les cadres de secteurs assurent le suivi d'indicateurs de gestion du risque infectieux : consommation de SHA et indicateurs spécifiques à leurs secteurs (absence de bijou, respect des précautions standard, réalisation de la préparation cutanée en chirurgie).

De nombreuses évaluations des pratiques sont réalisées dans les secteurs: sondage vésical, bonnes pratiques de gestion du sondage vésical lors du transfert des patients, pose de PICC, utilisation des cathéters veineux périphériques, cathéters à chambre implantable, cathéter veineux central...

Un bilan annuel d'activité du CLIN est réalisé et présenté en CME et à la CRU avant diffusion sur l'intranet.

L'analyse des résultats permet l'identification d'actions correctives.

A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle et d'un bilan d'activité. Les risques identifiés sont ajustés et les actions d'amélioration mises en place sont articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Le bilan des actions de promotion du bon usage des antibiotiques sont suivies en commission des antibiotiques. Ce rapport est soumis aux instances et présentés lors des réunions mensuelles d'encadrement paramédical.

La communication des résultats des indicateurs nationaux et institutionnels se fait au travers d'affichage dans les secteurs de soins, de communication orale. Le suivi des BMR, des consommations des antibiotiques, les REX mis en œuvre en cas d'infections associées aux soins sévères sont disponibles sur l'intranet et accessibles à l'ensemble des professionnels, favorisant le développement de la culture de sécurité du risque infectieux.

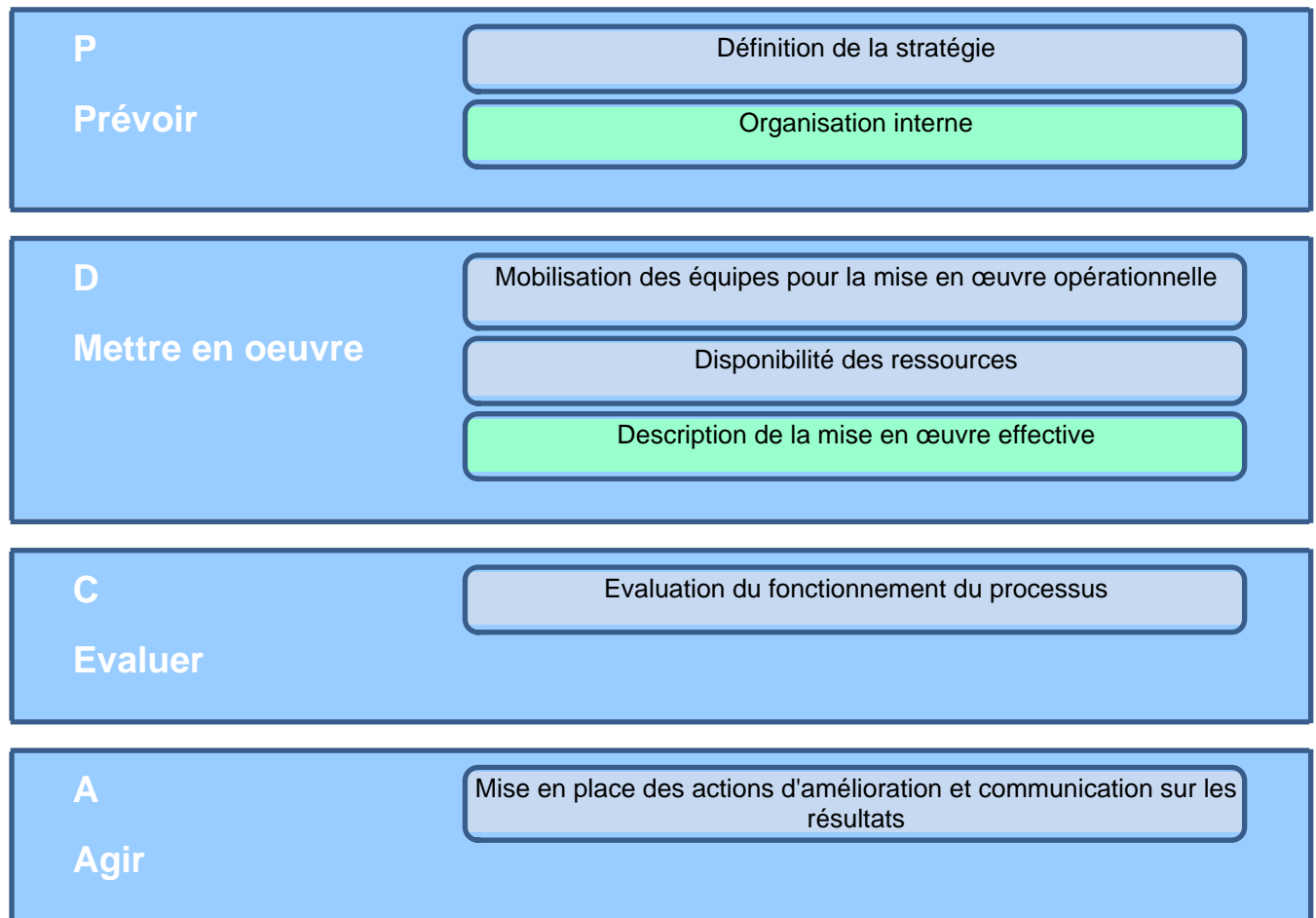
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement place la dimension éthique au cœur de son projet d'établissement qui intègre plusieurs objectifs : Faire progresser la réalité des droits des usagers, Promouvoir le droit des patients notamment en termes de dignité, d'intimité, de confidentialité et de respect des libertés individuelles.

L'identification des besoins découle d'une analyse menée suite à une auto évaluation sur la bientraitance, des résultats des audits internes, des résultats des enquêtes satisfaction, et des résultats des campagnes I-SATIS. L'analyse des risques est réalisée au niveau de l'établissement conformément à la méthodologie en vigueur. Neuf risques prioritaires sont identifiés comme le défaut de traçabilité de l'information faite au patient en cas de dommage lié aux soins, et la méconnaissance des soignants sur les droits des patients dont les directives anticipées.

Le document décrivant le processus droit des patients cartographie les risques identifiés et identifie les axes de travail relatifs aux droits des patients.

Le plan d'actions spécifique à cette thématique, validé par la CRU, est intégré au PAQSS de l'établissement. Il est en relation avec les résultats des enquêtes de satisfaction, des remerciements et réclamations, les résultats des campagnes I- SATIS, les indicateurs internes et des audits menés dans ce domaine.

Les mesures de traitement des risques sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « Droit des patients » est assuré par les responsables des secteurs médecine, cardiologie, chirurgie et HAD. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans une procédure « Rôle et mission des pilotes ».

La CRU, en place et fonctionnelle conformément à son règlement intérieur, est garante du respect des droits des patients dans l'établissement. Le comité d'éthique, en place depuis 2009, a été restructuré. Il est saisi de sujets concernant les droits des patients

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Le plan de formation intègre des formations qualifiantes type DU (éthique, douleur, soins palliatifs), et le déploiement de formations intra au travers de E-Learning pour tous les professionnels sur les thèmes « Droits des patients (dont les directives anticipées (DA)) », « Bientraitance », « Prise en charge de la Douleur ».

Les ressources documentaires sont identifiées et en place : un « Passeport » patient, décliné entre autre pour l'ambulatoire et les enfants, intègre le livret d'accueil, des plaquettes d'informations ciblées, ainsi que l'organisation relative à l'information du patient, de ses proches et des professionnels.

L'établissement développe des outils permettant au patient d'avoir accès à son dossier et l'ensemble des informations nécessaires à sa prise en charge (Site Web et MH-BOX). Le livret d'accueil décline plus spécifiquement dans son chapitre « Droits et devoirs » les thèmes : désignation de la personne de confiance, consentement éclairé, rédaction des DA, traitement informatique des données, confidentialité, modalités d'accès au dossier médical, remerciements –réclamations, CRU et membres de la CRU, 3C, Dossier communiquant en cancérologie, tumorothèque régionale et RCPO. En HAD, un espace « Patient » est accessible au patient sur les MH-BOX mises à disposition. La charte du patient hospitalisé, accessible en plusieurs langues, est complétée par la charte de l'enfant et adolescent hospitalisé et celle de « Hôpital sans tabac ». L'établissement a mis en place un « Espace patient » sur son site Internet qui intègre l'ensemble des informations disponibles et nécessaires à sa prise en charge. En HAD, un espace « Patient » est accessible au patient sur les tablettes mises à disposition.

La gestion des interfaces notamment entre la direction, la CRU, les services médicaux et médico techniques, le Comité d'Ethique et l'EMSP est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité, ce qui permet l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les projets de secteurs et/ou de services déclinent les valeurs institutionnelles, dont le respect des personnes et de leurs droits, partagées par l'ensemble des professionnels, dans le cadre d'une démarche de promotion de la bientraitance et de la qualité de l'accueil.

Le management des différents services s'est saisi des actions ciblées dans le PAQ du processus «Droit des patients ». Il communique auprès de son équipe et organise la mise en œuvre des actions d'amélioration. Il évalue l'impact sur l'amélioration des résultats (cadence mensuelle pour les dossiers

patients ou trimestrielle pour certains indicateurs).
Pour exemple, un travail important (« Focus ») a été mené institutionnellement autour de la bientraitance, sur la base d'une auto-évaluation réalisée par les professionnels : des temps de sensibilisation ont été organisés couplés avec une diffusion de documents type plaquette, charte d'engagement... Plus de 90% des professionnels y ont participé dont les praticiens libéraux.

Le Comité d'éthique et la disponibilité de l'EMSP contribuent à alimenter la réflexion des professionnels de l'établissement sur les sujets comme l'acharnement, les annonces difficiles...

Chaque responsable de service dispose des résultats des questionnaires de satisfaction et les partage avec ses équipes. Les professionnels de l'établissement sont mobilisés autour du respect des droits fondamentaux des patients. Il existe une réflexion au sein de l'établissement sur l'information et l'accompagnement de l'entourage, particulièrement avec les enfants, les patients en situation de fin de vie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (en termes d'effectifs et de formation) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les personnels soignants, les psychologues, les personnels socio-éducatifs sont en place pour offrir un accueil personnalisé et un soutien à l'entourage, si besoin. Les formations des professionnels intègrent la dimension des droits des patients notamment à travers des formations bientraitance (par E-learning), prise en charge des patients en fin de vie, douleur, directives anticipées.

Les professionnels ont à leur disposition les procédures et modes opératoires portant sur le droit des patients : "Prise en charge d'un dommage lié aux soins", "Evaluer, signaler et agir en cas de maltraitance", "Désignation de la personne de confiance"... Les professionnels ont accès à la gestion documentaire actualisée sur la base intranet à disposition sur tous les postes informatiques (fixes, portables, tablettes).

L'établissement développe des outils permettant au patient d'avoir accès à son dossier et l'ensemble des informations nécessaires à sa prise en charge (Site Web et BOX en HAD).

Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose de chambres particulières et de chambres ou box à 2 lits/places. Des équipements, type rideaux sont en place afin de garantir de le respect de l'intimité en chambre et en salle de surveillance interventionnelle. L'établissement a mis en place des équipements pour accueillir les proches des patients. Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une commission « Accueil » a été mise en place, intégrant les représentants des usagers, afin d'évaluer et améliorer les conditions d'accueil des patients pris en charge. Les représentants des usagers ont participé aux réunions de préparation à la certification et à la CRU.

L'information du patient hospitalisé sur les conditions de son séjour et ses droits est assurée dans tous les services. Le livret d'accueil décline plus spécifiquement dans son chapitre « Droits et devoirs » les thèmes : désignation de la personne de confiance, consentement éclairé, rédaction des directives anticipées, traitement informatique des données, confidentialité, modalités d'accès au dossier médical, remerciements/réclamations, 3C, dossier communiquant en cancérologie, tumorothèque régionale. Il fait mention de la CRU, de ses membres, des représentants des usagers.

Des passeports d'accueil sont disponibles : les dispositions particulières et des documents spécifiques ont été élaborés dans certains secteurs avec la participation des professionnels pour adapter la prise en charge aux caractéristiques des patients. Le patient bénéficie de l'ensemble des informations sur le site Internet et dans son accès, en HAD sur les tablettes mises à disposition.

En termes de confidentialité, une procédure est connue des professionnels afin de garantir le respect de la confidentialité des informations transmises. En HAD, les ressources matérielles disponibles au domicile facilitent la confidentialité. L'encadrement assure une veille régulière d'éléments contributifs à garantir la confidentialité : portes fermées des infirmeries, mise en veille des ordinateurs /tablettes dans les couloirs,...

L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé du patient, de la personne de confiance, des directives anticipées et des besoins spécifiques. Un dispositif personnalisé d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés. Lors de l'admission de chaque patient ou pré admission en HAD, au moment de l'évaluation initiale du patient, les infirmières et les aides-soignantes identifient les patients les plus vulnérables et mettent en place des actions d'accompagnement (matériel spécifiques, besoins spécifiques).

Les projets thérapeutiques/soins personnalisés tracent l'engagement de l'équipe dans le respect des droits des patients. Le respect des libertés individuelles peut être évoqué lors des staffs et tracé dans le dossier informatisé. Le refus de soins y est systématiquement tracé. L'information au patient durant son séjour est tracée dans le dossier de soins. En cas de dommage lié aux soins, l'équipe se réfère à la procédure validée sur l'établissement.

La promotion de la bientraitance est un sujet travaillé dans l'ensemble de l'établissement et décliné dans chaque service. Les situations qui pourraient être considérées comme maltraitantes sont identifiées et les professionnels sont encouragés à les signaler. Le respect de la dignité et de l'intimité, des libertés individuelles est une préoccupation des professionnels. Une réflexion est mise en œuvre sur les isolements septiques, les situations à risques de maltraitance. Les professionnels connaissent les modalités d'informations d'un dommage associé aux soins. Un accueil et un soutien de l'entourage des patients sont assurés. L'intervention des psychologues dans les situations le nécessitant est effective sur

demande des professionnels. L'ensemble des éléments recueillis sont tracés dans le DPI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation des questionnaires de sortie et des audits dans chaque secteur d'activité ainsi que sur la base de tableaux de bord intégrant des indicateurs nationaux et locaux. Il participe au recueil des données de l'indicateur I-Satis. Le nombre de plaintes et réclamations est suivi au cours de l'année ainsi que les remerciements. Un bilan annuel de la CRU est réalisé et communiqué. La CRU s'assure de la réalisation de plusieurs actions pérennes ou ponctuelles. Elle analyse qualitativement les observations des patients.

L'analyse des résultats permet d'identifier des actions correctives.

Plusieurs patients traceurs ont été réalisés afin de faire le bilan de l'existant à partir de la grille HAS dont certains items sont en lien avec les droits des patients. Les projets de service prévoient de réaliser un audit Patient Traceur par an. Une auto-évaluation des professionnels sur la bienveillance a été effectuée dans l'établissement.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre sur la base des données issues des évaluations conduites sur le thème du droit des patients. Les résultats des différentes évaluations sont partagés avec les équipes et avec la CRU. A partir des évaluations, un ajustement annuel des actions est réalisé.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQ Global.

Des supports et modalités de diffusion sont définis. Les résultats des indicateurs sont communiqués en interne auprès des professionnels (affichage et Intranet), des instances et des usagers. Les professionnels ont accès, sur l'Intranet, à tous les comptes rendus de réunions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

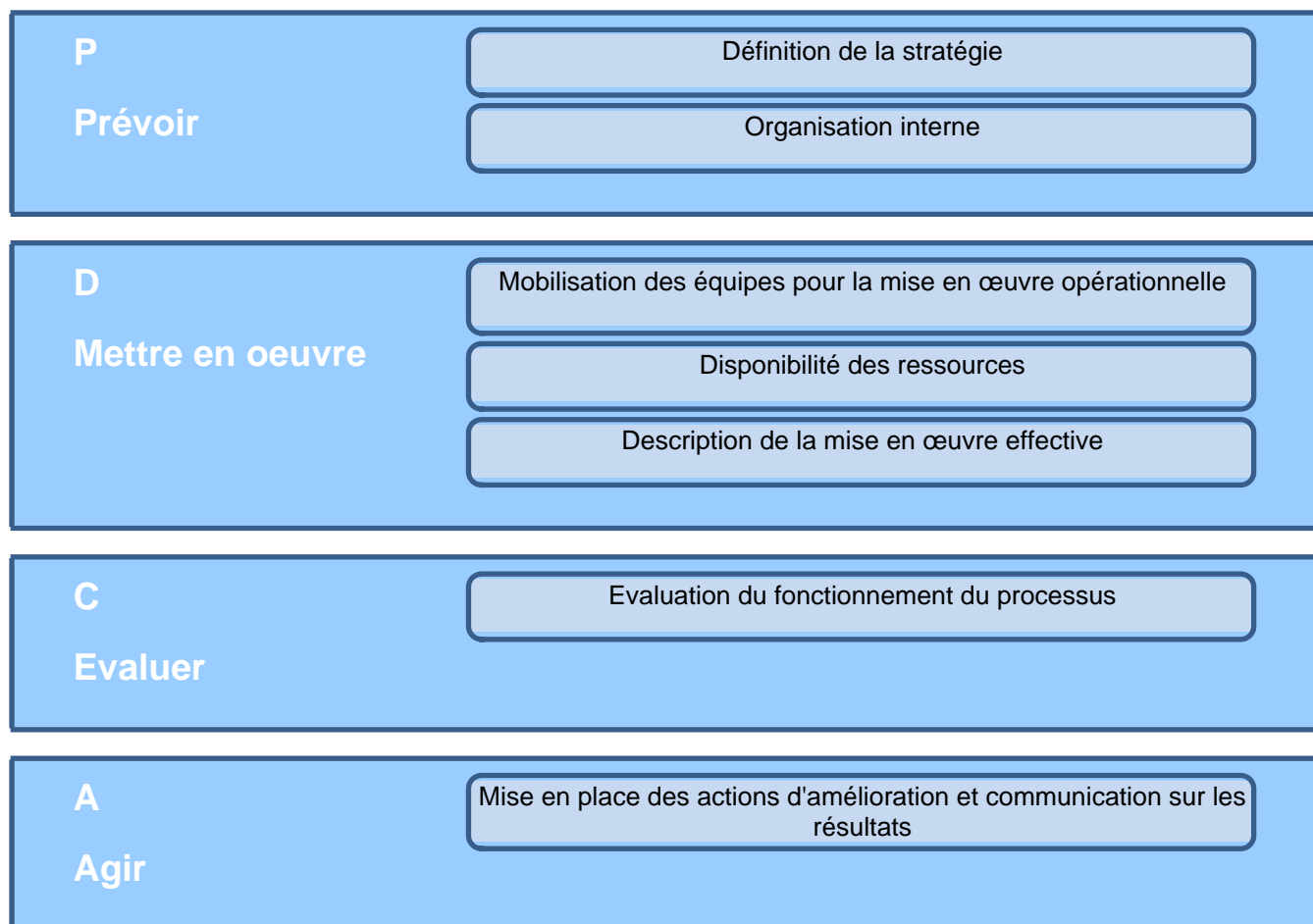
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 d'établissement 2014-2019 est inscrit dans les orientations du PRS (2012) et répond aux engagements contractualisés dans le cadre du CPOM 2013-2017. Il a été validé par les différentes instances de l'établissement et présenté aux professionnels. Les objectifs de l'établissement (Améliorer l'accueil du patient et Garantir la qualité et la sécurité des soins) président à la réflexion en termes de prise en charge. Le projet médical est surtout axé sur les axes de développement des activités de cardiologie, cancérologie, HAD avec le maintien des activités de rhumatologie et ophtalmologie.

Un travail a été mené sur 15 parcours "patient", par les professionnels concernés par la prise en charge. Les parcours décrivent les modalités de prise en charge autour de trois axes importants : la prise en compte des besoins, l'identification des risques pour le patient et le respect des droits des patients. Chaque parcours de soins est formalisé sous forme d'un logigramme. Chaque secteur a réalisé une analyse de risques selon la méthodologie définie en interne. L'analyse de la cartographie des risques du processus est issue de l'analyse de risques effectuée selon la méthodologie définie (analyse préliminaire des risques de type AMDEC Processus), dans tous les secteurs de l'établissement.

Les objectifs sont déclinés en axes communs : l'uniformisation des pratiques de soins, la gestion des lits et des flux patients, l'optimisation des ressources humaines, la programmation des interventions et la maîtrise des coûts (dépenses et facturation). La cartographie a permis de cibler des objectifs de travail, des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement de risques, adaptés aux spécificités de tous les secteurs et services de l'établissement et prévoyant les ressources et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus : elle s'appuie sur les Responsables des secteurs de soins (médecine, cardiologie, chirurgie, blocs opératoires et HAD). Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans une procédure « Rôle et mission des pilotes ». Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires à son activité et à la charge de travail. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée : tutorat, formations favorisant l'intégration, remise d'un livret d'accueil et de documents relatifs aux spécificités de service. Le programme de formation continue destiné aux équipes soignantes est élaboré et priorisé sur la base d'un recueil des besoins réalisé dans les différents services par l'encadrement et sur la base de formations obligatoires (gestion de l'urgence, accueil du patient, prise en charge des patients en salle de réveil).

Les ressources matérielles (locaux, équipements) et documentaires (procédures, modes opératoires, conduites à tenir, affiches) sont prévues. Les demandes d'achat de matériel sont présentées et validées en CODIR.

Des actions de communication à destination des professionnels sont organisées via des réunions de service, des réunions plénières, des actions de sensibilisation, de l'Intranet mis à disposition sur tous les postes informatiques, des différents supports (plaquettes, livrets, posters) accompagnés par le service communication de l'établissement. La gestion des interfaces est organisée en particulier entre professionnels et le secteur libéral grâce à un DPI permettant l'interface avec l'ensemble des praticiens exerçant au sein de l'établissement. Le rôle des responsables des services est déterminant dans les interfaces entre les secteurs interventionnels et les services d'hospitalisation, ils concourent à l'adhésion du personnel à la dynamique institutionnelle de l'établissement.

En HAD, une concertation permanente entre les professionnels (médicaux, cadre de santé, paramédicaux, psychologue, assistante sociale, secrétaire, qualitiennne, TIM) facilite les relations avec les partenaires libéraux, ce qui permet l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En tenant compte des besoins et des risques identifiés, l'établissement organise la déclinaison du processus pour chaque prise en charge (MCO et HAD). Cette déclinaison prend en compte les spécificités de l'établissement (secteur libéral et hétérogénéité des pratiques médicales).

Des projets de soins sont déclinés par secteurs d'activité (Cardiologie, Blocs Opératoires, Chirurgie, Médecine, HAD), complétés par des projets de service (pour les secteurs intégrant plusieurs services). Le projet des secteurs de soins, interventionnels et services support, traduisent les objectifs institutionnels en termes d'actions d'amélioration par secteur d'activité, avec une volonté commune affirmée et intégrée en termes d'objectifs : « Mobiliser les valeurs professionnelles et humaines par une dynamique managériale », « Garantir la qualité et la sécurité des soins », « Assurer la permanence des soins », « Développer la performance de l'entreprise ».

Les professionnels se sont approprié cette déclinaison en travaillant dans chaque service les conduites à tenir par praticien. Quinze «parcours patient» ont été formalisés après un travail de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire concernée.

Les responsables des secteurs informent et sensibilisent les équipes sur les priorités définies au niveau institutionnel, et sur le fonctionnement du processus propre à leur secteur, au regard des risques identifiés et des résultats des évaluations. Suite aux EPP, RMM, RCP, audits et à l'analyse des événements indésirables, des actions correctives sont déployées. Ces actions sont pilotées par les responsables de service et les résultats sont communiqués aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement qu'en termes de qualifications. Une étude régulière des charges en soins est réalisée par l'encadrement en lien avec la DRH : l'adéquation effectif/charge de travail est recherchée.

Un dispositif est en place pour assurer la permanence des soins, de jour comme de nuit, dans tous les secteurs qui le nécessitent. Cette permanence est assurée, à partir de tableaux de garde, par spécialité, y compris pour l'HAD, des professionnels médicaux et paramédicaux, affichés dans les services après validation de la direction.

Les professionnels sont régulièrement formés.

La gestion documentaire actualisée est mise à disposition des équipes : procédures, protocoles, sous forme informatisée. La communication est réalisée via l'intranet et relayée par l'encadrement des secteurs. Les documents d'information et de conseils élaborés à destination des patients sont disponibles (plaquettes, flyers). Des procédures pour les soins courants sont accessibles.

Les chariots d'urgence (et sacs à dos d'urgence pour les secteurs non soins), sont en place dans tous les secteurs, y compris en HAD où les professionnels disposent d'une trousse d'urgence et les professionnels de l'établissement sont formés régulièrement aux gestes d'urgence. Un plan d'équipement et de maintenance préventive et curative est suivi annuellement et le matériel spécifique identifié comme nécessaire est mis à disposition (brancards, guéridons de rangement en HAD, chariots de stockage des médicaments en MCO...). La dotation en matériel est adaptée aux besoins des professionnels en activité au domicile des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre les services, avec les cabinets des médecins libéraux, avec les structures d'aval et les professionnels libéraux sont organisées. La coordination entre les différents acteurs est effective grâce à la mise en place du DPI, des modalités d'organisation des staffs et du travail de concertation entre les différents intervenants. La présence des responsables de services de l'établissement et l'habitude du travail en équipe permettent une capacité de réaction en cas d'imprévu. Une veille sanitaire ainsi que la volonté d'innovation de l'établissement permettent un réajustement constant des pratiques professionnelles.

La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale de son état de santé qui intègre l'ensemble de ses besoins ; elle est tracée dans le dossier du patient. Cette évaluation est réalisée lors de l'admission ou en étape préparatoire à une admission pour l'HAD.

La coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et les autres intervenants dans la prise en charge (psychologues, diététiciennes, personnels de rééducation..) est effective : leurs observations respectives sont tracées dans le dossier du patient. Les coopérations pour les prises en charge spécifiques sont organisées, comme par exemple l'intervention de diététiciennes dans le cadre de troubles nutritionnels, d'un psychiatre, de l'Unité Mobile de Soins Palliatifs pour les patients en fin de vie. Les Centres « Douleur Chronique » et « Plaies et Cicatrisations » sont mobilisés dès que le besoin est identifié. Une stomathérapeute est disponible pour éduquer les patients stomisés. Le travail en équipe est encouragé. Des réunions régulières sont conduites (transmissions, synthèses, staffs).

Le projet thérapeutique est établi, tracé et évalué. Cette évaluation est hebdomadaire et pluridisciplinaire dans les services où la DMS le permet. Les projets de soins des patients requérant une approche pluridisciplinaire, telle l'oncologie, sont établis et révisés lors de RCP. Le consentement du patient à son projet de soins est toujours recherché.

La mesure du poids et de l'IMC à l'admission du patient et au cours de l'hospitalisation est généralisée et tracée. Le dépistage des troubles nutritionnels est un des objectifs de la prise en charge. L'évaluation de la douleur est effective. Le risque suicidaire est recherché Le risque de vulnérabilité est pris en compte.

Une offre de plusieurs programmes d'éducation thérapeutique du patient est en place, d'autres en cours de validation notamment en HAD. Cette offre correspond aux besoins identifiés des patients hospitalisés. Des actions d'éducation thérapeutique sont menées au travers de programmes autorisés (prise en charge nutritionnelle), complété par différents ateliers ou des programmes organisés en interne : programme ETP diabète, plaies, post-infarctus, DVD d'animation et jeu sur le diabète, ...

Les prises en charges spécifiques dont celle des enfants et des personnes âgées sont organisées. L'association des différents acteurs est effective (équipes, instances, usagers, patients). La famille et l'entourage en HAD sont associés à la prise en charge. La traçabilité des activités est assurée et partagée.

La préparation de la sortie est réalisée dès l'entrée. Lors de la sortie, les documents nécessaires sont remis (ordonnance, courriers, fiche liaison, plaquettes de conseil à la sortie...) comme le confirme l'indicateur IQSS sur cet item. Le lien Ville-Hôpital est particulièrement déployé et développé : télé cardiologie, télé suivi des plaies, messagerie sécurisée, DMP, Trajectoire, comptes-rendus de

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de ce processus sont assurés régulièrement par les pilotes identifiés et lors des revues de Direction annuelles permettant le bilan de réalisation des objectifs fixés dans les projets de secteur/service et l'évaluation du processus sur la base du PAQSS annuel. Le Département Qualité GDR apporte son concours en termes de méthodologie et d'appui pour le suivi de chaque processus. L'évaluation des professionnels, de la satisfaction des patients est effective.

Ce suivi s'appuie sur de nombreux outils : EPP, RMM, RCP, audits, suivi des événements indésirables, tableaux de bord, indicateurs d'activité, indicateurs de résultats, audit « Patient Traceur ». L'évaluation se fait sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs. La variation des indicateurs est analysée pour identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les pilotes et les professionnels concernés donne lieu à des actions d'amélioration en fonction des résultats obtenus aux évaluations et en fonction des indicateurs. Des mesures d'impact sont menées. Les actions et les évaluations sont intégrées dans le PAQSS.

Des supports et modalités de diffusion sont établis en fonction des cibles. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. De nombreux outils de communication existent pour la diffusion des résultats auprès des professionnels. Les instances jouent également un rôle auprès de leurs membres pour communiquer sur les résultats des actions d'amélioration.

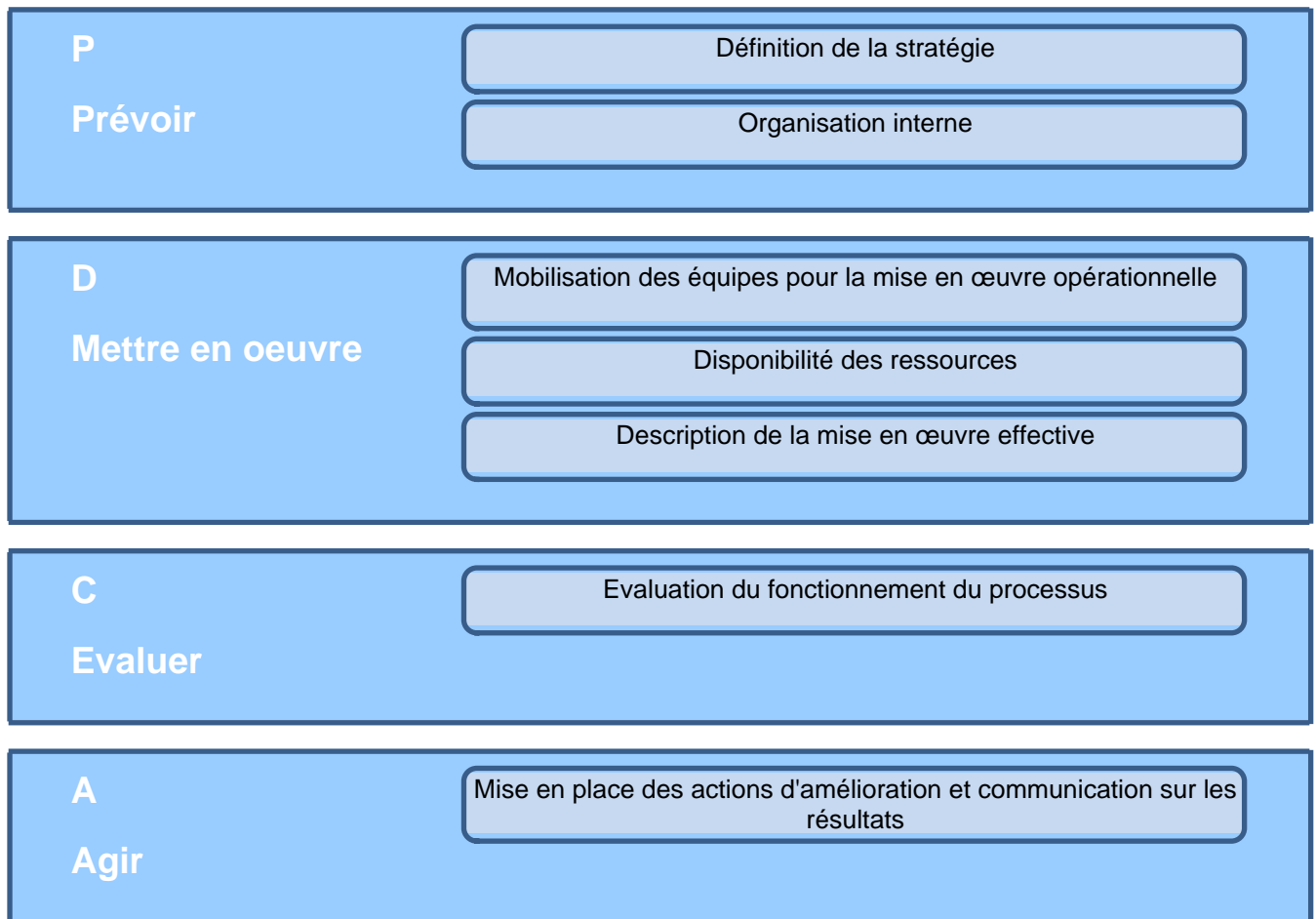
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de gestion du dossier est inscrite dans le projet d'établissement 2014-2019, incluant le schéma directeur du système d'information, et privilégie l'informatisation de tous les secteurs d'activité de l'établissement. La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (développée en 5 axes prioritaires dont l'optimisation permanente du dossier informatisé), associée au règlement intérieur de la sécurité et confidentialité de l'informatique médicale et à la charte de l'utilisation des ressources informatiques, assurent la mise en œuvre de cette stratégie. Elle prend en compte l'intégralité du dossier patient avec ses différentes composantes (secteurs administratif, médical et médico techniques), les adaptations nécessaires selon les secteurs d'activité ainsi que l'accès du patient à son dossier. Cette stratégie est validée par les différentes instances concernées et décisionnelles.

La stratégie de gestion du dossier patient et ses objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des missions, des besoins, du contexte technologique et d'une analyse des risques propres effectuée par l'établissement sur ses deux secteurs d'activité (MCO et HAD). Cette identification s'appuie sur une analyse a posteriori (suivi des événements indésirables, des évaluations et des indicateurs, mobilisation sur le terrain avec réunions de services et de secteurs) et sur une analyse a priori réalisée secteur par secteur, qui tient compte des différentes étapes ou utilisateurs du dossier patient. Les risques, issus de ces différents recueils pluriprofessionnels, sont clairement identifiés, hiérarchisés et priorisés.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés en lien principalement avec la politique institutionnelle, le CPOM, les mesures de traitement des risques identifiés à partir des différentes sources de données, et les résultats des indicateurs nationaux (IPAQSS et HN) et internes à l'établissement.

Des axes d'amélioration sont ensuite déclinés dans les plans d'action qualité formalisés, suivis, pilotés et déclinés selon les différents secteurs d'activité concernés avec les ressources et modalités de suivi, en relation avec le programme général d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi qu'avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement et ses instances de gouvernance (Conseil médical, Comité de direction, CME) ont établi une organisation pour piloter le processus de gestion du dossier reposant sur le Département d'Information Médicale (Directeur technique et cadres informatiques) et le médecin DIM, collaborant avec les 4 responsables de secteurs d'activité en MCO et la Directrice adjointe, Directrice du secteur HAD. Des réunions de travail et d'information sont réalisées périodiquement au niveau du pilotage ainsi qu'avec les différents professionnels concernés par la mise en œuvre sur les secteurs d'activité et les services. Concernant l'accès du patient à son dossier, le pilotage repose sur le médecin DIM et la secrétaire administrative (en MCO et HAD).

Les rôles et responsabilités inhérents à la déclinaison de cette organisation sont identifiés et formalisés selon un organigramme interne et dans les fiches de poste ou de missions des professionnels. Les professionnels pilotes gèrent le circuit du dossier, son accessibilité aux différents professionnels, la qualité de sa tenue, les données administratives (facturation, codage, gestion des doublons, l'archivage...).

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources en effectifs et compétences permettant d'assurer la mise en œuvre opérationnelle.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) sont formalisées dans le logiciel de gestion documentaire. Elles concernent toute la gestion du dossier patient et entre autres, les règles de tenue du dossier patient informatisé et papier (responsabilités, tenue et utilisation des documents informatiques et papier, confidentialité, composition,...), l'accessibilité au dossier des différents intervenants, la communication du dossier entre les professionnels et les modalités d'accès du patient à son dossier (modalités standard et spécifiques).

Les plans de continuité d'activité et de reprise de l'activité ont été élaborés avec un mode dégradé sous forme de dossier papier dans chaque service.

Les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) sont prévues. Les habilitations des professionnels pour l'accès aux dossiers informatisés du patient sont définies en fonction de leurs profils. La sécurisation des données informatisées est organisée via des sauvegardes informatiques (serveurs virtuels). L'archivage informatique des dossiers est organisé et les moyens afférents sont prévus pour la continuité de la prise en charge des patients (les rares documents papier afférents au dossier sont systématiquement numérisés et intégrés au dossier patient après sa sortie).

Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (réunions périodiques, intranet). Les modalités de communication du dossier patient entre l'ensemble des professionnels impliqués et les correspondants externes sont établies.

La gestion des interfaces et la connexion des applications et des différents logiciels utilisés en interne et en externe sont organisées et finalisées (internet patient en particulier). Les moyens pour mettre en place le DMP ont été mis en place depuis deux ans et sont disponibles selon les volontés des patients et

D / METTRE EN OEUVRE**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Compte tenu des risques et besoins propres, le management de chaque secteur d'activité (MCO et HAD) organise dans chaque projet de service la déclinaison de la démarche institutionnelle et de sa stratégie en objectifs et plans d'action opérationnels. L'établissement a mis en place un accompagnement des professionnels pour la mise en œuvre et le suivi du dossier informatisé.

Les responsables des secteurs et de services, en collaboration avec le département informatique très présent sur le terrain, sensibilisent les professionnels sur les bénéfices et fonctionnalités de l'utilisation des outils mis à leur disposition (action de communication, réunions d'information régulières) afin d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et de la traçabilité de tous les actes ou documents qui s'y réfèrent.

Le management et le responsable de secteur et de service s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues concernant la tenue du dossier patient et en particulier de la traçabilité des soins, de l'administration des médicaments, du recueil des données du patient (douleur, troubles nutritionnels, fin de vie...). Les événements indésirables sont déclarés et analysés. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, suivi des indicateurs, etc.). Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels du terrain. Les résultats en sont communiqués. Les responsables des secteurs et de services, en collaboration avec le département qualité et gestion des risques, sensibilisent les professionnels sur les résultats de suivi (analyse de REX, événements indésirables, EPP, indicateurs internes et externes).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le dossier est informatisé pour 100% des lits en MCO, en dehors de la phase d'anesthésie per opératoire, et de certains consentements tracés sur papier, et informatisé à 77% en HAD. En HAD, une partie de ce dossier reste sous format papier constitué par des impressions vierges des menus informatisés. Une prévision de déploiement à 100% est planifiée d'ici fin 2015. L'accessibilité et la gestion du dossier sont facilitées par le déploiement de nombreux équipements informatiques répondant aux besoins des utilisateurs.

Les ressources en compétence sont adaptées en termes d'effectifs et de formation. Ces ressources impliquent le département informatique et logistique, le médecin DIM et la Directrice de l'HAD, les responsables de secteurs et de services. Tous les professionnels ont été formés de façon collective ou individuelle aux outils informatiques déployés sur toutes les prises en charge. Des actions d'accompagnement et de formation sont réalisées périodiquement pour l'ensemble des personnels des différents secteurs et services et selon les développements technologiques réalisés (nouveaux outils ou logiciels informatiques). Un tutorat permet également une formation spécifique pour les nouveaux arrivants. Ces actions sont réalisées par la responsable du déploiement informatique en MCO et par l'ingénieur logisticien en HAD.

En HAD les professionnels libéraux ont été formés par un ingénieur logisticien avec signature d'une convention et d'une charte de fonctionnement.

Un code d'accès et l'attribution d'un profil par professionnel sécurisent l'accès au logiciel de gestion du dossier patient (en particulier DOPASYS en MCO, MHCOMM en HAD pour les dossiers de soins). Une assistance fonctionnelle aux professionnels est assurée par le département informatique 24h/24 (astreintes). Un tutorat est élaboré pour tous les nouveaux arrivants et est effectif.

Les procédures nécessaires aux prises en charge alimentent la gestion documentaire (modalité d'accès au dossier selon le profil du demandeur, règles de tenue du dossier, règles d'accès au dossier, procédure dégradée en cas de panne informatique...). La documentation spécifique au dossier patient est accessible, actualisée et validée en MCO et HAD. Les principaux documents de gestion du dossier et d'outils d'aide aux professionnels sont mis à disposition des professionnels libéraux.

Les rares documents papier sont systématiquement numérisés dans le Dossier Patient Informatisé après la sortie du patient.

Les locaux et équipements nécessaires sont en adéquation avec les besoins dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les logiciels de gestion administrative, de gestion des données médicales, de gestion documentaire sont en place et accessibles à l'ensemble des professionnels. Ces outils permettent de créer, tracer, archiver et accéder aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Ils permettent également la gestion des pannes et la reprise des activités en mode dégradé en MCO et en HAD (solutions alternatives).

Les ressources matérielles font l'objet d'un d'investissement régulier, de suivi et de maintenance préventive et curative.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil (distribué systématiquement à son entrée), du site internet (avec un espace patient dédié) et par voie d'

affichage. Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective, avec un suivi des demandes et des délais de réponse et le respect du délai d'envoi du dossier (7,9 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 16 jours pour les plus de 5 ans), défini par la réglementation. Ces informations sont partagées avec la CRUQPC.

La confidentialité des informations est respectée dans les secteurs de soins et lors des transports. Lors des transferts, la préparation et la traçabilité sont assurés dans le dossier permettant la continuité de la prise en charge. Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interne. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge en temps utile dans le dossier patient est assurée par l'ensemble des professionnels tant au niveau administratif que soignant en MCO et HAD, comme le montrent les dossiers des patients traceurs réalisés. Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis la préadmission, l'admission (programmée et en urgence), le séjour jusqu'à la sortie. Les différents professionnels médicaux et paramédicaux assurent la traçabilité des activités de soins et de surveillance, les médecins assurant la traçabilité de leurs observations y compris des prescriptions. Cette implication est objectivée par la nette amélioration de l'indicateur tenue de dossier en HAD et du délai d'envoi des CRH. En MCO, la valeur recueillie en 2014 est en évolution du fait de l'amélioration de la conformité des prescriptions médicamenteuses.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Cette évaluation du dossier patient repose en priorité sur la base des indicateurs nationaux IQSS (Tenue du dossier patient en MCO et HAD, Tenue du dossier d'anesthésie, indicateurs de spécialité). Certains de ses indicateurs sont recueillis hors protocole. L'établissement a par ailleurs satisfait aux attendus pour les indicateurs Hôpital numérique (validés par l'ARS le 23/02/2015).

Les responsables de tous les secteurs ou services assurent des audits réguliers de dossiers (30 dossiers par trimestre), les résultats sont communiqués en réunions de service et affichés à l'attention de tous les professionnels. Un planning prévisionnel des audits et de suivi des indicateurs internes est élaboré pour chaque secteur/service.

Une attention particulière est portée au sein des instances et du comité de direction en cas de résultats inférieurs aux cibles prédéfinies (indicateurs nationaux et internes).

Par ailleurs, une analyse des événements indésirables est menée sur la gestion du dossier. Une évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients est également réalisée permettant de vérifier la conformité aux réglementations.

L'exploitation des résultats permet d'identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et le compte qualité élaboré après priorisation des risques et ajustement de la politique d'amélioration et de gestion des risques de l'établissement (prise en compte des risques résiduels ou des besoins non satisfaits). Ces actions correctives portent sur la correction des indicateurs et en particulier sur les indicateurs IQSS de tenue du dossier patient en MCO et en HAD (Déploiement complet de l'informatisation du dossier patient fin 2015).

Des actions correctives favorisent les délais d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation et un logiciel spécifique au département d'anesthésie a été mis en place pour assurer la prise en charge pré-anesthésique du patient. De nombreuses autres actions d'amélioration ont été mises en œuvre (connexion avec les cabinets libéraux, qualité de l'exhaustivité des documents numérisés, planification et suivi des transports des patients, logiciel Hémolia de traçabilité des actes interventionnels et de génération des CRO, etc...)

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers (intranet et site internet). L'affichage obligatoire des résultats est respecté.

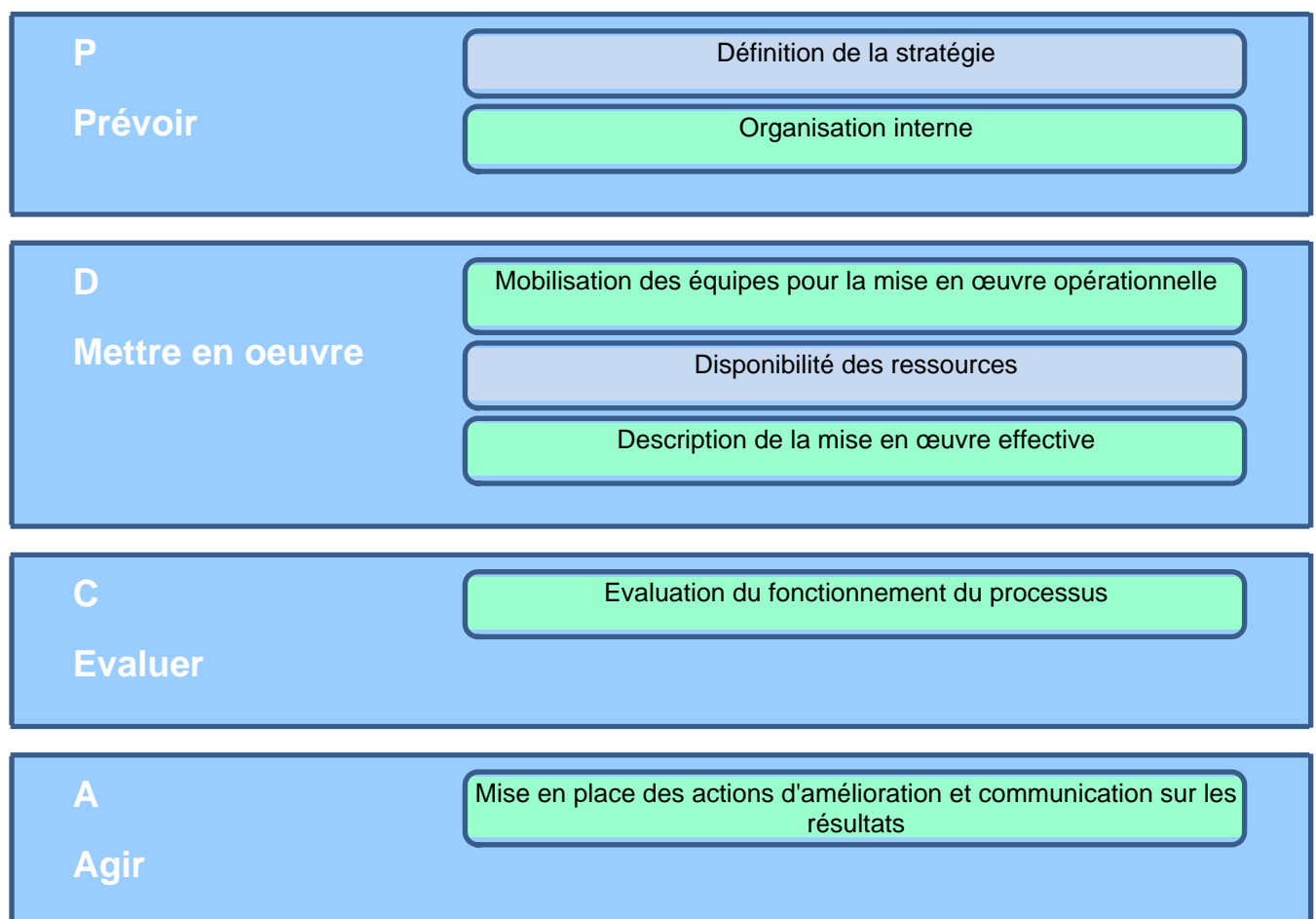
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans le contrat de bon usage du médicament 2014-2018, dans une Politique de la prise en charge médicamenteuse, validée en 2015 par les instances, en adéquation avec la politique globale qualité et sécurité des soins qui comprend également un axe sur la sécurité de cette prise en charge. Cette politique intègre des dispositions spécifiques au sujet âgé. La déclinaison de cette stratégie se retrouve dans le projet de secteur pharmacie.

Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base des auto-évaluations dans l'engagement du contrat de bon usage, des comptes-rendus des visites d'inspection, des visites de certification ainsi que des analyses de risques, des événements indésirables et des bilans des retours d'expérience.

Une analyse des risques a été réalisée en 2013-2014, en partenariat étroit avec l'ensemble des secteurs de soins, sur l'activité MCO et HAD. Chaque secteur a identifié ses propres risques en lien avec la prise en charge médicamenteuse puis ces risques ont été rapprochés pour être exploités. En parallèle de ces analyses, le secteur pharmacie réalise et actualise une étude type "Archimed". Ces études ont permis d'identifier les situations dangereuses formalisées ensuite dans le descriptif du processus, ainsi que les risques, les moyens de maîtrise, une hiérarchisation à l'aide d'échelles de mesure. L'établissement a également identifié ses médicaments à risque.

Le programme de la prise en charge médicamenteuse prend en compte les objectifs institutionnels et les objectifs spécifiques du projet du secteur pharmacie. Il est décliné dans un plan d'actions comprenant des objectifs, des actions, un ou des pilotes, des délais et des indicateurs. Les axes d'amélioration s'appuient sur les priorités identifiées, le CBUM et l'identification des risques a priori et a posteriori. Les différents aspects de la prise en charge médicamenteuse sont abordés comme la veille réglementaire, les vigilants, les prescriptions, les prescriptions du sujet âgé, la sécurisation du processus.

Les résultats des audits, de l'analyse des événements indésirables liés au médicament permettent également d'identifier des actions d'amélioration formalisées dans le plan d'action. Les risques résiduels pour l'année 2015 sont intégrés dans le compte qualité qui précise les mesures de traitement de risques à planifier, en lien avec le plan d'amélioration de la qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié au pharmacien gérant, assisté du pharmacien responsable de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, depuis sa nomination en 2012. Ceux-ci s'appuient sur le COMEDIMS, la CME et au niveau opérationnel sur une équipe de préparateurs en pharmacie, identifiés comme référents en relais par service de soins ou secteur.

Les missions et rôles de l'ensemble des acteurs sont définis dans leur fiche de poste respective. Les intervenants dans le circuit du médicament sont tous identifiés informatiquement (signature électronique) et la pharmacie détient la liste des prescripteurs habilités.

Les ressources humaines nécessaires sont prévues en particulier la présence pharmaceutique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, assurée en rotation par les 4 pharmaciens qui se répartissent l'activité. Ils sont assistés de 21 préparateurs en pharmacie dont la plupart sont référents de service de soins. Le plan de formation témoigne de formation adaptée à ce secteur.

Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse, validé par la direction, a été diffusé depuis peu. Il décrit le système de management de la qualité, prévoit les ressources, décrit la réalisation de la prise en charge médicamenteuse et prévoit les risques associés. Il s'appuie sur l'ensemble des procédures existantes en rapport avec ce processus. Ces procédures concernent l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse, l'ensemble des étapes de fonctionnement de l'unité de reconstitution des cytostatiques, la prise en charge de la personne âgée et la prise en charge en HAD. Un travail est engagé, en collaboration avec les professionnels, pour élaborer des plaquettes d'information à destination des patients et/ou des professionnels.

La pharmacie centrale est située en sous-sol du bâtiment principal. Une partie des locaux permet le stockage des médicaments et leur approvisionnement, l'autre partie est réservée aux dispositifs médicaux. L'unité de reconstitution des cytostatiques, ouverte en 2011, est située à proximité de l'unité d'hospitalisation (bâtiment Atrium). Les locaux, matériels, circuits nécessaires à cette activité sont bien définis. Une zone de stockage dite "dispatch" est également située dans ce bâtiment de manière à permettre un approvisionnement facilité en dispositifs médicaux pour l'HAD.

Les droits d'accès au logiciel de prescription médicamenteuse sont organisés.

Des actions de communication, élaborée par le service pharmacie aidé du département qualité sont prévues pour sensibiliser régulièrement les professionnels. Les pharmaciens participent aux réunions mensuelles au même titre que les responsables de secteur, ce qui facilite les échanges. Des documents d'information à destination du patient sont élaborés comme des plaquettes d'information sur les conseils de bon usage des molécules à risque. Ces documents sont réalisés dans le cadre de démarche EPP ou en

réaction aux résultats d'audits ou de retour d'expérience.
La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le service pharmacie, les secteurs d'activité et l'encadrement de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, pilote du processus, manage, en collaboration avec l'ensemble des pharmaciens et des préparateurs, les actions du plan d'actions "pharmacie" issu du projet de secteur. En parallèle, le management des différents services s'est saisi des actions ciblées sur la prise en charge médicamenteuse dans leur PAQ respectif. Les pharmaciens participent aux réunions institutionnelles, à celles avec l'encadrement et aux groupes de travail. Les cadres de santé, les préparateurs en pharmacie référent de secteur/service, et les pharmaciens, en lien avec le service qualité, s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Cette déclinaison repose sur une concertation régulière avec les équipes qui favorise leur implication. Par exemple, un audit régulier est assuré par un préparateur en pharmacie dans chaque secteur/service de soins, dont les résultats sont portés systématiquement à connaissance des professionnels concernés avec lesquels sont décidées les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont réalisés dans le cadre du dispositif en place dans l'établissement. L'ensemble des événements concernant le médicament sont transmis au pharmacien pilote qui a la charge d'en assurer le suivi à l'aide du département qualité. Des rencontres avec les professionnels sous la forme de retours d'expérience sont en place et fonctionnels. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatifs examinés en comité de retour d'expérience.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des compétences est effective tant au sein du secteur pharmacie que des secteurs médicaux et médicotechniques. Les pharmaciens se répartissent les responsabilités des différentes activités : certification, unité de reconstitution, HAD, stérilisation... et assurent par roulement une astreinte journalière à partir d'une liste de garde validée par la direction et portée à connaissance de tous.

Les formations sont effectives en particulier une formation récente à l'utilisation de l'outil informatique pour la prescription. L'ensemble des prescripteurs a été formé à la prescription structurée sur le DPI. Une formation présentielle sur la sécurisation du circuit du médicament a été suivie par la majorité des professionnels à l'aide d'un support élaboré avec les pharmaciens. Plusieurs modules de e-learning, dont le suivi est rendu obligatoire (prise en charge médicamenteuse 1 et 2 intégrant les erreurs médicamenteuses, prise en charge de la personne âgée pour les praticiens, pour les soignants) sont mis à disposition des professionnels via l'intranet.

Les procédures réglant le circuit du médicament dans ses différentes étapes et les différentes prises en charge (MCO, HAD) sont disponibles grâce au développement de la gestion documentaire informatisée dans tous les services. Via l'intranet, les professionnels ont également accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration validés et actualisés (base de données, livret thérapeutique, médicaments à écraser....). En HAD, le livret thérapeutique, une base de données d'aide à la prescription sont également à disposition des médecins coordonnateurs et des médecins traitants utilisant les tablettes mises à leur disposition.

L'outil principal de prescription utilisé est l'outil informatique. En MCO, l'informatisation du circuit du médicament est effective sur la base d'un module intégré dans le dossier informatisé, et sur la base de logiciels spécifiques à certaines prescriptions (chimiothérapie) ou à certains secteurs cliniques (USIC). Les praticiens ont accès au logiciel de prescription depuis leur consultation jusqu'en secteur de soins, y compris au bloc opératoire et en SSPI. Ils ont également accès à des logiciels spécifiques (ex : chimiothérapie). En HAD, l'établissement déploie l'utilisation d'un logiciel spécifique qui intègre également l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse. Le secteur HAD déploie l'utilisation de son outil informatique par la mise à disposition de tablette au domicile. Cet outil permet aux médecins autorisés (formation et code d'accès) de prescrire en direct. 77% des lits sont informatisés avec une prévision à 100% d'ici 2016.

Les locaux les plus récents et leurs équipements sont appropriés à l'activité exercée. Les locaux de chimiothérapie permettent une marche en avant effective avec sas d'habillage et zone de préparation protégée. Cette zone comprend également un sas réservé pour la rétrocession. Le local "dispatch" est équipé d'étagères et de boîtes de rangement et organisé pour respecter une zone propre et un retour "sale". Les locaux de la pharmacie interne sont plus anciens mais leur organisation prend en compte cette architecture. Une zone de livraison est à proximité. Un accueil des professionnels est organisé dans une zone réservée. Les locaux sont sécurisés par code. Un local dit d'urgence est à disposition des professionnels en cas de besoin.

L'ensemble des salles de soins a été équipée d'un dispositif d'accès sécurisé. L'établissement a investi dans l'achat de chariots sécurisés pour harmoniser les pratiques. Ce chariot fermé à clé permet de stocker l'ensemble des médicaments, selon une dotation de base, dans des casiers identifiés

conformément aux recommandations. Une attention particulière est portée sur les médicaments à risque. Chaque unité dispose également d'un coffre à stupéfiants et d'un chariot d'urgence. Chaque chambre a été équipée d'une boîte de rangement réservée au traitement personnel du patient.

En HAD, l'ensemble des domiciles est équipé d'un guéridon permettant de stocker les dispositifs médicaux et les médicaments (tiroir dédié fermé à clé) complété d'un coffre pour les toxiques si besoin et de caisses de rangement complémentaires. Les antennes ne disposent pas de médicaments hormis ceux à disposition dans les trousse d'urgence.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La COMEDIMS assure ses missions conformément à son règlement intérieur et plus particulièrement, sous délégation de la CME, assure le suivi du programme et des indicateurs. Les pilotes assurent l'opérationnalité de la démarche.

Le patient est informé par le livret d'accueil et le passeport qui lui est remis de la nécessité de communiquer son ordonnance. Cette information est également disponible sur le site internet dans la partie information des patients. Dès son arrivée, le patient est informé du fait que seuls les médicaments fournis par la PUI lui seront délivrés. Les traitements personnels des patients sont stockés dans des coffres sécurisés installés en chambre. Ils sont restitués à la sortie selon la procédure établie.

En HAD, une organisation est en place pour s'assurer de l'implication du patient dans la gestion de son traitement. Dans certains cas, il est sollicité pour assurer la traçabilité des prises dans la tablette mise à disposition à son domicile après avoir bénéficié d'une formation à son utilisation et d'un code d'accès.

Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie sont connues des professionnels et appliqués. En chimiothérapie, l'identification du traitement est assurée par une étiquette au nom du patient accolée sur le conditionnement avec le nom du produit et le numéro de lot.

L'approvisionnement des différents secteurs est assuré à partir d'une commande hebdomadaire réalisée par les IDE des services. Un contrôle des périmés est effectué par les préparateurs dans les infirmeries des services. Le transports des médicaments dans des coffres sécurisés et celui des dispositifs médicaux dans des boîtes adaptées sont organisés. La chaîne du froid est respectée, y compris en HAD qui assure la prise en charge de chimiothérapie à domicile. En HAD, le transport des médicaments et des dispositifs médicaux est assuré pour l'admission par un logisticien dédié puis par la suite par les professionnels dans des caisses sécurisées.

Suite au dernier indicateur IQSS, l'établissement a organisé une formation à l'utilisation du logiciel pour tous les prescripteurs internes. Cet ajustement collectif permet d'atteindre, en MCO, un taux de rédaction des prescriptions proche des 100%. Le paramétrage du logiciel facilite la réévaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure et procure une aide pour les prescriptions notamment des personnes âgées. En HAD, si le domicile dispose d'une tablette et d'un accès au logiciel, le médecin traitant peut réaliser directement ses prescriptions grâce à un code d'accès, après avoir bénéficié d'une formation personnalisée. Pour les autres cas (rédaction sur une ordonnance classique), le médecin coordonnateur introduit les prescriptions dans le logiciel à partir de l'ordonnance reçue et scannée dans le logiciel.

La pharmacie reçoit informatiquement toutes les prescriptions et a accès aux données cliniques et biologiques via le DPI. Les pharmaciens réalise plus de 77% des analyses pharmaceutiques, soit la totalité des analyses pour les patients hors ambulatoire. En URC, un pharmacien dédié assure la validation de l'ordonnance et la libération des produits.

Plusieurs modalités de délivrance coexistent. Une délivrance nominative est assurée pour les médicaments d'oncologie, les antibiotiques, les médicaments hors GHS, les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang, certaines molécules onéreuses, les traitements personnels des patients en HAD. Une délivrance globale est assurée dans tous les services de soins MCO à partir d'une dotation définie service par service. Le renouvellement se fait à partir d'une commande hebdomadaire.

En MCO, les professionnels assurent l'administration des médicaments à l'aide du chariot de stockage et de la prescription informatisée. Ce mode de fonctionnement supprime l'utilisation de piluliers dans les services de soins. Dans ce cas, la préparation du traitement et la traçabilité de la prise ou de la non prise sont réalisées en direct.

En HAD, un pilulier hebdomadaire est utilisé et le traitement préparé par une IDE selon les besoins. La prise est vérifiée a minima une fois par jour après vérification des concordances et interrogation du patient et/ou de l'entourage et tracée dans le logiciel utilisé ou sur un plan de traitement édité. Dans certains cas, le patient peut participer à la traçabilité de ses prises selon une organisation bien définie.

Les pharmaciens sont présents sur site tous les jours, une organisation est en place en cas de besoin urgent, connue des professionnels. Une pharmacie d'urgence sécurisée, à disposition dans le local de dépôt de sang, permet d'accéder à une liste limitative de médicaments dans le cadre d'urgences thérapeutiques. L'accès à ce local est réglementé et tracé. Une astreinte des pharmaciens est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La pharmacie et le département QGDR suivent les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du plan d'actions annuel liés aux engagements du CBUM et du projet de service. Ce suivi est assuré à l'aide de

tableaux de bord, présentés lors des revues de direction régulières et au COMEDIMS : indicateurs issus du CBUM, indicateurs nationaux (IPAQSS, ICATB), suivi des consommations (Antibiotiques, SHA...), rupture de stocks, inventaire tournant...

Divers audits sont réalisés selon un calendrier défini en routine (audit mensuel des conditions de stockage, visite approfondie bisannuelle) ou selon les besoins.

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 plan d'actions du secteur pharmacie, le programme d'actions institutionnel en cohérence avec les orientations et les analyses de risque identifiés dans le projet de secteur et le compte qualité.

Des actions correctives sont déclenchées suite notamment aux résultats des indicateurs (ex : formation-action sur la rédaction des prescriptions dans le DPI), aux audits de service (achat de chariot sécurisé pour les services de soins), aux non conformités recueillies lors des audits mensuels ou à l'aide des fiches de signalement des événements indésirables, aux rapports d'audits, d'inspection, de certification.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée.

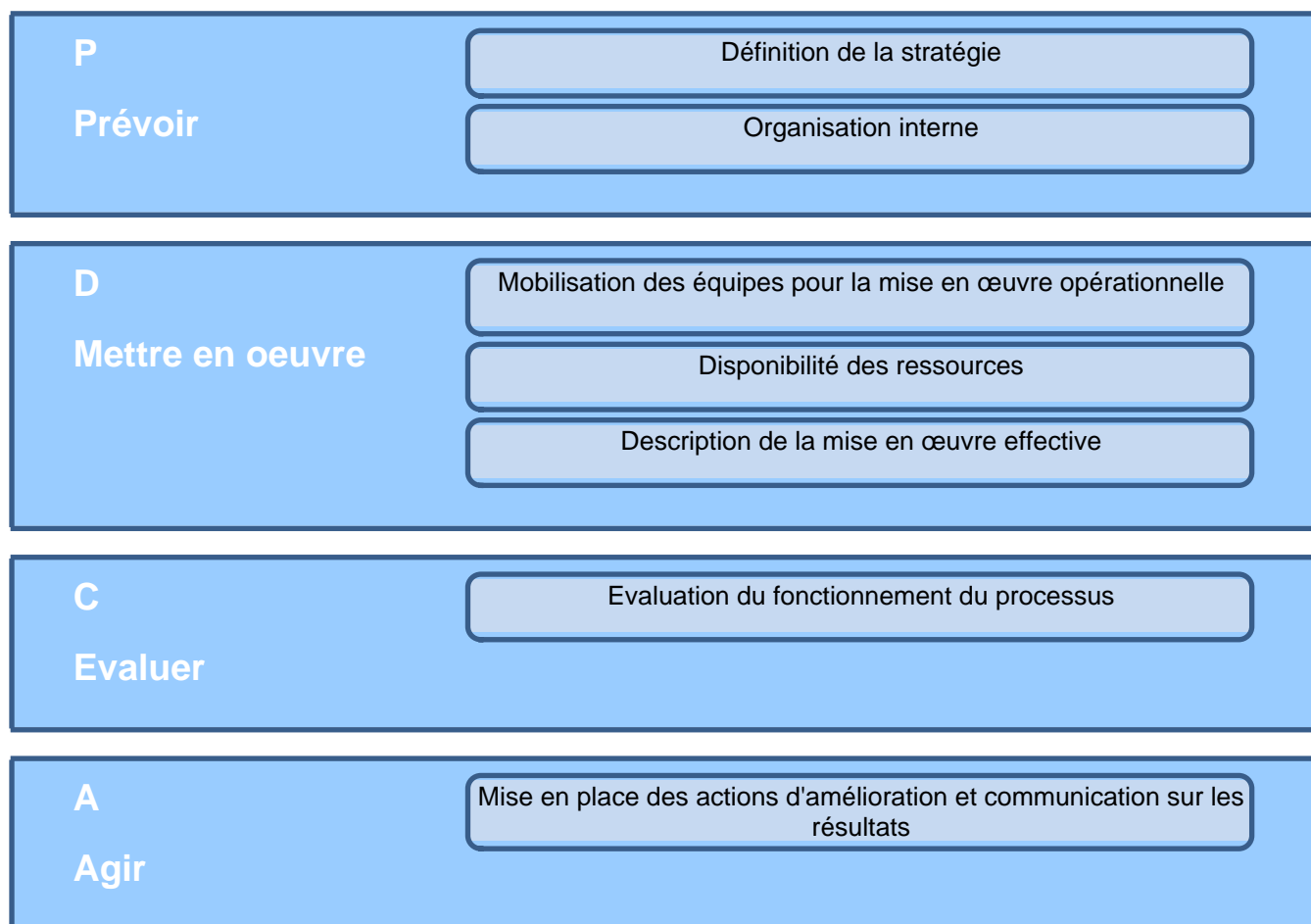
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité opératoire est répartie dans deux bâtiments. Le bloc central constitué de 9 salles d'intervention, de 11 postes de SSPI et de 2 box d'induction, situé dans le Bâtiment A (chirurgies cardiaque, vasculaire, thoracique, digestive, urologique, esthétique, réparatrice, maxillo-faciale, endoscopie), et le bloc ambulatoire, constitué de 6 salles d'intervention, de 15 postes de SSPI et de 4 box d'induction, situé dans le bâtiment Atrium, (chirurgies en ophtalmologie, ORL, esthétique, réparatrice, maxillo-faciale, digestive, urologique, vasculaire, endoscopie). Le service d'hospitalisation en ambulatoire est contigu et rattaché au bloc ambulatoire.

Dans son orientation n°2 du CPOM 2013-2017, l'objectif opérationnel prioritaire vise à optimiser l'efficacité et la performance des organisations. Pour ce faire, la modernisation et la mise en conformité du plateau technique sont un des axes forts du projet d'établissement qui se concrétise dans un projet d'extension dit « immeuble passerelle » dont l'ouverture est prévue en fin d'année 2016. En parallèle de ce projet architectural, l'optimisation des blocs opératoires dont le développement de l'activité en ambulatoire, représente un autre des axes de travail prioritaires. Sur délégation et concertation avec la direction, cette stratégie est déclinée de manière détaillée dans le projet de secteur des différents blocs et du service d'hospitalisation en ambulatoire, pour lequel un pilotage institutionnel est institué. Ce projet s'appuie sur une identification des objectifs institutionnels prioritaires, sur les objectifs spécifiques de chaque bloc et sur les objectifs issus d'une analyse de risques a priori réalisée sur l'ensemble des secteurs en concertation étroite avec le coordonnateur des risques, l'encadrement et les professionnels dans le courant de l'année 2014. Cette analyse a été réalisée à l'aide d'une méthode AMDEC, préconisée par l'établissement qui utilise des échelles de priorisation des risques.

Au regard de l'ensemble des objectifs retenus dans le projet de secteur des différents blocs et du service d'hospitalisation en ambulatoire, des actions d'amélioration sont ensuite identifiées et déclinées dans un plan d'actions spécifiques "blocs" qui respecte la méthode de travail adoptée dans l'établissement. Ce plan d'actions "blocs" vient incrémenter le programme d'actions global à la taille de l'établissement. En parallèle, une démarche projet institutionnelle permet de suivre le développement du projet architectural.

Depuis l'analyse des risques réalisée en 2013-2014, l'établissement a actualisé sa cartographie des risques, pour intégrer dans le compte qualité les sept risques majeurs résiduels. Pour chaque risque identifié, des mesures de traitement et de réduction des risques sont identifiées et intégrées dans le plan d'actions qui en précise les ressources et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Le management des blocs opératoires et le pilotage du processus sont assurés par un cadre responsable des blocs, assisté des deux cadres responsables l'une du bloc central, l'autre du bloc ambulatoire et du service d'hospitalisation en ambulatoire. Chaque Conseil de bloc définit une organisation propre formalisée dans une charte validée. Ces chartes de bloc ont été actualisées en 2014. Chaque bloc dispose d'une présidence médicale, le président de la CME fait partie des conseils de bloc.

Les missions des pilotes du processus bloc opératoire sont définies au niveau institutionnel : s'assurer de la documentation du processus, suivre les indicateurs et le dispositif d'évaluation, identifier les points critiques et ceux maîtrisés. Les rôles et missions de chaque cadre et des professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier.

Une stratégie est en place pour les recrutements médicaux et soignants, en lien étroit avec les projets de développement d'activité et la gestion des ressources humaines. Les besoins issus de l'analyse des risques sont concrétisés dans la gestion prévisionnelle à l'exemple de l'affectation d'un AS dédié au bloc opératoire pour le prétraitement des dispositifs médicaux utilisés. Les besoins en formation sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires en place dans l'établissement. Pour prendre en compte et développer les compétences des professionnels de ce secteur, l'établissement favorise, dans son plan de formation annuel, et à l'appui de son analyse de risques, plusieurs actions de formation reconduites annuellement : application de la check-list, nouvelles disciplines, SSPI, hygiène.

L'ensemble de la démarche qualité relative au fonctionnement des blocs opératoires est déclinée dans des procédures, modes opératoires, fiches de traçabilité via un dispositif de gestion documentaire informatisé. Cette déclinaison concerne les règles vestimentaires, l'ouverture des salles, le bio-nettoyage, les circulations, les circuits, l'accueil du patient, les mesures de surveillance....Le menu d'accueil de l'intranet alerte les professionnels pour toute nouveauté concernant la gestion documentaire interne et la vie de l'établissement mais aussi sur les évolutions externes (recommandations, revues).

L'outil informatique est le principal vecteur de communication utilisé dans ce secteur. L'établissement a développé, jusqu'au sein des blocs opératoires et du service d'hospitalisation en ambulatoire, le dossier patient informatisé et les prescriptions informatisées, l'accès aux différents logiciels (administratifs, documentation...), à l'intranet et des logiciels ou moyens informatiques spécifiques comme un logiciel de consultation d'anesthésie en passe d'être utilisé en per-opératoire et un tableur de planification des patients accessibles par tous depuis les consultations jusqu'en secteurs d'hospitalisation.

Les interfaces entre les blocs, la pharmacie, les services d'hospitalisation et les secteurs d'activité technique et logistique sont organisées via le dossier patient, le système de gestion technique centralisée, le suivi biomédical, des fiches de liaison avec la pharmacie et la stérilisation. Ils permettent l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique d'établissement est déclinée dans le cadre d'un projet des secteurs opératoires qui fait le lien entre les grandes orientations et les plans d'action de terrain. L'encadrement des blocs organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels intégrés au PAQSS de l'établissement. De plus, l'encadrement des secteurs blocs opératoires et ambulatoire assure une communication active et régulière auprès des équipes sur la politique. Le management favorise l'implication de chacun, par la participation aux groupes de travail et aux différents audits. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, mode opératoire, traçabilité etc.) au bloc opératoire, en SSPI et en secteur ambulatoire.

Chaque professionnel de santé intervenant dans un bloc opératoire (anesthésistes, chirurgiens, médecins, soignants) s'engage personnellement à respecter la charte de bloc.

La participation des acteurs du bloc dans l'analyse des événements indésirables est favorisée. De ce fait, chacun est partie prenante dans la mise en place des actions correctives en participant aux retours d'expériences organisés. Les deux secteurs (bloc opératoire central et ambulatoire) sont engagés dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Les procédures et supports de signalement des événements indésirables sont en place, connus des professionnels. Des RMM sont organisées dans chaque secteur, des comités de retour d'expérience sont en place et opérationnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des différents secteurs sont validés par la direction en concertation avec l'encadrement et selon les obligations réglementaires. Ils permettent d'assurer la continuité des soins particulièrement la nuit, les week-ends et les jours fériés, à l'aide d'une planification mensuelle des personnes de gardes et d'astreintes (médecins et paramédicaux).

Depuis la dernière certification, le transport des patients vers les blocs opératoires est assuré par une équipe de brancardiers externes. Des agents, polyvalents internes au bloc, prennent en charge les patients depuis le sas jusqu'à la salle d'intervention avec du matériel spécifique au bloc opératoire (brancard). Un accueil du patient personnalisé est réalisé par les IDE de salle dès son passage au sas d'accueil et par des IDE en SSPI. Des IADE viennent compléter l'équipe ainsi que des aides-opératoires.

Le maintien des compétences est assuré et la formation des professionnels est en progression dans des domaines prioritaires inscrits au plan de formation depuis plusieurs années. 95% des personnels du bloc central présents depuis moins de deux et 35% en ambulatoire sont formés aux nouvelles disciplines. 60% des professionnels du bloc central et 29% en ambulatoire sont formés à l'hygiène, 100% des personnels de SSPI ont bénéficié d'une formation spécifique. En dehors de ces formations, 100% des professionnels ont suivi une formation institutionnelle à l'accueil. Les professionnels bénéficient également de formations ciblées, de formation diplômantes et peuvent participer à des congrès. L'établissement a mis en fonction plusieurs modules de E-learning accessibles à tous dont certains sont obligatoires comme l'hygiène, le circuit du médicament. La formation des nouveaux professionnels est organisée par tutorat avec une période d'accompagnement de plusieurs semaines à l'appui d'un livret d'accueil mentionnant les compétences attendues.

La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels à partir des ordinateurs présents. Les procédures sont déclinées au regard des spécificités des blocs opératoires, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène, rédigées et actualisées avec la participation des professionnels. Des moyens sont définis pour pallier toute rupture d'alimentation électrique ou de fluides.

Les locaux du bloc ambulatoire permettent le respect des circuits notamment du patient, des matériels, des déchets. Des locaux spécifiques sont dédiés à la décontamination, au lavage des endoscopes, au stockage du matériel propre et du matériel "sale". Au bloc central, de conception plus ancienne, les locaux ont été optimisés pour respecter au mieux les circuits notamment des matériels et des déchets.

Suite à la visite de certification précédente, le bloc central a bénéficié de travaux importants avec la création de sas d'accueil et de transfert des patients. L'architecture des salles d'intervention permet d'assurer un contrôle continu de la qualité de l'air. Les prélèvements particuliers, réalisés une à deux fois par an, témoignent d'une qualification des salles majoritairement en adéquation avec les spécificités chirurgicales pratiquées (iso 7).

Dans le bloc central, l'absence de zone de stockage dédiée est compensée par une optimisation du rangement et une protection des matériels et par une définition réfléchie des circuits s'adaptant à l'architecture. Le bloc ambulatoire, ayant ouvert en 2011, est conforme sur l'ensemble de ses circuits. Le service biomédical est certifié ISO 9001. Les locaux et le matériel font l'objet de maintenance et d'un suivi en continu via un outil de gestion technique centralisée.

Les blocs opératoires disposent de matériel adapté à leurs activités. La disponibilité du matériel d'urgence

est effective dans chaque salle de réveil et dans le secteur ambulatoire. Les équipements prévus sont en place. Ils sont gérés par le service biomédical qui organise la maintenance préventive et curative en collaboration avec l'encadrement. Les outils informatiques en place dans les différents lieux de travail (salles de consultation, bureaux, blocs) sont appropriés pour avoir accès à la programmation des interventions, au dossier patient et depuis peu à la consultation d'anesthésie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque bloc dispose d'un conseil de bloc qui exerce ses missions selon son règlement intérieur et se réunit en moyenne 4 fois par an. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations. Il a également accès au site internet de l'établissement à une importante base d'informations en rapport avec chaque intervention dans la sous rubrique parcours de soins de la rubrique réservée au patient. Dans le secteur ambulatoire, il a la possibilité de prendre rendez-vous via le site internet et de proposer une date prévisionnelle d'intervention, confirmée lors des différentes consultations préalables. Une fois le rendez-vous fixé, son horaire d'admission lui est confirmé la veille du jour prévu, ainsi que les consignes à respecter. Cette information lui est également envoyée par SMS.

Depuis février 2012, le transport du patient vers le bloc central est assuré par des professionnels extérieurs aux blocs. En interne, des agents polyvalents assurent les transferts et prennent en charge les patients depuis le sas jusqu'en salle d'intervention. En ambulatoire, les patients sont accompagnés pour se rendre à pied vers le bloc. Une attention particulière est apportée à la tenue vestimentaire pour respecter l'intimité de chacun. Le retour est assuré le plus souvent à l'aide d'un fauteuil.

Quelque soit les secteurs, chaque patient est porteur d'un bracelet d'identification. Au bloc opératoire, le patient est ensuite accueilli par l'IDE de salle d'intervention qui s'assure de son identité. La collaboration entre les professionnels est mise en œuvre de façon à assurer la sécurité et le confort du patient tant en salle d'intervention, qu'en salle de réveil (utilisation de couverture chauffante, de moyens de protection, de tenue vestimentaire adaptée..). Les sorties de SSPI et du service d'hospitalisation en ambulatoire sont validées selon les règles et tracées.

La concertation entre professionnels est organisée de façon hebdomadaire lors de rencontres regroupant l'encadrement des blocs, des secteurs de soins, et les praticiens au cours desquelles est validé le programme opératoire.

La transmission des informations entre professionnels est assurée par le dossier de soins informatisé disponible à toutes les étapes de la prise en charge, y compris après la sortie du bloc. Les professionnels du bloc ont ainsi la possibilité d'accéder à la fiche de liaison service-bloc, aux résultats de laboratoire, d'examens, aux prescriptions et à la consultation anesthésie suite à la mise en place d'un logiciel spécifique en réponse au suivi des indicateurs DAN. La régulation de l'activité opératoire est assurée par l'encadrement selon la programmation hebdomadaire définie et des ajustements journaliers nécessaires, à l'aide du tableau de programmation commun. Le programme opératoire est ajusté pour tenir compte des présences des praticiens, des besoins en matériel, des besoins en effectif et des particularités du patient.

Les professionnels mettent en œuvre les organisations définies en s'appuyant sur le programme opératoire partagé. Les pratiques de professionnels respectent les règles définies et les recommandations de bonnes pratiques (tenue vestimentaire, marche en avant, hygiène, respect du patient..) et assurent la traçabilité des informations soit sur les formulaires papier existants (ouverture de salle, suivi per-opératoire de l'intervention) soit sur informatique (administration des médicaments en SSPI). La check-list informatisée est en place dans tous les blocs, le time out est respecté. L'ensemble des vérifications nécessaires au démarrage de l'activité chirurgicale est assuré et tracé dans le cadre du bio-nettoyage, de la vérification des matériels (anesthésie et chirurgie) au bloc opératoire et en salle de surveillance interventionnelle.

Les dispositifs médicaux implantables sont gérés en concertation avec le service pharmacie qui met un préparateur à disposition sur chaque bloc. Les interfaces entre les secteurs (ambulatoire, services de soins, stérilisation, pharmacie, biomédical, laboratoire, radiologie) sont opérationnelles.

Les contrôles de l'air, de l'eau, des surfaces sont réalisés en concertation avec le CLIN, tracés et suivis d'action d'amélioration si besoin. Les vigilances sanitaires dont l'hémovigilance et la veille sanitaire sont opérationnelles et favorisent le travail en équipe.

La sortie du patient du service d'hospitalisation en ambulatoire est coordonnée. Une solution de repli est prévue en cas d'hospitalisation prolongée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (compte-rendu opératoire, courrier, photographies). Un appel du lendemain est en place ainsi qu'un numéro d'appel en cas de besoin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Afin d'assurer le pilotage de la démarche, de nombreux indicateurs sont identifiés et suivis régulièrement par l'encadrement, à l'aide tableaux de bord, présentés lors des revues de direction régulières et au conseil de bloc : indicateurs nationaux (infections du site opératoire, présence d'un CRO, dossier anesthésique..), indicateurs internes quantitatifs d'analyse d'activité en exploitation du tableau de

planification des interventions, des indicateurs qualitatifs en liens avec le projet de secteur et les analyses de risques.

Des audits internes et des démarche d'amélioration des pratiques professionnelles sont en place.

L'exploitation des résultats permet à l'établissement d'identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans les blocs opératoires, en SSPI et en secteur ambulatoire est en place avec un suivi mensuel des actions d'amélioration assuré entre les pilotes puis partagé avec la direction. Le service qualité est également partie prenante du suivi de ce plan d'actions. Des révisions et ajustements de stratégie et d'objectifs sont réalisés et intégrés à nouveau au plan en cours.

La communication des différentes évaluations est assurée auprès des professionnels lors des réunions de service et par voie d'affichage mensuel. Les résultats des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont présentés en conseil de bloc tous les trimestres.

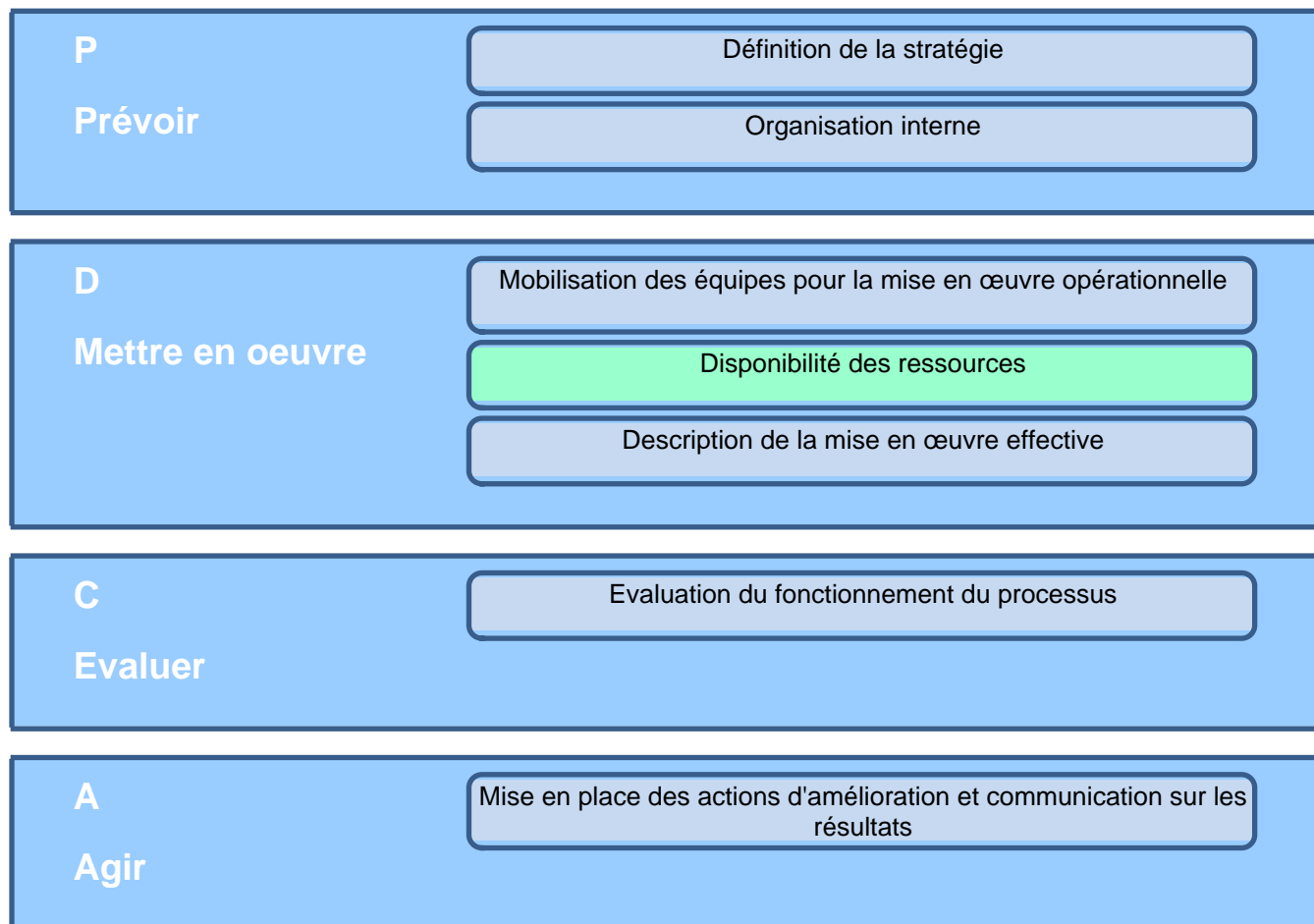
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose de différents secteurs interventionnels situés dans le bâtiment A : un bloc hémodynamique composé de 3 salles et d'une salle SSPI de 4 places et un bloc de rythmologie de 2 salles, la salle de SSPI étant située à l'étage au-dessus.

L'établissement déploie une forte stratégie concernant la cardiologie et la rythmologie interventionnelle depuis de nombreuses années. Les orientations principales actuelles sont finalisées dans le projet médical intégré dans le projet d'établissement, dont un des deux axes prioritaires concerne la cardiologie. Pour décliner cet axe, l'établissement, en adéquation avec les objectifs du CPOM, réalise un vaste projet architectural « Immeuble Passerelle » finalisé courant 2016, financé par Hôpital 2012, en accord avec l'ARS. Ce projet permettra de mettre en conformité les plateaux techniques, d'augmenter la pratique de l'ambulatoire et d'améliorer les circuits de prise en charge. Des objectifs stratégiques sont définis, élaborés sur la base d'une identification des missions futures, des parcours optimisés du patient et d'une analyse des risques propres à ce secteur d'activité. Un projet de secteur et une charte de fonctionnement des blocs interventionnels déclinent cette stratégie, validée par les instances décisionnelles.

L'identification des besoins et l'évaluation structurée des risques du processus repose sur une analyse a posteriori (analyse de terrain, analyse du processus et des parcours patient en hospitalisation ou en ambulatoire, conformité, événements indésirables, évaluations et suivi d'indicateurs) et a priori par secteurs d'activité interventionnelle (méthode AMDEC) incluant les différents professionnels et circuits (activité planifiée ou en urgence). Le risque lié à la radioprotection est inclus dans cette analyse. Les risques sont clairement identifiés, hiérarchisés, priorisés et intégrés dans le compte qualité et le plan d'amélioration et de sécurité des soins de l'établissement. Cette identification est mise à jour régulièrement.

Des objectifs d'amélioration et de traitement sont identifiés et arrêtés dans des plans d'action communs aux 2 blocs ou spécifiques à chaque bloc: architectural avec le projet "Passerelles" (mise en conformité et rapprochement des plateaux techniques), organisationnel avec les projets de service (développement du centre de diagnostic de la douleur thoracique et de l'ambulatoire, planification informatisée et anticipation des fonctions de transports des patients), matériel (comme l'implémentation du logiciel de planification et de suivi des actes et de la traçabilité des DMS/DMI, mise en place d'outils de partage d'information entre professionnels, restructuration des locaux de stockage...) , de formation.

De la démarche d'amélioration des risques a priori et a posteriori incluant le risque radiologique, sont issus des plans d'actions spécifiques pour les 2 blocs interventionnels en rapport avec les objectifs d'amélioration définis (architectural, organisationnel, matériel et de formation). Ces plans d'action sont partagés avec l'ensemble des professionnels, intégrés au programme global de l'établissement puis repris dans le compte qualité pour les risques prioritaires. Ils sont planifiés et gérés en mode projet avec un suivi périodique grâce aux choix d'indicateurs spécifiques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus reposant sur le Comité de Direction (CODIR), la CME, les comités de blocs (fonctionnant selon un règlement intérieur et une charte). Le pilotage opérationnel est confié à la responsable de l'ensemble des blocs de l'établissement secondée par les 2 responsables de bloc (hémodynamique et rythmologie).

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans l'organigramme accessible à tous les professionnels. Les missions des pilotes du processus blocs interventionnels sont définies au niveau institutionnel : s'assurer de la documentation du processus, suivre les indicateurs et le dispositif d'évaluation, identifier les points critiques et ceux maîtrisés. Les rôles et missions de chaque cadre et des professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier.

Une personne compétente en radioprotection a été nommée afin d'assurer cette mission (suivi des dosimétries passives et opérationnelles, formation, respect des recommandations) et un radio-physicien est en cours de recrutement. Des plans de formations prévisionnels et participatifs sont élaborés permettant des formations spécifiques: hygiène, gestes d'urgence, accueil, e-learning en radioprotection, DU de cardiologie interventionnelle , bonnes pratiques au bloc interventionnel...). Des procédures, modes opératoires, documents de traçabilité et documents spécifiques sont établis selon les actes effectués (bonnes pratiques) pour l'activité programmée et en urgence. Ces documents concernent également l'hygiène, le bionettoyage, la check list, le dossier patient, les documents de liaison, la planification, la gestion des événements indésirables, les documents d'enregistrement. Ces ressources sont classées sur l'intranet de l'établissement.

Les ressources matérielles sont organisées en tenant compte des problèmes liés à l'architecture des blocs interventionnels: les besoins en locaux et équipements sont prévus dans le cadre d'un projet architectural en cours. En attendant son achèvement, l'établissement met en oeuvre une organisation visant à maîtriser le risque lié aux locaux.

Le système d'information des blocs est intégré au système d'information de l'établissement. Les interfaces entre les deux blocs, la pharmacie, les services d'hospitalisation et les secteurs d'activité technique et logistique sont organisées via le dossier patient, le système de gestion technique centralisée, le suivi biomédical, des fiches de liaison avec la pharmacie et la stérilisation. Ils permettent l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des blocs interventionnels organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels spécifiques. Il existe une réelle dynamique d'amélioration continue avec une démarche participative de l'ensemble des professionnels.

Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques inhérents à cette activité. Ce pilotage et cette organisation, s'appuient sur les projets de service et la charte de fonctionnement, ainsi que sur leurs résultats.

Le responsable s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, modes opératoires, consignes, enregistrements, etc.). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats d'indicateurs nationaux ou internes aux secteurs interventionnel, etc.). Le recueil et l'analyse des EI avec implication des professionnels concernés sont effectifs avec une organisation du retour d'expérience. Une démarche institutionnelle d'analyses de risques et de retour d'expérience concernant les événements indésirables (récurrents ou graves) et d'amélioration des pratiques professionnelles est bien implantée et ancrée dans la culture de ces secteurs d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Ce secteur a été créé en fonction des évolutions techniques avec pour contrainte l'architecture. Le bloc hémodynamique dispose d'une SSPI alors que celle du bloc de rythmologie est déportée avec un transport sécurisé (étage accessible par ascenseurs). Le bloc de rythmologie dispose d'un sas de transfert. L'absence de sas de transfert à l'entrée du bloc d'hémodynamique ne permet pas de garantir l'ensemble des règles d'hygiène à assurer durant le transport des patients. Les locaux de stockage et de pré désinfection sont identifiés. Le stockage des déchets n'est possible qu'à l'extérieur du bloc de ce fait, le circuit des déchets n'est pas en complète conformité avec la réglementation. Les locaux sont sécurisés (incendie, intrusion, radioprotection). Les dispositifs de prise en charge de l'urgence vitale sont présents (chariots d'urgence, matériels d'anesthésie, fluides). Vues ces difficultés et en attente du déménagement futur, l'établissement a mis en place des mesures barrières pour diminuer les risques inhérents à l'architecture : pertinence des entrées patients en urgence par la mise en place du centre de diagnostic de la douleur thoracique, sensibilisation et discipline des soignants au respect des flux, identification de brancards spécifiques au blocs, renforcement du bio nettoyage, respect des entrées aux blocs, identification des circuits patients et professionnels, réduction des déchets. Le traitement de l'air est assuré dans les 2 blocs permettant d'assurer une qualification des salles de type ISO 7. Toutefois, les salles ne disposent pas de dispositif de mesure de pression de ce fait les paramètres de la qualité de l'air ne font l'objet d'un suivi régulier. L'établissement a mis en place des mesures d'atténuation avec un suivi semestriel des prélèvements particuliers, un suivi trimestriel des prélèvements de surfaces associé au respect des règles de bio-nettoyage). En outre, ces contraintes sont prises en compte depuis plusieurs années par l'établissement travaillant avec l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux concernés sur le projet architectural à échéance fin d'année 2016 avec le déménagement de l'activité sur ce nouveau site.

Selon l'établissement, la visite des blocs réalisée en mai 2015 par l'ARS a permis de valider oralement la poursuite du fonctionnement des blocs interventionnels jusqu'au transfert de l'activité sur le site « Passerelle ». Les matériels mis à disposition bénéficient d'une maintenance préventive et curative soit en interne (responsable Biomédical) soit par l'intermédiaire de prestataires externes. La gestion des pannes est prise en compte avec doublement de certains matériels et élaboration de procédures dégradées. L'approvisionnement des blocs interventionnels est assuré y compris en urgence.

Plusieurs logiciels sont à disposition : dossier patient informatisé, intranet professionnel et patient, gestion documentaire, planification des actes, brancardage, traçabilité des actes et des DMS/DMI, consultation d'anesthésie. Dans certains cas spécifiques, en liaison avec les logiciels administratifs et les services de soins, l'information est tracée à l'aide de documents papier.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les besoins identifiés sur le plan médical (cardiologues interventionnels, anesthésistes) et paramédical (IDE, MER, EPB, brancardiers). Les professionnels médicaux et paramédicaux assurent l'intégralité des plannings et les astreintes assurant la continuité de la prise en charge des patients en mode programmé et en urgence. Une préparatrice de la PUI centrale est détachée au fonctionnement des blocs interventionnels. Les formations réglementaires en radioprotection sont effectives. L'accompagnement des nouveaux arrivants est assuré sous la forme d'un tutorat avec évaluation périodique avant prise de poste opérationnelle.

Les ressources documentaires sont adaptées aux activités et aux besoins des professionnels. Cette démarche qualité documentée et actualisée assure la sécurisation de la prise en charge (gestion

documentaire informatisée et actualisée périodiquement par le département qualité) Ces documents concernent les processus de cardiologie interventionnelle mais aussi l'hygiène, le bio-nettoyage, la traçabilité de la check liste, l'utilisation du dossier patient, les informations de liaison, la planification des actes, le recueil des événements indésirables, les documents d'enregistrement et de traçabilité...

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est assurée en amont, dans les blocs interventionnels et en aval des actes par l'effectivité des interfaces d'amont ou d'aval (y compris avec le département de chirurgie cardiovasculaire) en mode programmé ou en urgence (permanence des soins).

Des documents d'informations pour le patient sont accessibles dans le livret Passeport ou sur le site internet où un espace patient et professionnel a été mis en place.

L'accueil du patient est assuré dès son arrivée en prenant en compte son état de santé, ses besoins et ses préoccupations. La vérification de son identité et de l'acte programmé est réalisée puis corroborée par la rédaction de la check liste mise en œuvre dans les secteurs d'imagerie interventionnelle de l'établissement. Les professionnels respectent les droits des patients en matière de confidentialité, d'intimité et de dignité. La gestion du dossier patient et la traçabilité des actes médicaux et paramédicaux sont opérationnels permettant un partage des informations pour assurer la prise en charge permanente du patient. A l'intérieur des blocs interventionnels, l'information est assurée par une concertation interprofessionnelle journalière et par des réunions de services et d'encadrement.

Le pilotage du processus assure la planification et la régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et de la sécurité des patients ainsi que le traitement des dysfonctionnements. Cette régulation des activités et de la programmation est assurée avec les praticiens concernés en amont et le jour précédent l'acte interventionnel. Des réajustements sont organisés pour permettre l'intégration des actes en urgence. Le respect de l'application des procédures et modes opératoires ainsi que le respect des bonnes pratiques est organisé, formalisé et suivi par l'ensemble des professionnels sous l'égide des responsables de bloc avec un travail en équipe encouragé et sollicité.

La traçabilité concernant les matériels, les DMS/DMI, le bio-nettoyage, les contrôles environnementaux (eau, air, surfaces), le suivi des dosimétries, les ouvertures et fermetures de salle, les check listes, le suivi de la douleur, les vérifications d'identité, les événements indésirables...est effective et partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Le pilotage en est assuré par la responsable des blocs qui en réfère au Comité de bloc. Les indicateurs sont définis et suivis qu'ils soient externes ou internes avec un tableau de bord mis en place et réajusté en cas de besoin. Les indicateurs sont nationaux (IPAQSS sur le dossier patient et le dossier d'anesthésie, Risque infectieux) ou internes: indicateurs d'activité, de ressources humaines, d'occupation de salle et de débordement, de démarrage des salles, du pourcentage de patients bénéficiant d'une prise en charge en ambulatoire, de la traçabilité des actes, de consommation en DMS/DMI et en médicaments (en collaboration avec la PUI). Des audits ou enquêtes de satisfaction sont effectués sur le matériel utilisé, la tenue des dossiers patients, les règles d'hygiène. Une EPP de pertinence des angioplasties hors syndrome coronaire aigu a été réalisée. Des audits type patients traceurs ont été mis en place.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'action majeure concerne le projet architectural "Passerelle" (finalisé courant 2016) permettant de solutionner le handicap de fonctionnement des blocs interventionnels (transport patients au bloc Hémodynamique, circuits des déchets, risque environnemental..).

Des actions d'amélioration sont supportées par le développement informatique avec mise en place de différents logiciels de gestion et de planification, d'amélioration et de surveillance des patients en rythmologie (télé cardiologie pour la surveillance des défibrillateurs automatiques implantables et des stimulateurs cardiaques par télé médecine, télé diagnostique du rythme cardiaque par Holter). Par ailleurs, un accent a été mis par l'établissement, conformément aux données du CPOM, pour augmenter l'activité d'ambulatoire avec la pérennisation d'un accueil spécifique.

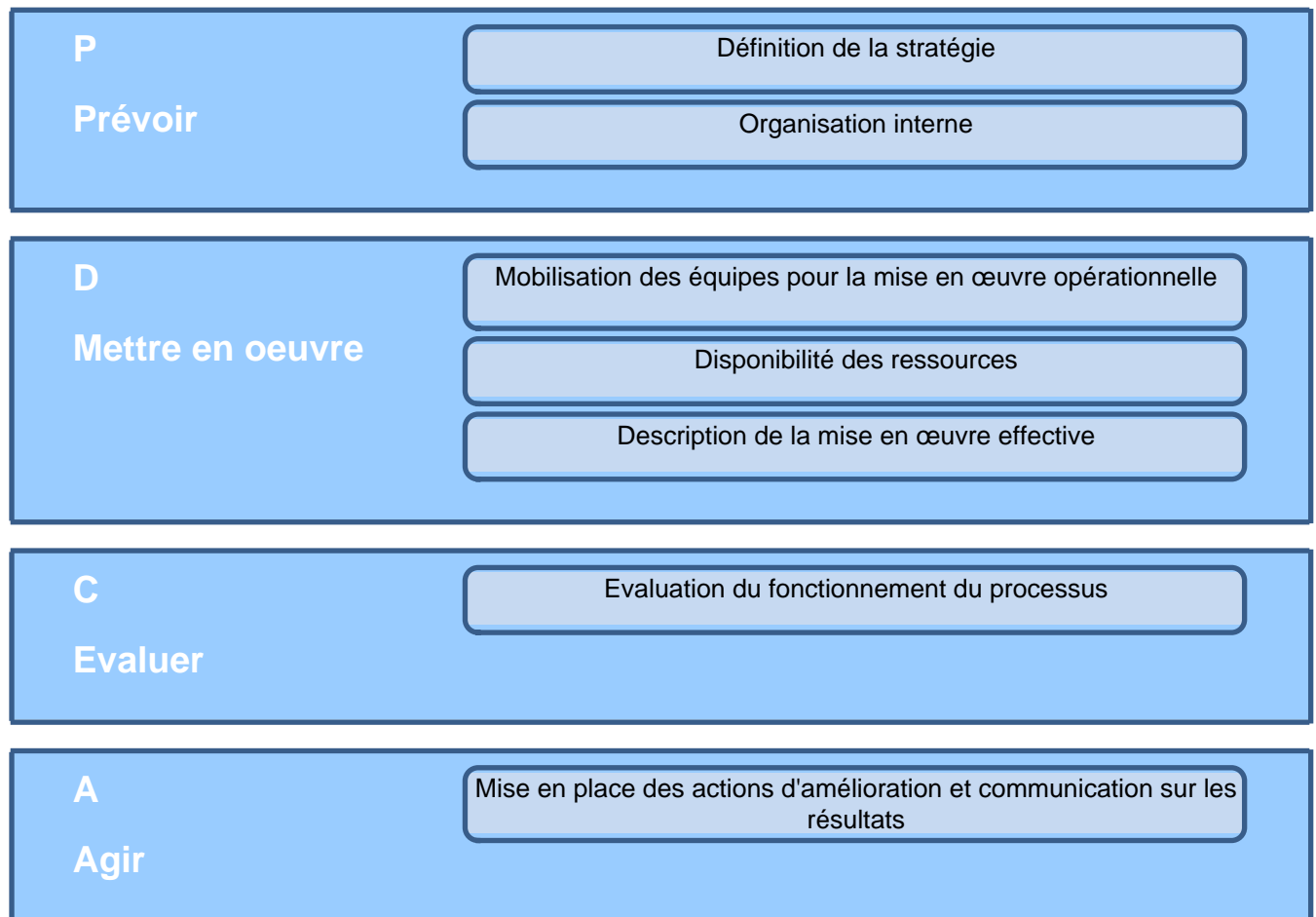
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie est réalisée dans deux bâtiments et sur quatre sites permettant de réaliser des actes en pneumologie, gastro-entérologie, urologie et digestif. Au bloc Atrium, sont réalisés les actes d'endoscopie en hospitalisation ambulatoire. Le bloc central héberge l'activité des patients hospitalisés et des actes d'endoscopie réalisés hors heures ouvrables. Dans ces blocs, l'activité d'endoscopie est totalement intégrée au programme des blocs opératoires. Les autres actes sont réalisés en USIC ou en réanimation. Les endoscopes souples thermosensibles sont pris en charge sur trois sites de désinfection : un au plateau technique ambulatoire (bloc Atrium), un autre au bloc central et le dernier dans une zone de traitement proche de l'USIC.

La stratégie de développement de l'endoscopie s'inscrit à la fois dans le projet architectural et de développement d'activité de l'établissement et dans les projets de secteur des différents blocs et services. Une démarche globale associant les responsables de secteurs, les cadres de services, le coordonnateur des risques associés aux soins et le cadre hygiéniste, a pour objectif d'assurer la sécurisation de toute endoscopie y compris pour les actes réalisés hors bloc opératoire.

Le management de la prise en charge du patient en endoscopie s'appuie sur une identification des objectifs institutionnels prioritaires et sur les objectifs spécifiques de chaque bloc et services. L'analyse des risques s'appuie sur les pistes identifiées lors d'une visite de risques réalisée par le CCLIN Sud-Ouest (risques liés au traitement des endoscopes souples non autoclavables), une analyse de risques a priori réalisée sur l'ensemble des secteurs en concertation étroite avec le coordonnateur des risques, l'encadrement et les professionnels dans le courant de l'année 2014, une prise en compte du risque infectieux en collaboration avec le cadre hygiéniste et des risques professionnels identifiés dans le document unique.

Au regard de l'ensemble des objectifs retenus dans le projet de secteur des différents blocs et des services (USIC-Réanimation), des actions d'amélioration sont identifiées, planifiées et déclinées dans leur plans d'actions respectifs qui respectent la méthode de travail adoptée dans l'établissement. Ces plans d'actions sont articulés avec le programme d'actions global à l'échelle de l'établissement.

Suite à une actualisation de ces analyses début 2015, l'établissement a intégré dans le compte qualité, les cinq risques résiduels au niveau des blocs. Pour chaque risque identifié, des mesures de traitement et de réduction des risques sont identifiées et intégrées dans le plan d'actions qui en précise les ressources et les modalités de suivi. Le suivi des événements indésirables est pris en compte dans l'actualisation des plans d'actions pour tous les secteurs d'endoscopie.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié au cadre responsable des blocs, en collaboration étroite avec les deux cadres responsables des blocs opératoires et les cadres responsables des services. Les conseils de bloc sont amenés à examiner cette activité régie par ailleurs par les chartes de blocs respectives. Le vice-président du conseil de bloc ambulatoire est un gastro-entérologue et les urologues et pneumologues participent systématiquement aux conseils de bloc.

Les missions des pilotes du processus bloc opératoire sont définies au niveau institutionnel : s'assurer de la documentation du processus, suivre les indicateurs et le dispositif d'évaluation, identifier les points critiques et ceux maîtrisés. Les rôles et missions de chaque cadre et des professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier et dans les procédures.

Les besoins issus de l'analyse des risques sont concrétisés dans la gestion prévisionnelle à l'exemple du recrutement de personnel ayant une compétence en endoscopie pour l'activité programmée et à l'organisation de la formation des IDE assurant la permanence des soins.

Pour prendre en compte et développer les compétences des professionnels, l'établissement favorise, dans son plan de formation annuel, et à l'appui de son analyse de risques, plusieurs actions de formations internes ou externes.

Les documents (procédures, modes opératoires) concernant la sécurité de la prise en charge sont établis. Les procédures et modes opératoires concernant l'entretien des endoscopes décrivent entre autre, l'ensemble des étapes du process, les contrôles microbiologiques des endoscopes et des enceintes de stockage. Des documents d'information des patients sont élaborés par les professionnels. Le signalement des événements indésirables est informatisé.

Les ressources matérielles (locaux, parcs d'endoscopes, laveurs-désinfecteurs d'endoscope, paillasse informatisées, armoires de stockage) sont prévues pour toutes les activités d'endoscopies. La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques et la réglementation. La maintenance préventive et curative est organisée avec le biomédical et les secteurs d'endoscopies. Afin d'améliorer la prise en charge des endoscopies hors heures ouvrables et les locaux dédiés à l'endoscopie des patients hospitalisés, en mars 2015, ont été créées au bloc central une salle dédiée à l'endoscopie et une salle de traitement des endoscopes.

Comme dans les blocs opératoires, l'outil informatique est le principal vecteur de communication.

L'établissement a développé le dossier patient informatisé, les prescriptions informatisées, l'accès aux différents logiciels (administratifs, documentation..), à l'intranet et des logiciels ou moyens informatiques spécifiques comme un tableur de planification des patients accessibles par tous depuis les consultations jusqu'en secteurs d'hospitalisation y compris à l'USIC.

Les interfaces entre secteurs d'endoscopie, pharmacie, biomédical, secteurs d'hospitalisation sont organisés permettant l'articulation cohérente des missions et compétences et la concertation entre professionnels des différents secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des secteurs/services (cadres de santé des 2 blocs, de l'USIC et de la réanimation) décline la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels intégrés au PAQSS de l'établissement. Les cadres organisent le fonctionnement de l'endoscopie dans leurs secteurs et suivent leurs indicateurs mensuels. Les cadres de chaque secteur s'assurent du respect des bonnes pratiques: vérification de l'identité des patients, identification des prélèvements, respect des circuits patient, évacuation des déchets, ouverture des salles. Les cadres des 3 sites de désinfection (bloc ambulatoire, bloc central, USIC) s'assurent du bon fonctionnement des salles de traitement (ouverture, suivi des bains de désinfectants..) et du respect des bonnes pratiques de désinfection des endoscopes.

L'implication des équipes est favorisée au travers de groupe de travail pour l'élaboration de documents utiles à leur activité et de participation à l'identification d'actions d'amélioration (traçabilité ascendante, descendante patient/endoscope). Dans le cadre du projet passerelle avec transfert de l'USIC en 2016, une réflexion sur la réorganisation de la prise en charge du fibroscope de réanimation a fait l'objet d'un groupe de travail multi disciplinaire (secteurs, biomédical, stérilisation, EOH) dont les propositions ont été validées en comité de direction en juillet 2015.

Les professionnels sont impliqués dans le signalement des événements indésirables dans chaque secteur d'endoscopie. Ils participent systématiquement aux retours d'expérience organisés dans leur secteur. De ce fait chacun est partie prenante dans la mise en place des actions d'amélioration. Les équipes sont engagées dans des démarches d'évaluations de pratiques professionnelles. Des RMM semestrielles sont réalisées pour l'endoscopie digestive, associant l'ensemble des gastro-entérologues et l'encadrement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées en nombre et en compétences aux activités exercées. Les compétences et effectifs sont disponibles dans tous les secteurs d'endoscopie. Les professionnels (IDE et AS) participant aux activités de traitement des endoscopes bénéficient de formations interne et externe afin de garantir la sécurité des soins. Les 8 aides-soignants de réanimation, les IDE du bloc central, assurant la désinfection des endoscopes hors heures ouvrables, sont formés et le maintien des compétences entretenus par compagnonnage avec le personnel dédié à la salle de traitement.

La formation des professionnels en poste est assurée en interne par les gastro-entérologues, la participation facilitée aux congrès permet la mise à jour des connaissances. L'établissement a déployé plusieurs formations E-learning dont un module sur les règles d'hygiène.

La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels à partir des ordinateurs présents. Les procédures sont déclinées au regard des spécificités de l'endoscopie, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène, rédigées et actualisées avec la participation des professionnels.

Les locaux sont récents et ergonomiques tant pour les salles de réalisation des endoscopies que pour les salles de traitement. Ils permettent le respect des circuits du patient, des matériels, des déchets. Les équipements sont en conformité avec la réglementation et les recommandations. Au bloc central, une zone spécifique et isolée est dédiée, depuis peu, au lavage et à la désinfection des endoscopes.

Les blocs opératoires disposent de matériel adapté à leurs activités. La disponibilité du matériel d'urgence est effective dans chaque salle de réveil et dans le secteur ambulatoire. Les équipements prévus sont en place. Ils sont gérés par le service biomédical qui organise la maintenance préventive et curative en collaboration avec l'encadrement. Les outils informatiques en place dans les différents lieux de travail (salles de consultation, bureaux, blocs) sont appropriés pour avoir accès à la programmation des interventions.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs mettent en œuvre les organisations prévues. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son intervention lors des différentes consultations : rapport bénéfice-risque, recueil de son consentement, risques spécifiques (ATNC). Il a à sa disposition un « passeport » (livret d'accueil) comprenant toutes les informations utiles. Il a également accès au site internet de l'établissement à une importante base d'informations dans la sous rubrique parcours de soins de la rubrique réservée au patient. Dans le secteur ambulatoire, il a la possibilité de prendre rendez-vous via le site internet et de proposer une date prévisionnelle d'intervention, confirmée lors des différentes consultations préalables. Une fois le rendez-vous fixé, son horaire d'admission lui est confirmé la veille du jour prévu, ainsi que les

consignes à respecter. Cette information lui est également envoyée par SMS.

Les risques patients particuliers sont gérés dès la consultation initiale. Le risque ATNC est évalué et tracé dans le dossier patient. La gestion des traitements anticoagulants, anti agrégant et des allergies est anticipée et intégrée dans la planification.

Quels que soient les secteurs, chaque patient est porteur d'un bracelet d'identification. Au bloc opératoire, le patient est accueilli par l'IDE de salle d'intervention qui s'assure de son identité. La collaboration entre les professionnels est mise en œuvre de façon à assurer la sécurité et le confort du patient tant en chambre, qu'en salle d'intervention ou en salle de réveil (utilisation de tenue vestimentaire adaptée..).

Les sorties de SSPI (validation par un anesthésiste) et du service d'hospitalisation (bulletin de sortie validé par l'endoscopiste) ont validées selon les règles et tracées. La sortie du patient du service d'hospitalisation en ambulatoire est coordonnée. Les patients disposent de toutes les informations utiles pour leur sortie (compte-rendu, courrier, photographies). Un appel du lendemain est en place ainsi qu'un numéro d'appel en cas de besoin.

Dans chaque secteur, les activités d'endoscopie sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients. La programmation des actes d'endoscopie pour les 2 blocs est sous la responsabilité exclusive du cadre du bloc ambulatoire. Les interfaces entre les secteurs (ambulatoire, services de soins, stérilisation, pharmacie, biomédical, laboratoire, radiologie) sont opérationnelles.

La permanence des soins, y compris en urgence, est assurée au bloc central pour les activités d'endoscopie digestive urologique et pulmonaire ; la permanence des soins est également assurée pour les ETO et les fibroscopies bronchiques en réanimation par les professionnels présents. Les interfaces sont opérationnelles y compris entre le bloc ambulatoire et le bloc central en cas de complication nécessitant un transfert du bloc ambulatoire vers le bloc central. La présence permanente de 2 anesthésistes au bloc ambulatoire permet d'en libérer un pour gérer une complication, une urgence vitale et accompagner le patient pour son transfert dans le bâtiment du bloc central ou la réanimation.

L'ensemble des informations relatives à la prise en charge du pré, per et post opératoire est intégrée dans le dossier patient. La majeure partie des informations est tracée informatiquement (traçabilité des étapes de la prise en charge du patient dans le dossier de soin, du traitement des endoscopes dans les blocs) et sous format papier à l'USIC. Les check listes d'endoscopie digestive et pulmonaire sont systématiquement réalisées et intégrées dans le dossier patient. Elles mentionnent les vérifications de l'identité. La traçabilité des actes d'endoscopie, des endoscopes utilisés est informatisée et opérationnelle.

Le respect des circuits est effectif et la marche en avant respectée. Les mesures de prévention des risques professionnels sont effectives pour les risques infectieux, pour la radioprotection (dosimétrie passive et opérationnelle dans les 2 blocs opératoires). Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisées dans tous les secteurs selon les procédures définies, les professionnels utilisent les moyens de protection mis à leur disposition. La traçabilité du traitement est informatisée et interfacée avec le dossier patient dans les blocs. La traçabilité de l'entretien des endoscopes traités à l'USIC est réalisée dans un cahier de vie dédié à chaque endoscope et la fiche de traçabilité de l'endoscope utilisé est numérisée dans le dossier patient. La traçabilité des endoscopes en prêt ou maintenance est également opérationnelle.

Les contrôles microbiologiques sont programmés pour chaque endoscope à canal (1 fois par an) et après tout retour de maintenance. Les enceintes de stockage sont contrôlées trimestriellement. Ces contrôles sont réalisés en concertation avec le CLIN, tracés et suivis d'action d'amélioration si besoin. La gestion des non conformités est pilotée par le cadre hygiéniste en collaboration avec les cadres de service.

Le bionettoyage des salles d'endoscopie est réalisé selon la procédure dans tous les secteurs. Il est informatisé pour les blocs permettant au cadre de s'assurer de la mise en œuvre après chaque acte.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Afin d'assurer le pilotage de la démarche, de nombreux indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont identifiés et suivis régulièrement par l'encadrement, à l'aide tableaux de bord, présentés lors des revues de direction.

Par exemple, les taux de repli et de ré-hospitalisation dans les 48 H sont suivis pour les actes réalisés en ambulatoire, le nombre de de signalement d'événement indésirables et de REX est suivi par l'encadrement pour chaque secteur d'endoscopie.....

Des audits internes et des démarches d'amélioration des pratiques professionnelles sont en place. Un audit sur l'utilisation de la check-list a été réalisé au bloc ambulatoire pour les actes d'endoscopie. Les évaluations structurées (tableaux de bord, audits, RMM) permettent l'identification des actions d'amélioration.

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

La politique de sécurisation de l'ensemble des activités d'endoscopie est réajustée en permanence en fonction des évolutions d'activités et des évolutions architecturales. La politique de gestion du risque infectieux décline les actions d'amélioration du respect des règles d'hygiène sur l'ensemble des secteurs d'endoscopie.

Le CHSCT est partie prenante dans la mise en place d'actions d'amélioration en lien avec les risques professionnels (USIC). Le plan d'actions issues de la visite de risques réalisée par le CCLIN Sud-Ouest en 2014 est suivi avec respect des délais de mise en œuvre.

La diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions est réalisée dans les instances (CLIN, CHSCT) et dans les secteurs d'endoscopie. La communication des différentes évaluations est assurée auprès des professionnels lors des réunions de service et par voie d'affichage mensuel. Les résultats des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont présentés en conseil de bloc tous les trimestres.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

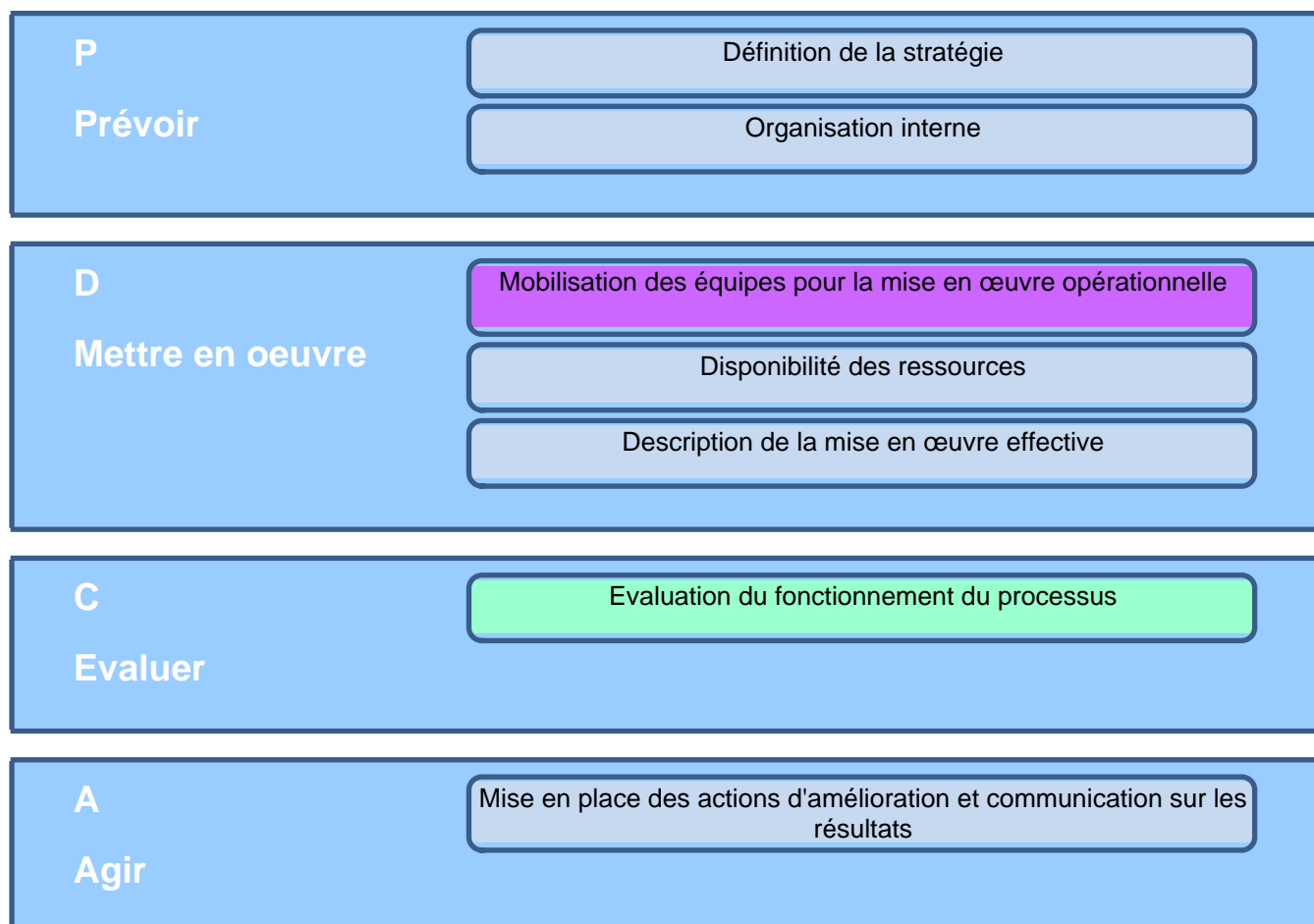
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de gestion des équipements et produits au domicile s'appuie sur un projet logistique médicotechnique « HAD », intégré à la fois dans le projet de secteur HAD et le projet logistique et médicotechnique de l'établissement. L'établissement est son propre fournisseur pour le matériel médico-hôtelier, le matériel biomédical et les dispositifs médicaux. Le secteur HAD fait appel à un prestataire pour l'approvisionnement en matériel d'oxygénothérapie et respecte le choix des patients en continuant à travailler avec les prestataires déjà en place, à l'aide d'un contrat de prise en charge personnalisé. Une démarche de généralisation de convention est enclenchée avec les prestataires principaux.

L'identification des besoins a été initiée par un audit complet de l'organisation réalisé en 2013 qui a abouti à un projet de restructuration complet du processus. Cet audit se complète d'une analyse des risques, déclinée dans la cartographie des risques du secteur HAD, réalisée avec la participation des professionnels de terrain en 2014. Les risques majeurs en résultant sont pris en compte dans le compte qualité de l'établissement, conformément à la démarche commune adoptée.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés en lien avec la politique définie et les risques identifiés. Ils sont suivis dans un plan d'actions de secteur en déclinaison du plan d'actions global de l'établissement. Pour les risques identifiés, des mesures de traitement de risques sont définies dans le programme d'actions.

ORGANISATION INTERNE

La fonction logistique est supervisée par un ingénieur médicotechnique affecté à l'HAD et un infirmier de coordination de l'HAD, sous délégation de la direction adjointe. Les responsabilités dans le pilotage institutionnel du processus sont définies au niveau de l'établissement. Le pilotage du processus est renforcé par une équipe de logisticiens permettant d'assurer la mise en œuvre opérationnelle. Les rôles et missions de chaque intervenant sont décrits plus précisément dans leurs fiches de poste respectives. Des formations des professionnels sont inscrites au plan de formation de l'établissement soit sous forme de formation obligatoire (accueil, hygiène) soit sous forme de formation adaptée au processus.

Le processus formalisé "Gestion des fonctions logistiques au domicile des patients" décrit l'organisation de cette fonction au sein de l'HAD, depuis la demande d'admission jusqu'à la sortie du patient, et s'appuie sur un ensemble de procédures adaptées. L'ensemble des documents existants décrit l'organisation en place, l'approvisionnement des dispositifs médicaux, des matériels y compris en cas d'urgence, les modalités de transport, de stockage au domicile, le signalement des patients à risque et respecte l'organisation documentaire en place.

La logistique est en relation étroite avec différents services (pharmacie, service biomédical, service médicotechnique), des prestataires et des utilisateurs pour lesquels les interfaces sont opérationnelles. Le signalement des patients à risque est géré par l'assistante sociale qui s'assure de l'information des interlocuteurs (ARS, ErDF).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ingénieur médicotechnique est référent pour l'aspect technique et organisationnel en lien avec la direction et supervise les logisticiens. L'IDE de coordination apporte son expérience de terrain et fait le lien avec les professionnels. Ils sollicitent autant que possible les professionnels lors de rencontres formelles régulières ou informelles d'ajustement de manière à situer cette fonction dans une logique de client-fournisseur, à l'écoute des préoccupations des uns et des autres. Tous deux s'assurent du respect des bonnes pratiques définies en concertation étroite avec les professionnels. Les professionnels du soin travaillent avec les logisticiens, comme par exemple pour la rédaction et l'ajustement des fiches constitutives des "kits" de soins utilisés par tous, et partagent leurs expériences.

Un travail d'accompagnement à l'utilisation de l'outil DPI est assuré de manière active par une responsable qualité alertée.

Les équipes se mobilisent autour des retours d'expérience assurés pour les événements significatifs. Le mode de management de ce processus facilite la communication des professionnels concernés qui sont impliqués dans la déclinaison et la mise en œuvre des actions selon les domaines concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation en place pour assurer les approvisionnements et la continuité des soins tient compte des effectifs et des disponibilités des salariés. Une présence IDE est assurée 24h sur 24 à partir d'une planification mensuelle. Cet IDE a à sa disposition l'ensemble des numéros de téléphone utiles. Les

coordonnées des prestataires si besoin et des partenaires des prises en charge sont disponibles dans le classeur disponible au domicile.

En interne, les formations des utilisateurs de l'HAD (IDE, IDE de coordination, Cadre..) à l'utilisation des dispositifs médicaux sont organisées avec les fournisseurs et le service biomédical de l'établissement. Les professionnels de l'HAD servent ensuite de relais auprès des professionnels libéraux.

L'ensemble de la documentation (fiche d'utilisation, de commande, de traçabilité) nécessaire à l'accueil et au suivi du patient est disponible au niveau du siège, des antennes et dans chaque tablette informatique déployée au domicile. Un exemplaire papier des commandes réalisées est conservé par les logisticiens en sus de l'intégration informatique.

Plusieurs locaux sont affectés aux fonctions logistiques. Un local "dispatch" sécurisé, situé dans le bâtiment Atrium proche du siège de l'HAD, est utilisé pour l'approvisionnement de l'ensemble des dispositifs médicaux et du matériel biomédical usuel mis à disposition par le service biomédical. Ce local dispose d'un circuit propre / sale et d'un accès facilité pour les livraisons. Le matériel médico-hôtelier est stocké dans un local dédié, hors HAD. Ce local dont la reconstruction est programmée, permet d'assurer le retour du domicile des matériels, leur décontamination. Un stock défini de dispositifs médicaux ainsi que du matériel de suppléance (seringue électrique, pompe, aspirateur, aérosol) mis à disposition par le service biomédical interne est disponible dans les locaux de l'HAD et dans chaque antenne pour répondre à toute demande imprévue ou d'urgence.

L'organisation interne garantit la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile par l'utilisation de véhicules de transport dédiés aux fonctions logistiques. Un pool de véhicules, dont le suivi est organisé, est à disposition des professionnels de l'HAD pour assurer les soins au domicile. Le transport des matériels lourds est assuré par le service logistique à l'aide d'un véhicule dédié. Dans certains cas (petit approvisionnement, médicament), ce transport est assuré par les professionnels à l'aide de contenants fermés. Les professionnels de l'HAD disposent de téléphone pour communiquer entre eux et ont à disposition la liste des numéros de téléphone utiles en cas de besoin. La communication avec les professionnels libéraux se fait principalement par téléphone. Le dossier patient informatisé disponible au domicile intègre des fonctions permettant la mise à disposition d'informations ciblées.

La réalisation des commandes se fait à l'aide de formulaires papier personnalisés selon le type de prise en charge, avec intégration par photographie dans le DPI. Les relations avec les prestataires se font principalement par courrier ou par fax.

La maintenance préventive et curative de l'ensemble des matériels est assurée par les professionnels des services techniques de l'établissement, hormis pour quelques matériels identifiés où cette maintenance est assurée par le prestataire ou le fournisseur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des fonctions logistiques résulte d'un travail d'équipe encouragé qui a réfléchi sur le dispositif de traçabilité pour faciliter le travail de tous. L'identification des besoins d'un patient est un travail d'équipe qui s'articule autour d'un formulaire de commande transmis et utilisé par tous. Les relations avec les professionnels libéraux se font de premier abord sur le terrain, le jour de l'admission, puis par téléphone et lors de visite de suivi hebdomadaire.

La livraison des matériels au domicile est organisée avec le patient et/ou l'entourage lors d'une visite de préadmission. Cette visite permet de recueillir l'accord du patient à ce mode de prise en charge, l'ensemble de ses besoins et ceux induits par les soins. Une continuité est assurée avec les prestataires pour les patients ayant déjà du matériel en place avant leur admission en HAD et une périodicité est définie pour réaliser les commandes et approvisionnements, qui tient compte du jour d'admission du patient.

Les logisticiens assurent une information du patient et/ou de son entourage sur la bonne utilisation du matériel, relayée par les professionnels de l'HAD. Les patients sont également informés de la conduite à tenir en cas de besoin et disposent des numéros de téléphone dans le classeur mis à disposition au domicile. Aux domiciles informatisés, ils ont également accès à des fiches d'information ciblées disponibles sur la tablette dans une rubrique spécifique à leur destination.

Le service logistique assure une traçabilité de tous les matériels mis à disposition au domicile dans des fichiers type tableurs. Sont tracés les références, le type de matériel, les mouvements entrées-sorties, la maintenance préventive et curative, l'entretien. Une fiche de livraison reprend la liste des matériels livrés et un suivi lors du retour. Les ajustements en matériel sont assurés en concertation avec les professionnels lors des réunions d'équipe et portés rapidement à connaissance du service logistique.

Une délivrance nominative est organisée pour tous les dispositifs médicaux gérés par l'HAD. Les commandes sont organisées à l'aide de fiches personnalisées "kit de soins", transmises par les professionnels vers la logistique via le DPI à jour donné. Les livraisons de commandes sont assurées le plus souvent dans la journée.

Le matériel est livré protégé pour le transport. Un guéridon de soins permet la centralisation du stockage des dispositifs médicaux, ce guéridon comprend également un tiroir sécurisé pour les traitements médicamenteux. Des boîtes de rangement complémentaires sont mises en place pour les volumes importants.

Le contrat passé avec le prestataire de matériel d'oxygénothérapie précise un délai d'intervention en cas de besoin et la maintenance préventive et curative. Une organisation est en place pour identifier avec les prestataires et les organismes concernés les patients électro-dépendants. Une conduite à tenir en cas de

panne est élaborée depuis peu.

La sortie et le retour des matériels sont organisés entre les professionnels et le service logistique qui assure ensuite leur nettoyage et remise en état. La récupération des déchets (DASRI) est assurée par le service logistique à fréquence définie et en fin de séjour, à l'aide du camion de transport organisé en conséquence. Les déchets sont ramenés sur l'établissement et suivent la filière en vigueur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus logistique dans sa nouvelle organisation est en place depuis un peu plus d'un an. L'élaboration du compte qualité précise des indicateurs identifiés lors de l'analyse de risques : taux de satisfaction des intervenants libéraux concernant les fonctions logistiques, taux de satisfaction des patients concernant les fonctions logistiques HAD, taux de matériel et mobilier intégrés dans la GMAO et taux de conventions de collaboration lors de recours à une prestation externe signées. Ces indicateurs s'ajoutent à des indicateurs communs aux secteurs de soins (événements indésirables, satisfaction des patients...) et sont intégrés dans un tableau de bord gérés par les responsables du processus. Un point d'étape a minima mensuel, avec la direction, permet d'en assurer le suivi. A ces indicateurs s'ajoutent une gestion comptable des fonctions logistiques réalisées.

A / AGIR

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

Conformément à l'organisation en place dans l'établissement, chaque pilote de processus assure le suivi des actions dont il a la charge. Des actions d'amélioration sont planifiées, mises en œuvre, suivies et ajustées en articulation avec le programme d'amélioration de la qualité et la rédaction du compte qualité, en adéquation avec le dispositif institutionnel structuré pour l'amélioration continue sur cette thématique. Les actions d'amélioration s'appuient sur les évaluations qui se mettent en place du processus et permettent des ajustements.