



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE PAUL PICQUET SENS

**12, rue Pierre Castets
89100 SENS**

JANVIER 2017

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	39

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE PAUL PICQUET SENS	
Adresse	12, rue pierre castets 89100 Sens
Département / région	YONNE / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maugéy 71100 CHALON SUR SAONE
Groupement	G1700	AVENIR SANTE	20 cours général de gaulle 21000 DIJON
Entité juridique	890000151	SOCIETE D'EXPLOITATION CLINIQUE PICQUET	12, rue pierre castets 89100 Sens
Etablissement de santé	890000169	CLINIQUE PAUL PICQUET SENS	12, rue pierre castets 89100 Sens

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	69	26
MCO	Médecine	19	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Centre hospitalier de Sens. Centre de convalescence de Sainte-Colombe à Saint-Denis-les-
--	---

Sens. Membre du GIE de radiothérapie de l'Yonne, membre du réseau de cancérologie régional (ONCO-BOURGONE).

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Parcours du patient

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques

Droits des patients

Dossier patient

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine HC	/	Programmé	Simple	MCO
2	Sujet âgé	Chirurgie HC	PTH	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie HDJ	Main, poignet	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

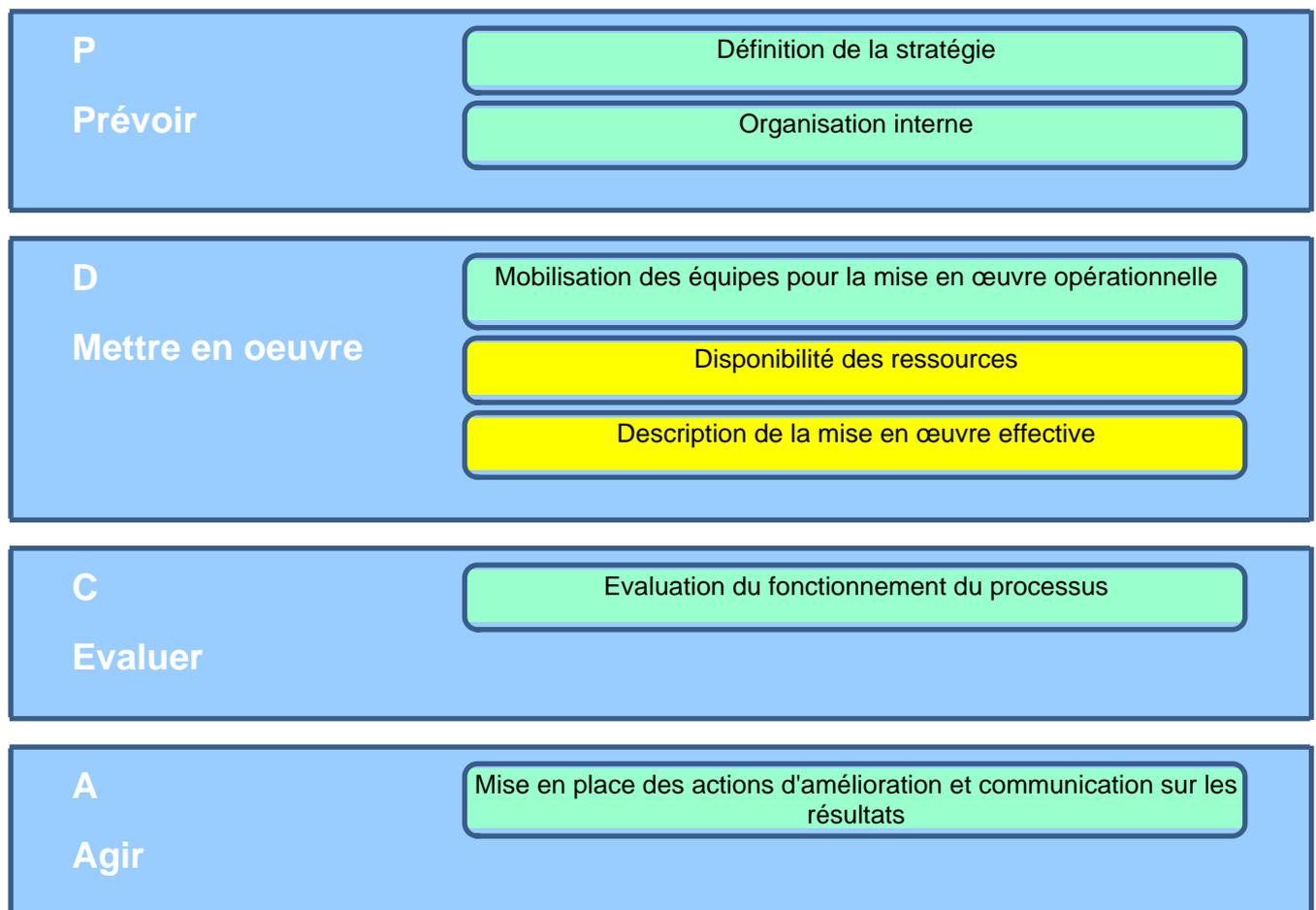
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé une politique Qualité et Gestion des risques 2015 - 2020, fin 2015. La politique Qualité et Gestion des risques de la clinique Paul Picquet décrit les objectifs stratégiques en matière de qualité et de gestion des risques, l'organisation au niveau du management avec organigramme à l'appui, les instances, commissions, pilotes de processus et responsables présents dans la clinique et leurs missions. Des objectifs et des actions prioritaires sont définis en lien avec l'analyse des risques et l'analyse des besoins propres à l'établissement, notamment au niveau du pilotage de la certification, de l'optimisation de la gestion des risques, de l'amélioration de la démarche qualité, du renforcement du rôle des R.U., du développement des EPP (recommandation V 2010) et de l'amélioration de la culture qualité de l'établissement.

La politique Qualité et gestion des risques, validée par les instances concernées (COPIL et CME) est déclinée dans un programme d'actions institutionnel formalisé et priorisé.

La politique Qualité et Gestion des risques, intégrant les EPP, et le programme d'actions institutionnel, sont élaborés pour répondre aux attentes du code de santé publique, du code du travail, des résultats de certification HAS, du CPOM, du CBUM.

Le compte Qualité est renseigné et actualisé par le technicien qualité et les pilotes de processus.

La politique qualité et le PAQSS institutionnel sont révisés annuellement. Les objectifs de l'établissement étant de réviser le PAQSS semestriellement.

Les risques de l'établissement sont identifiés, hiérarchisés et regroupés sur une cartographie des risques, leur analyse étant réalisée selon la méthode (fréquence / gravité= criticité x / niveau de maîtrise= niveau de criticité résiduelle). La cartographie a été révisée fin 2015, avec le soutien méthodologique du BAQIMEHP.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes de processus stratégiques sont le président directeur général et la directrice de l'établissement. L'attachée de direction, coordinatrice de gestion des risques associés aux soins, a été identifiée comme pilote opérationnel, depuis le départ du responsable qualité, fin août 2015. Les rôles et les responsabilités sont définis sur les fiches de missions pilotes stratégiques, pilote opérationnel, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et technicienne qualité.

Cependant un responsable qualité n'est pas identifié au sein de l'établissement.

Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté qu'il n'y avait pas de responsable qualité identifié dans l'établissement pouvant piloter et coordonner la démarche qualité et gestion des risques. Le relais est pris par l'attachée de direction coordinatrice des risques, par les IDE référentes des services de soins et la responsable du bloc opératoire, fin août 2015 depuis le départ du responsable qualité.

Un organigramme renseigne sur l'organisation Qualité et Gestion des risques de l'établissement.

Le dispositif de gestion documentaire est accessible par voie informatique aux professionnels de l'établissement (procédures, processus, comptes rendus, guides...). Il permet également d'organiser le signalement et le traitement des événements indésirables dans tous les services, par le biais du logiciel YES.

La technicienne qualité assure le suivi des E.I. après analyse et actions immédiates de ces derniers par les déclarants, les responsables des secteurs d'activité ou les vigilants. Les signalements sont centralisés vers le technicien qualité qui les recense. La cellule de gestion des risques (CGR), composée des responsables, de la pharmacienne, de certains praticiens, de la technicienne qualité et de la coordinatrice des risques associés aux soins, analysent mensuellement tous les signalements, valident les actions immédiates, définissent ceux qui, selon le niveau de gravité, font l'objet de l'analyse des causes profondes en CREX (méthode ORION) ou en RMM (fixées 4 fois par an), cas traités avec la décision du président de la RMM.

Un règlement intérieur de la cellule EPP a été formalisé, il identifie l'organisation générale des EPP.

Un guide du signalement, d'incident et d'accident, intégrant une information sur les vigilances est formalisé et accessible sur la base documentaire informatisée YES.

Il existe une coordination des vigilances, de veille sanitaire et de la gestion des risques par le biais de la CGR et de la technicienne qualité.

L'établissement applique la réglementation en matière de gestion des plaintes et des réclamations.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines suffisantes (formations: licence professionnelle qualité en milieu hospitalier et master qualité sécurité environnementale pour la technicienne qualité, D.U. hygiène, D.U. fin de vie, D.U. douleur; gestion des risques par le BAQIMEHP pour la coordinatrice de GDR associé aux soins, formation des pilotes de processus / BAQIMEHP...), matérielles et documentaire (logiciel GED).

La gestion des interfaces est organisée entre les services administratifs, logistiques, techniques et de soins. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs (réunions de services, commissions).

La politique de communication de l'établissement est définie dans le projet qualité et gestion des risques. Elle est organisée à partir de différents outils : comptes rendus des instances et des commissions, le PAQSS, le journal interne, les résultats des évaluations, les affichages dans les services. A destination des usagers, l'établissement a mis en place un site internet de la clinique, un affichage sur les résultats des indicateurs nationaux, le droit des patients et les R.U.. Une lettre qualité de décembre 2015 fait un rappel aux professionnels sur les déclarations des événements indésirables et les diverses méthodes d'analyses selon le niveau de gravité.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité / sécurité des soins dans le cadre de la CRUQPC. Ils sont conviés également au premier CLIN de l'année, au CLUD et au CLAN. Un compte rendu de la CRUQ du 15 décembre 2015 fait état d'une présentation de la politique qualité et gestion des risques, des orientations stratégiques et des objectifs de l'établissement en matière de qualité et de gestion des risques.

Le fonctionnement de la cellule de gestion des risques est formalisée et accessible sur le logiciel YES.

L'organisation de la gestion du signalement est formalisée : un guide de signalement existe et est distribué à tous les nouveaux arrivants.

Cependant, la procédure de gestion des plaintes et des réclamations n'est pas validée, ni diffusée sur le logiciel de gestion documentaire.

La procédure de gestion des plaintes et des réclamations présentée en fin de visite, n'est pas validée ni diffusée sur le logiciel de gestion documentaire. Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté qu'il y avait pas de procédure des gestion des plaintes et des réclamations sur le logiciel YES, la procédure ayant été présentée sous format papier le jeudi de la visite. Cette procédure n'est pas validée par la CRUQPC.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les IDE référentes des services de soins et la responsable du bloc opératoire sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur les processus (réunions de service, accompagnements, informations). Ces dernières s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (entretiens annuels, audits de pratiques, EPP...) et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées si besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs : sensibilisation et formations des professionnels à la démarche qualité, gestion des risques par les responsables des services, eux-mêmes formés par BAQIMEPH. Les résultats sont communiqués aux professionnels via le logiciel de gestion documentaire.

Le dispositif de gestion des E.I. et des E.I.G. est opérationnel et connu des professionnels pour ce qui concerne les E.I. Les EIG définis par le CGR selon le niveau de criticité font l'objet d'analyses spécifiques (RMM, CREX : méthode ORION).

L'établissement a rédigé son plan blanc, il a été révisé en 2015.

Lors des réunions de la CRUQPC, les représentants des usagers sont informés des démarches de l'établissement, des plaintes, des événements indésirables et de leur traitement.

La CME valide le choix des EPP, elle même force de proposition. Un tableau de bord des EPP renseigne sur toutes les EPP réalisées dans l'établissement et leur état d'avancement. Les travaux d'accréditation de certains spécialistes sont utilisés dans le cadre des EPP (gastro gastroentérologie).

Cependant, la stratégie n'est pas déclinée à travers des plans d'action qualité par secteur d'activité.

Au moment de la visite, des objectifs et plans d'actions ne sont pas déclinés par secteur d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard de ses besoins, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (compétences: citées ci-dessus), matérielles (dont locaux et équipements: logiciel de signalement, d'analyse et de traitement des E.I., GED informatisée) disponibles dans les secteurs d'activité.

Les professionnels interrogés connaissent le fonctionnement du logiciel YES qui permet d'effectuer le signalement des EI.

Les professionnels sont accompagnés par les IDE référentes pour l'utilisation du logiciel de signalement des événements indésirables.

La technicienne qualité a été nommée référente EPP; elle travaille en lien avec les praticiens et la coordinatrice de gestion des risques associés aux soins.

La procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins est formalisée et accessible sur le logiciel YES.

Cependant, la gestion documentaire informatisée n'est pas structurée.

Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que la gestion documentaire informatisée n'était pas structurée. Toutes les procédures ne sont pas retrouvées sur le logiciel de gestion documentaire, ce qui oblige les responsables des secteurs d'activité à les présenter sous format papier. Il n'y a pas de lisibilité claire des documents existants.

La gestion documentaire informatisée n'assure pas la disponibilité des documents pour l'ensemble des professionnels.

Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que les professionnels avaient des difficultés à trouver les protocoles demandés, en raison du manque de structuration de la gestion documentaire informatisée. Il est constaté l'absence de bon nombre de procédures non réalisées, en cours de création ou d'actualisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie en matière de signalement des événements indésirables, les professionnels ont été formés par les responsables des services. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Les professionnels de soins des services de médecine et de chir.1 ont connaissance de la cartographie des risques et du PAQSS. Ils se sont appropriés la méthode d'analyse de la criticité mise en place par l'établissement.

Les représentants des usagers, membres de l'UNAFAM et de la FNAT, sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement, ils participent à toutes les CRUQPC, au premier CLIN de l'année, au CLUD et au CLAN.

Le système de gestion des plaintes et des réclamations est opérationnel conformément à la réglementation. Chaque signalement fait l'objet d'une réponse après enquête et étude de la plainte ou de la réclamation. Le rapport annuel de la CRUQPC est formalisé

Les professionnels sont formés au signalement des EI par les IDE référentes et mettent en œuvre l'organisation établie par l'établissement.

Le dispositif de gestion des EI et des EIG est opérationnel et connu des professionnels concernés. Les EI sont analysés et traités en actions immédiates par les déclarants, les responsables des secteurs d'activité et les vigilants. Selon l'évènement et son niveau de gravité, les EI graves sont analysés en RMM ou en CREX selon la méthode ORION. Les signalements sont suivis par la technicienne qualité via le logiciel YES. Le CGR se réunit mensuellement pour analyser les événements indésirables, les actions immédiates, mettre en place des actions d'amélioration et déclencher les RMM avec le président de la RMM ou les CREX.

Un groupe de travail représentant l'ensemble des métiers de la clinique a participé à l'élaboration de la cartographie des risques mise en place dans l'établissement, avec le soutien méthodologique de BAQIMEHP.

Cependant, la CRUQPC n'est pas opérationnelle. La CRUQPC s'est réunie deux fois en 2015 (octobre et décembre), avec principalement information des résultats. Il n'existe pas de réflexion tracée dans les PV sur le droit des patients menée avec la CRUQPC.

Lors de la rencontre avec les représentants des usagers, il est apparu qu'ils n'ont pas été informés d'une lettre de réclamation d'un patient (réclamation figurant dans la fiche interface ARS).

De plus, l'analyse des causes profondes des EIG n'est pas opérationnelle.

Les CREX ne sont pas réalisés régulièrement. Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que l'établissement avait réalisé un seul CREX en décembre 2015 sur une erreur médicamenteuse. Les professionnels de terrain n'ont pas connaissance des méthodes d'analyse mises en place par l'établissement pour ce qui concerne les E.I.G. Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que les professionnels de terrain (IDE, AS) n'avaient pas connaissance de l'organisation des RMM et des CREX. Ils ne se sont pas appropriés la méthodologie. Les professionnels des services de soins ne connaissent pas l'organisation de l'établissement en matière d'analyse des événements indésirables graves et récurrents. Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que les professionnels des services de soins ne connaissaient pas l'organisation mise en place par l'établissement le CGR, les RMM et les CREX.

Aussi, la démarche EPP n'est pas déployée au niveau de l'ensemble des activités.

Lors de la visite, les experts visiteurs ont constaté que tous les secteurs d'activité clinique ou médico-technique n'ont pas mis en œuvre des démarches d'EPP. La majorité des EPP n'ont pas abouties ou reste à initier : certaines EPP qui dataient de 2006, 2011, n'ont pas évolué (étape 1).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont réalisées par l'établissement, un tableau de bord renseigne sur les indicateurs utilisés dans l'établissement (taux de professionnels formés à la GED, satisfaction des patients, nombre de signalements des E.I., IPAQSS, indicateurs activité, RH...). Des EPP sont réalisées (optimisation de la GED au bloc opératoire, audit dossiers patients, conformité des circuits déchets, PEC douleur...). Un tableau de bord renseigne sur les EPP réalisées et leur état d'avancement.

Des RCP sont organisées et réalisées en cancérologie et en chirurgie bariatrique.

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux résultats des évaluations et à l'analyse des risques (mise à jour des procédures et protocoles, révision plan blanc, renforcement du dispositif de communication, poursuite des RMM...). Les résultats d'évaluation et indicateurs sont communiqués.
Le PAQSS permet de suivre les actions programmées et leur état d'avancement.

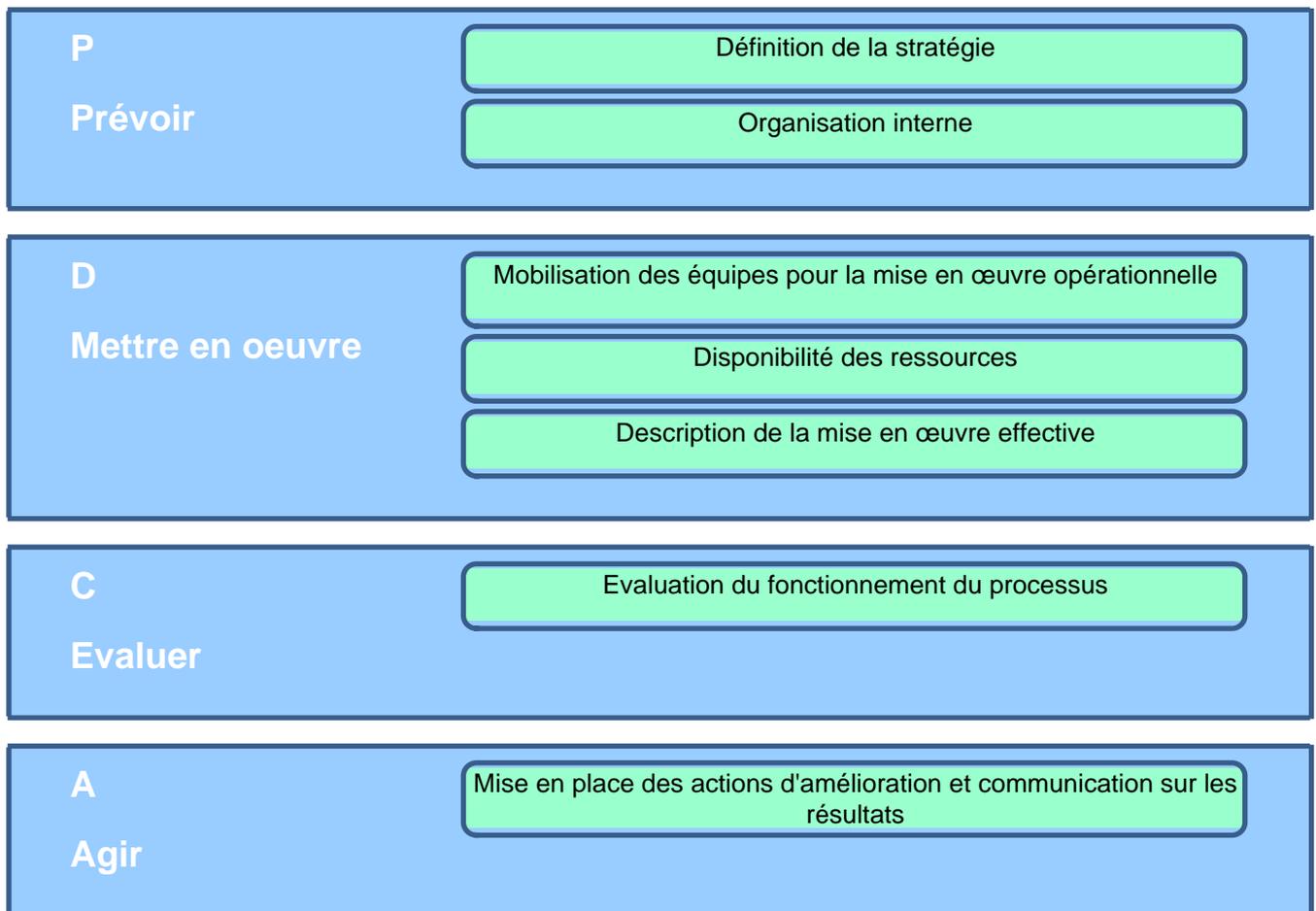
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux, il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique de lutte contre les infections associées aux soins est formalisée pour la période 2015- 2018. elle a été rédigée par le CLIN et validée en CME. Elle décline les objectifs en matière de bon usage des antibiotiques, de prévention de la transmission croisée, de mise en place du planning des actions LIN, de surveillance de l'écologie des germes de l'établissement.

La politique est déclinée dans un programme d'actions annuel du CLIN. Ce programme est intégré au PAQSS institutionnel formalisé et priorisé. Le programme annuel d'actions émane des résultats des enquêtes épidémiologiques, des indicateurs de suivi, des audits, en lien avec les directives nationales.

La cartographie des risques liés au risque infectieux est formalisée. Elle a été réalisée par les membres du CLIN et de l'EOH, avec le soutien méthodologique de l'hygiéniste qui a été formée par BAQIMEHP. Les risques prioritaires liés à l'hygiène ont été identifiés et intégrés dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'hygiéniste de l'établissement a été nommée pilote de processus, en lien avec le CLIN. Ses rôles et ses missions sont définis au sein d'une fiche de missions. L'hygiéniste, IBODE, est détachée 12 heures par semaine pour l'hygiène. Le règlement intérieur du CLIN est formalisé; il est composé de professionnels représentant tous les métiers de la clinique. Le CLIN coordonne les actions des secteurs d'activité en matière de lutte contre les infections associées aux soins; il élabore les programmes d'actions et les bilans annuels.

L'EOH (composée de médecins, pharmacien, soignants) est missionnée pour mettre en œuvre le programme élaboré par le CLIN. L'EOH est composée de certains membres du CLIN et des correspondants hygiène représentant chaque service de la clinique. Il se réunit tous les deux mois.

Au regard de ses missions et risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources: humaines (D.U. hygiène en 2013; formations hygiène hospitalière par un biologiste, formations précautions standards et complémentaires par l'hygiéniste, ATB par le pharmacien), matérielles (matériel U.U., protections). et documentaires (procédures, protocoles, supports de traçabilité, guides) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services, bloc opératoire, laboratoires d'analyses médicales et environnementales, PUI).

La clinique est en lien avec le CCLIN régional. Chaque secteur d'activité est représenté au sein du CLIN et en EOH. Le CLIN se réunit 4 fois par an.

La communication est organisée pour les professionnels comme pour les usagers (affichage, comptes rendus réunions).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres à la gestion du risque infectieux sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les référents hygiène (EOH) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. L'hygiéniste et les correspondants hygiène s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (audits, boîte UV, journée sécurité du patient). Des actions d'amélioration sont identifiées si besoin (sensibilisation des professionnels, renforcement des formations, accompagnement dans les services).

Le pharmacien intervient auprès des praticiens dans le cadre du bon usage des antibiotiques (prescriptions, consommation et nouvelles réglementations). La communication des résultats est réalisée lors des réunions de la CME et de la COMAI, organisée actuellement en fin de CLIN. Un médecin anesthésiste a été nommé référent antibiotiques.

L'EOH intervient au sein des services soit à la demande des professionnels, soit suite à une alerte issue du laboratoire, et aussi en fonction du programme annuel du CLIN, avec la coordination de l'hygiéniste.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations: vues ci-dessus) matérielles (dont locaux neufs,

achats matériels U.U.) et documentation (protocoles, procédures, supports de traçabilité sont formalisés et validés par le CLIN), sont disponibles dans tous les secteurs d'activité de la clinique.

Les membres de l'EOH bénéficient de formations adaptées à leur domaine d'activité. Les correspondantes hygiène dont la gouvernante, membres de l'EOH, organisent des formations internes et des accompagnements auprès des équipes ASH qui ont l'hygiène des locaux en charge. Chaque année, les formations à l'hygiène sont inscrites au plan de formations institutionnel (formations hygiène hospitalière réalisée par un biologiste, formations précautions standards et complémentaires par l'hygiéniste). Les formations HH (hygiène hospitalière) sont assurées pour les nouveaux arrivants. Lors de la journée "sécurité des patients", les professionnels sont sensibilisés au risque infectieux via des tests et des quizz organisés par l'hygiéniste et le pharmacien.

Des formations, sensibilisations ont été réalisées par le pharmacien aux praticiens lors des CME (présentation Power Point).

Concernant le bon usage des antibiotiques, le pharmacien et le référent antibiotiques sensibilisent les prescripteurs. Le pharmacien suit et présente la consommation des antibiotiques en CME et en COMAI.

Le matériel de prévention du risque infectieux est à disposition des professionnels au sein des services (lunettes, masques, gants).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services de soins et du bloc opératoire connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient en matière de prévention du risque infectieux.

Les correspondants hygiène dont la gouvernante travaillent en lien avec l'hygiéniste et la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins.

La traçabilité des actions est réalisée sur des supports tels que le dossier patient (précautions complémentaires, prescription ATB), des feuilles d'enregistrement du bio nettoyage dans tous les secteurs de l'établissement.

La promotion du bon usage des antibiotiques est assurée par des actions de surveillances diverses (consommation des ATB, écologie et résistance). Le pharmacien fait des rappels sur le bon usage des antibiotiques lors des commissions et par affichage. Elle a formalisé et transmis aux praticiens un livret de l'antibiothérapie et de l'antibioprophylaxie, disponible dans les services de soins et au bloc opératoire.

La réévaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure est tracée. Une alerte effective sur le logiciel du dossier patient, informe le praticien sur cette réévaluation. Le pharmacien vérifie l'effectivité de la réévaluation sur le logiciel de prescriptions médicales.

Les réunions du CLIN sont organisées à raison de 4 réunions par an.

Les procédures du signalement externe et interne d'infection associée aux soins (dommages liés aux soins en hygiène), sont accessibles sur le logiciel YES, elles ont été actualisées en 2013. Ces procédures sont connues et appliquées par les professionnels de soins. Il en est de même pour les précautions complémentaires.

Cependant, des actions de maîtrise du risque infectieux ne sont pas mises en œuvre par les professionnels.

Les règles de bonnes pratiques de prévention du risque infectieux ne sont pas toujours appliquées. Un expert visiteur a trouvé des solutés utilisés pour les patients dans un réfrigérateur du bloc destiné aux prélèvements bactériologiques.

De plus, Les experts visiteurs ont constaté qu'un conteneur de transport des déchets (cloisonné en deux parties : DAOM et DASRI) avaient été sorti du S.A.S. (secteur accueil soins) et laissé dans un couloir, ouvert et débordant de sacs mélangés les uns aux autres.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure des évaluations et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (tableau de bord, bilan d'activité, indicateurs nationaux, résultats des prélèvements environnementaux: air, eau, surfaces...) sur une périodicité définie.

Des EPP sont initiées ou en cours de réalisation sur les précautions standard, les précautions complémentaires, sur la prise en charge et la surveillance du sondage urinaire. Une évaluation sur le tri des déchets est en cours de réalisation (mars - avril 2016).

Un suivi continu de la consommation des antibiotiques est assuré par le pharmacien. Les résultats sont transmis aux praticiens lors des CME.

Le tableau de bord des infections associées aux soins est communiqué par voie d'affichage.

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

Le programme du CLIN est révisé et mis à jour annuellement, avec validation de la CME.
Les actions d'amélioration mises en œuvre (procédures réévaluation des ATB à la 72ème heure, formations sur précaution standard et complémentaires) sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers par voie d'affichage, de réunions (CRUQPC).

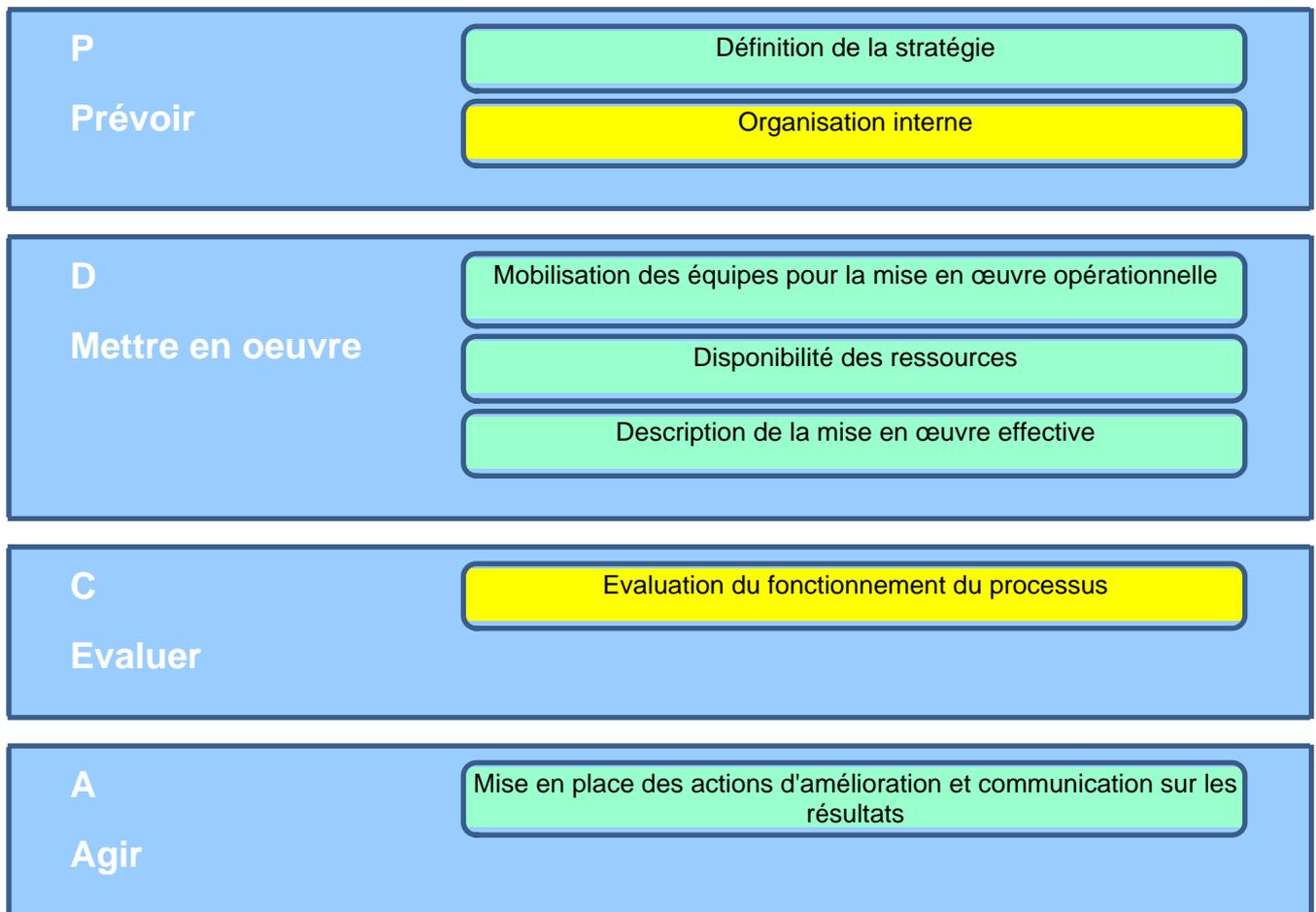
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits des patients est formalisée. Les sources de données utilisées sont issues de la cartographie des risques à priori réalisée au sein de l'établissement. Cette politique a été validée en CME. Elle est déclinée dans un plan d'actions général institutionnel formalisé et priorisé.

Cependant, la CRUQPC n'est pas associée et informée des événements survenant au sein de la clinique relatifs aux droits des patients.

La stratégie n'a pas été établie en associant la CRUQPC. On ne retrouve pas de réflexion sur le droit des patients menée avec la CRUQPC associée.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par l'infirmière référente et la psychologue. Les rôles et missions sont définis dans une fiche de mission.

Au regard des besoins identifiés, l'établissement a prévu les ressources nécessaires.

Le plan de formation prévisionnel 2016 prévoit des thèmes liés au droit des patients, bientraitance et dommages liés aux soins.

Une formation sur la Bientraitance et le dommage lié aux soins sont prévues sur le plan de formation 2016.

Le patient et son entourage sont informés de leurs droits à travers le livret d'accueil et le site Web de l'établissement (personne de confiance, directives anticipées, PeC de la douleur, charte personne hospitalisée).

La constitution d'un Comité Éthique est prévue dans le plan d'actions 2016.

L'organisation relative au droit des patients a été formalisée dans le règlement intérieur de la CRUQ.

Cependant, l'organisation relative aux droits des patients ne repose pas sur des procédures écrites et validées. Les procédures d'annonce d'un dommage lié au soin, de mesures de restrictions de liberté, de signalement et conduite à tenir en cas de maltraitance, viennent d'être rédigées. Elles ne sont ni validées, ni diffusées de ce fait.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions spécifique aux droits des patients est décliné dans les différents secteurs, la sensibilisation des professionnels est initiée par les deux pilotes du processus, l'infirmière référente et la psychologue.

Les professionnels sont associés aux actions correctrices éventuelles, diffusion du livret "petites attentions pour le bien être du patient".

Des plans d'action opérationnels propres aux secteurs médicaux sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les deux pilotes du processus, l'infirmière référente et la psychologue sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et spécifiques à leur secteur de soins. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Des actions de formation en lien avec les droits des patients sont mises en œuvre, notamment DU accompagnement et fin de vie en 2015 pour l'infirmière référente, reconduit en 2016 pour la psychologue. Les équipements permettent le respect de la confidentialité, l'intimité et la pudeur (digicode d'accès pour les salles de soins, rideaux séparateur dans les chambres doubles...).

Un salon d'accueil des familles est aménagé au sein du service de chimiothérapie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient et de son entourage est personnalisé dans les situations qui le nécessitent notamment en oncologie et en chimiothérapie ambulatoire. Les professionnels peuvent faire appel à la psychologue si besoin pour le soutien de l'entourage.

Le Projet Personnalisé de Soins vient d'être initié, il inclut la participation du patient.

Le refus de soin est tracé par les IDE dans le DPI.

Les pratiques des professionnels dans les unités de soins respectent l'intimité et la confidentialité. Afin d'assurer la sécurité du patient, le transfert entre le bloc opératoire et les services de soins est effectué, barrières levées, soit en lit, soit en brancard, pour prévenir les risques de chute chez les patients prémédiqués ou en post SSPI.

Cependant, les contentions ne sont pas tracées et réévaluées systématiquement. La contention au retour du bloc opératoire est systématique par rapport à un protocole. Le protocole de contention est en cours de formalisation mais non encore validé et diffusé.

En pratique au retour du bloc, le patient sur son brancard a les barrières sans prescription médicale tracée dans le dossier, elles sont enlevées selon l'état du patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit à travers le questionnaire de sortie la satisfaction générale du patient et deux indicateurs spécifiques aux droits des patients: le respect de l'intimité et la discrétion. Le suivi des consentements éclairés non retrouvés dans le dossier patient est un des critères de l'audit dossier patient réalisé en février 2016, qui est en cours d'analyse.

Cependant, des actions d'évaluation et d'amélioration en matière de respect des droits des patients ne sont pas mises en oeuvre dans chaque secteur d'activité. Il n'y a pas de dispositif structuré d'évaluation et de suivi à l'aide d'indicateurs.

Lors de la visite, il n'est pas présenté de dispositif d'évaluation et de suivi des droits des patients à l'aide d'indicateurs en dehors du questionnaire de sortie dont le taux de retour faible est en baisse (10%) et du nombre de réunions de la CRUQ.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont prévues dans le programme d'actions institutionnel, en terme de formation et de formalisation des procédures. Un taux cible de retour pour les questionnaires de satisfaction est fixé pour 2016 (40% pour le secteur ambulatoire et 30% pour l'hospitalisation).

La communication des résultats est réalisée auprès de la CRUQPC.

Les résultats sont communiqués vers les professionnels par les Infirmières référentes qui transmettent les résultats oralement, de façon informelle.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

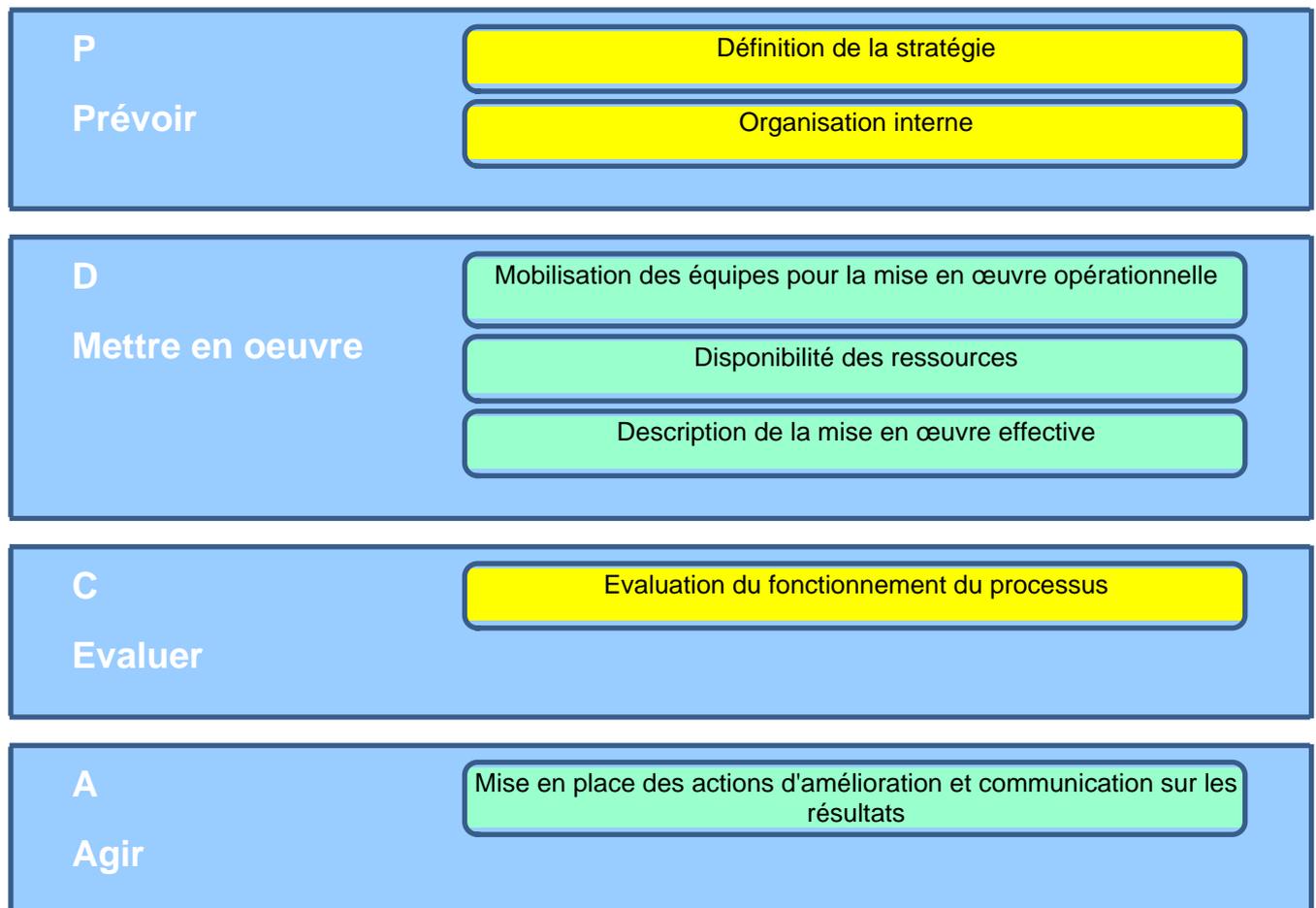
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Politique stratégique Parcours Patient est définie, regroupant 3 orientations stratégiques et des objectifs formalisés à partir des risques identifiés et besoins spécifiques. Elle a été validée en CME.

Cependant, la stratégie du parcours patient ne repose pas sur une analyse de l'ensemble des prises en charge. Il n'y a pas de projet médical formalisé, ni de projet de soins avec des objectifs centrés sur la structuration, l'organisation, l'amélioration et la sécurisation des parcours patients. L'établissement n'a pas défini de politique concernant la prise en charge spécifique des personnes âgées, ni des enfants. En 2015, la clinique comptabilise 1255 séjours enfants de moins de 2 ans.

Ces orientations sont déclinées dans un programme institutionnel d'actions formalisé et priorisé, les 5 risques identifiés dans le compte qualité sont intégrés au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus repose sur 2 Infirmières référentes en l'absence de DSI, poste vacant depuis Août 2015. Leurs rôles et missions sont définies dans une fiche de mission.

Au regard des besoins, la clinique prévoit les ressources humaines nécessaires, effectifs et compétences, le plan de formation répond aux besoins identifiés (DU soins palliatifs, ETP, PSP...) ainsi que les ressources matérielles (locaux et équipements).

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence ou soins immédiats est formalisé à travers une convention avec le Service d'Accueil des Soins (SAS) situé dans la clinique mais indépendant, il est opérationnel de 8h à 20h uniquement.

Toutefois, la prise en charge chirurgicale et anesthésique de l'enfant jeune entre zéro et trois ans ne bénéficie pas de procédure adaptée.

La prise en charge des enfants de moins de 2 ans n'est pas structurée. L'établissement de santé ne bénéficie pas d'une unité de chirurgie pédiatrique spécialisée avec des anesthésistes spécialement formés à cette prise en charge pédiatrique.

L'établissement n'a pas pris en compte ce risque et n'a pas établi une organisation dédiée.

Cependant, la permanence des soins n'est pas assurée dans tous les secteurs ; Un processus parcours du patient spécifique Médecine Cardiologie est défini dans la politique de la PeC du patient, un seul cardiologue en exercice. Il existe des vides dans le tableau de garde.

De plus, l'organisation avec le CH de Sens concernant l'accueil et/ou l'orientation des personnes se présentant la nuit de 20h à 8h pour une urgence n'est pas formalisée. Concernant l'accueil et/ou l'orientation des personnes la nuit de 20h à 8h, la permanence des soins est assurée par le CH de Sens dans le cadre de la prise en charge des urgences et de la continuité des soins. La structure d'accueil des patients est sous la responsabilité d'un praticien ne faisant pas partie de la clinique. L'organisation n'est pas formalisée ; suivi des patients opérés ; ou en cas de réhospitalisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des 2 infirmières référentes et des équipes est effective (projet PSP, recueil de données, soins palliatifs...). Les 2 infirmières référentes sont sur le terrain et sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques et les objectifs. Elles sont sources de propositions d'actions correctives (documents directives anticipées, personne de confiance sont mis dans le livret d'accueil suite à un audit Patient Traceur).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles au sein des secteurs, elles sont adaptées aux spécificités en nombre et en qualification.

Les professionnels sont formés. Un plan annuel de formation répond aux besoins identifiés (DU de soins palliatifs en 2015 pour une IDE référente...).

Les matériels, locaux et équipements sont adaptés aux activités.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent les modalités de prise en charge. L'accueil du patient et de son entourage est assurée dès la pré-admission pour l'hospitalisation complète et ambulatoire (passeport pour l'ambulatoire). L'évaluation clinique paramédicale est réalisée à l'admission à travers une check-list d'entrée intégrée dans le DPI. Le projet de soins personnalisé (PSP), risque identifié dans le Compte Qualité, vient juste d'être initié en mars 2016, juste avant la visite, il intègre la réflexion bénéfique/risque que le médecin doit renseigner, ainsi que l'évaluation du risque suicidaire.

L'évaluation clinique initiale est réalisée dans un délai adapté à sa prise en charge notamment en oncologie, en chirurgie c'est l'anesthésiste qui voit le patient le jour de l'admission.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, y compris avec les médecins du SAS qui bénéficient d'un accès au logiciel OSOFT.

La prise en charge de la douleur est effective et tracée, ainsi que la réévaluation après traitement.

Le dépistage et suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le DPI. La diététicienne intervient selon les besoins, notamment en chirurgie bariatrique et en oncologie, son suivi est retrouvé dans le DPI.

La prise en charge est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle avec présence d'une psychologue, d'une diététicienne, d'une équipe de rééducation kiné en libéral, dont certaines interventions sont retrouvées dans le DPI. Les RCP sont organisées en oncologie.

La sortie est organisée en amont avec prévision de soins de suite si nécessaire.

Néanmoins, la continuité et la coordination de la prise en charge en aval n'est pas toujours assurée.

Le courrier de sortie n'est pas transmis dans les délais réglementaires permettant la continuité de la prise en charge, ce que confirme l'IPAQSS délai d'envoi du courrier (28% réalisés dans les délais). Les patients opérés en chirurgie ambulatoire ne bénéficient pas d'appel du lendemain.

L'organisation des urgences vitales n'est pas opérationnelle. Une procédure concernant l'urgence vitale a été formalisée et est disponible dans le chariot d'urgence. Certains professionnels ont bénéficié d'une formation aux gestes d'urgence en mars 2016. Néanmoins, la procédure concernant l'urgence vitale n'est pas effective. Lors de la visite des services les professionnels disent appeler le bloc si besoin et non le numéro prévu dans la procédure en cas d'urgence vitale. L'organisation n'est ainsi pas respectée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le recueil des indicateurs nationaux obligatoires.

Cependant, il n'y a pas de dispositif structuré d'évaluation périodique du processus; l'évaluation ne repose pas sur le suivi d'indicateurs, tableaux de bord, en dehors des indicateurs IPAQSS. Peu d'audits sont développés.

Les EPP spécifiques au parcours patient sont peu développées et les professionnels rencontrés dans les unités n'en ont pas connaissance.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre et articulées avec le PAQSS et le compte qualité.

Cependant, elles ne sont pas définies de façon systématique. Il n'y a pas d'action d'amélioration par rapport au délai d'envoi du courrier. Les experts ne retrouvent de plan d'action relatif au résultat de l'IPAQSS 2014 "délai d'envoi du courrier", en dehors d'un rappel lors de la réunion de CME.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés pour le public. La communication des résultats est réalisée en interne auprès des infirmières référentes qui les transmettent de façon informelle aux professionnels.

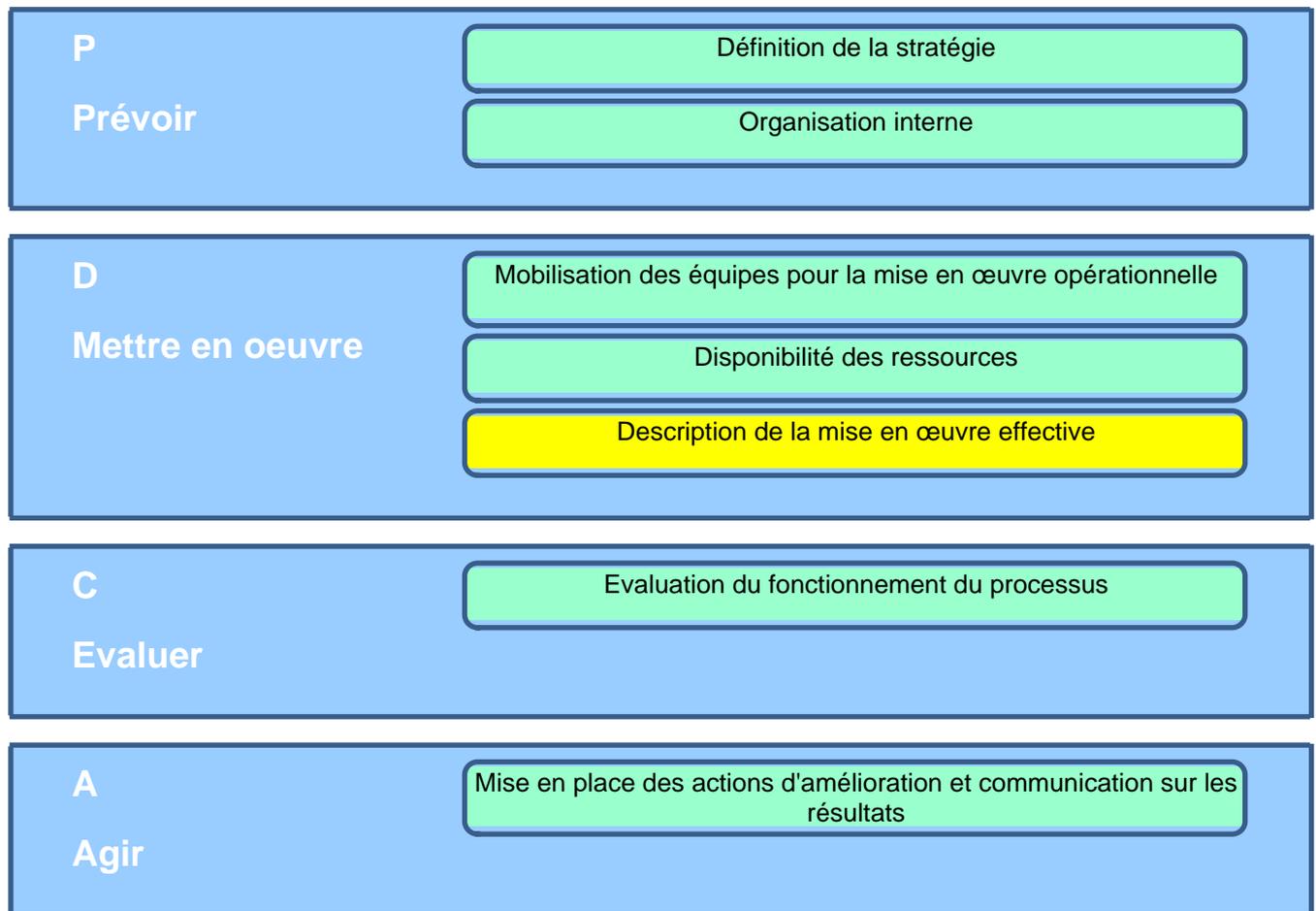
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique du dossier patient qui décline ses objectifs sur la base de l'analyse des risques et des besoins propres à l'établissement. Elle tient compte également du contexte réglementaire et des orientations stratégiques de la clinique. La politique du dossier patient est validée par le COPIL et la CME. Elle est déclinée dans un programme d'actions institutionnel formalisé et priorisé.

La politique du DPA décline des orientations sur 3 niveaux : assurer l'informatisation du DPA à toutes les étapes de sa prise en charge, harmoniser les pratiques professionnelles sur la constitution du dossier patient dans tous les secteurs d'activité, garantir l'accessibilité du dossier à tout moment ainsi que l'accès du patient à son dossier.

Au niveau du S.I., la politique stratégique du système d'information décline trois objectifs : sécuriser le S.I. et l'accès aux différents applicatifs, assurer la bonne utilisation du système d'information, développer une stratégie managériale dynamisant le système d'information.

Le schéma directeur du système d'information a été créé en 2011 et actualisé en décembre 2015.

La cartographie des risques a été actualisée. Cette méthode a permis d'identifier les risques prioritaires et les plans d'actions du compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus dossiers patients sont une IDE référente du secteur chirurgie 2 et une secrétaire administrative. Ces dernières ont pris le relai de la directrice des soins infirmiers qui a quitté l'établissement en août 2015. Leurs missions et leurs rôles sont identifiés sur une fiche de mission.

Les pilotes du système d'information sont l'attachée de direction, coordonnateur des risques associés aux soins, le responsable entretien/ sécurité et le référent sécurité des systèmes d'information. Ces derniers ont pris le relai du RAQ qui a quitté la clinique en août 2015. Leurs missions et leurs rôles sont identifiés sur une fiche de mission.

La gestion des interfaces et des circuits de prise en charge est définie dans le schéma directeur du système d'information et appliquée à l'ensemble des secteurs.

Les modalités de gestion d'accès du patient à son dossier sont établies et formalisées dans une procédure: transmission du dossier médical.

Le livret d'accueil du patient et le site internet de l'établissement informent les patients sur les conditions d'utilisation des données de santé à caractère personnel.

Il existe un responsable informatique du groupe, présent sur la clinique 2 jours par semaine. Sur les autres jours, il intervient à distance.

Au moment de la visite, l'établissement est informatisé sur tous les secteurs d'activité, hormis la salle de réveil qui est en cours d'informatisation.

Le livret d'accueil du patient comporte des informations sur ses droits d'accès au dossier et aux données administratives.

Une cellule d'identitovigilance a été mise en place, son règlement intérieur est formalisé et conforme à la réglementation.

Une procédure dégradée est mise en place en cas de panne informatique. Le PRA est également formalisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs d'amélioration sont déclinés dans la politique du dossier patient, dans la politique du système d'information et dans le programme qualité et de la sécurité des soins institutionnel ; un plan d'actions en lien avec l'analyse des principaux risques figure dans le compte qualité de l'établissement.

Une sensibilisation des professionnels a été initiée par les pilotes de processus et la coordonnatrice des risques associés aux soins en début 2016.

Le PAQSS est accessible aux professionnels sur le logiciel de gestion documentaire YES.

Les évaluations périodiques des activités sont réalisées, autres que les IPAQSS. Un audit sur le dossier patient a été réalisé en février 2016, notamment sur la traçabilité des RCP, suite à une recommandation de la HAS sur la visite de certification V2010. 100% des RCP sont tracés dans les dossiers audités.

Les professionnels respectent les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance, aussi bien au niveau des entrées que dans les services de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectifs, compétences: formations sur les logiciels OSOFT, LOGHOS pour le secteur

administratif et facturation, et logiciel de chimiothérapie). Les deux pilotes de processus du dossier patient assurent le soutien méthodologique auprès des équipes de soins. Des référents du S.I. ont également été désignés. Des postes informatiques sont dans tous les secteurs d'activité, fixes et tablettes. Un guide du dossier patient informatisé a été diffusé aux professionnels via le logiciel de gestion documentaire. Une procédure création d'un dossier patient dans osoft a été formalisée et diffusée sur la GED et dans le secteur de l'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de tenue et d'utilisation du dossier patient informatisé dans sa globalité et dans tous les secteurs d'activité sauf en SSPI en cours d'informatisation, sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Les dossiers patients sont renseignés par tous les professionnels qui prennent le patient en charge (praticiens, IDE, stomathérapeute, diététiciennes, psychologue...).

La coordination entre professionnels est effective (consultations, admissions, services de soins, bloc opératoire, laboratoire d'analyses médicales, imagerie). Tout professionnel impliqué dans la prise en charge du patient a accès à son dossier en temps utile via un mot de passe.

L'organisation établie est connue et respectée par tous les professionnels. Les procédures sont accessibles sur le logiciel de gestion documentaire informatisé.

Cependant, les professionnels n'ont pas connaissance des protocoles mis à leur disposition pour ce qui concerne le dossier patient.

Au moment de la visite, les experts visiteurs ont constaté que les professionnels n'avaient pas connaissance des protocoles concernant le dossier patient dans le service de chir.2.

Les consentements éclairés des actes anesthésiques sont présents dans les dossiers patients.

La sauvegarde informatique des dossiers est assurée.

La gestion des interfaces est mise en place pour faciliter la concertation et la transmission des données du dossier patient (fiches de transfert, OSOFT dans les cabinets de consultations des anesthésistes et de certains chirurgiens).

Les résultats d'analyses médicales sont accessibles via informatiques (réseau avec le laboratoire d'analyses médicales) et par fax.

Cependant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge ne sont pas systématiquement tracés en temps utile dans le dossier du patient.

Les consentements éclairés "chirurgiens" ne sont pas systématiquement présents dans les dossiers patients.

Lors des investigations, les experts visiteurs ont constaté que les consentements éclairés liés aux actes chirurgicaux n'étaient pas systématiquement présents ; ils ont été informés que certains praticiens conservaient les consentements dans leurs bureaux de consultations (9% présents selon l'audit interne dossiers patients). Les comptes rendus d'hospitalisation ne sont pas toujours retrouvés dans les dossiers patients. Les experts visiteurs ont constaté que les comptes rendus d'hospitalisation n'étaient pas toujours intégrés dans les dossiers patients.

L'évaluation initiale et continue médicale n'est pas tracé systématiquement dans tous les secteurs. Lors de la visite des secteurs, on ne retrouve pas les éléments de suivi médical quotidien dans tous les dossiers. La traçabilité de l'information donnée au patient et à son entourage n'est pas retrouvée dans le DPI sauf dans les dossiers d'oncologie.

La rééducation par les kinés n'est pas tracée pour tous les patients. Lors des vérifications terrain en consultant des dossiers de patient, le suivi par le Kiné (ex en médecine) n'a pas été retrouvé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a réalisé un audit dossiers patients en février 2016. Cet audit portait sur la présence d'une pièce d'identité, la traçabilité de la pose d'un bracelet d'identité, la traçabilité du traitement personnel, l'évaluation de la douleur, les consentements éclairés et la traçabilité des RCP. Des IQSS, un tableau de bord des EPP, les indicateurs HN et des indicateurs propres à l'établissement (nombre de personnes formés à l'identitovigilance, suivi du nombre de doublons, existence du PRA...) ont été mis en place.

Les délais d'accès du patient à son dossier sont suivis régulièrement par l'établissement et sont conformes à la réglementation (6 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 2 mois pour ceux qui datent de plus de 5 ans).

La traçabilité des RCP est retrouvée dans 100% des dossiers audités.

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre suite aux résultats des évaluations (mise à jour des protocoles d'archivage, du protocole de création du dossier patient, création d'un registre de sortie des dossiers médicaux, sensibilisation des praticiens sur les délais d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation) . Elles sont intégrées au PAQSS institutionnel. Des modalités de diffusion et supports sont établis par voie d'affichage et sur la GED.

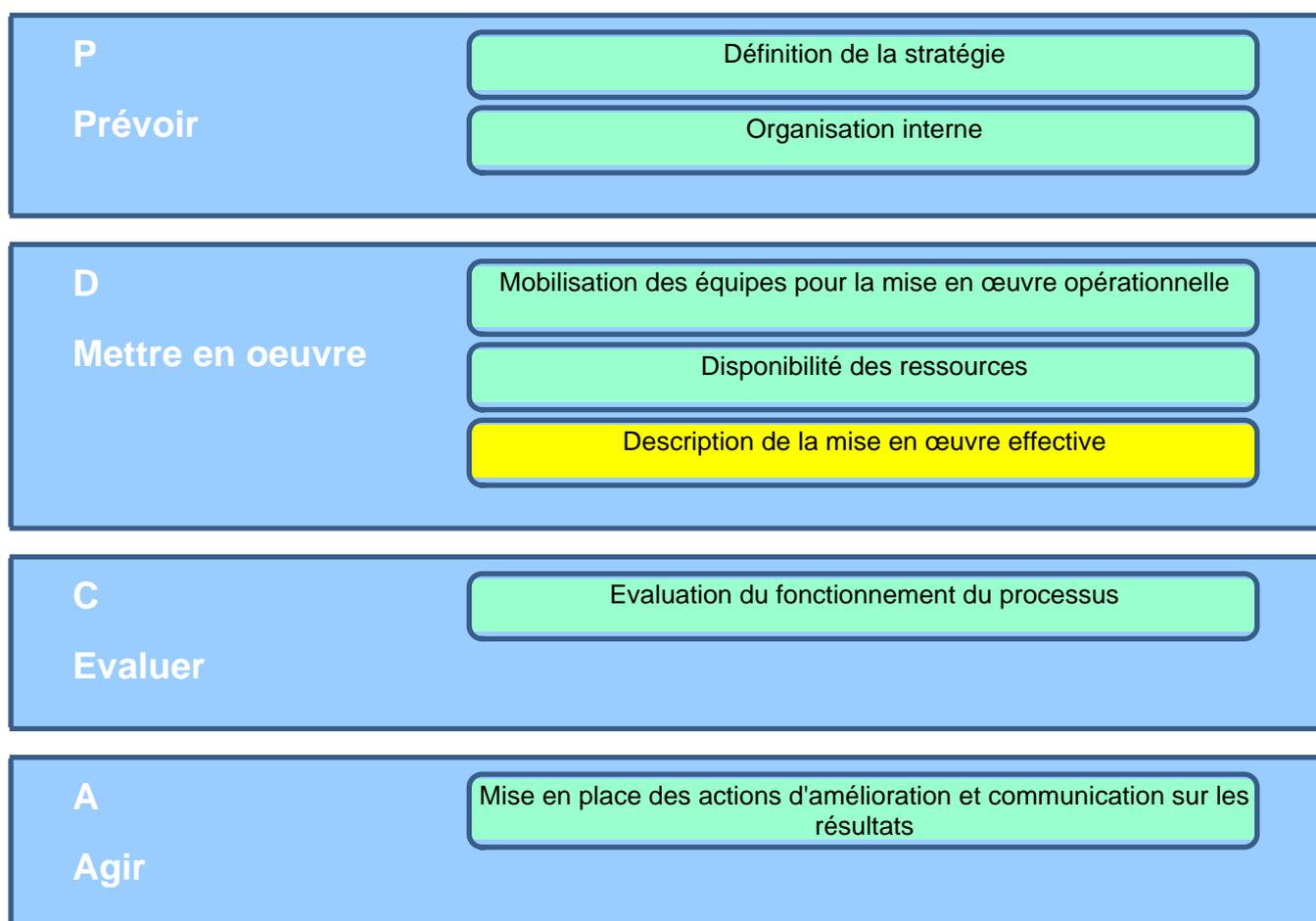
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse 2016-2019 vient d'être formalisée. Les objectifs prennent en compte les données du CBUM l'arrêté du 6 avril 2011 et les résultats de l'analyse des risques.

L'identification et l'analyse des risques a été établie en concertation avec les professionnels du secteur. Certains risques comportant une criticité élevée ont été intégrés au compte qualité de l'établissement, Les actions d'amélioration sont déclinées dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Le processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est piloté par la pharmacienne, nommée RSMQ depuis février 2016 à travers le COMEDIMS et le CSMQ (cellule du système de management de la qualité constituée des 2 pharmaciennes, les 2 IDE référentes, l'assistante qualité, l'assistante de direction et président de CME anesthésiste). Ils assurent le suivi du plan d'actions.

Les fiches de missions sont formalisées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète et déployée dans tous les secteurs sauf en SSPI.

La permanence pharmaceutique est organisée à travers une dotation pour les besoins urgents en antibiothérapie dans une armoire sécurisée à l'extérieur de la PUI.

Les modalités de dispensation et de délivrance sont définis. Les armoires de pharmacie des secteurs sont mobiles, sécurisées et gérées par la PUI.

L'organisation de l'URC répond à la réglementation, le personnel est dédié et formé.

La formation des professionnels aux erreurs médicamenteuses est définie au sein du plan de formation 2016. Un affichage dans tous les secteurs a également été mis en place récemment.

De plus, la gestion des ressources documentaires n'est pas structurée. Les protocoles relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont formalisés et en cours de validation donc non diffusés (les modalités de prescription et validation de l'administration par exemple). Le Manuel Qualité vient également d'être formalisé, il n'est pas encore diffusé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins de l'établissement les responsables de la PUI ont décliné en objectifs et plans d'actions opérationnels les objectifs institutionnels de PECM.

Ils s'assurent du respect des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont mises en place en concertation avec les professionnels des secteurs, par exemple suite à l'audit sur l'administration, définition des modalités d'identification des injectables, validation en temps réel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles, logistiques et techniques nécessaires sont disponibles au sein de la PUI et des unités de soins pour la mise en œuvre du processus.

Les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences sont également disponibles pour assurer le fonctionnement du processus.

Des données de référence permettant une prescription conforme chez le sujet âgé sont mises à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du processus. Les interfaces entre la PUI et les différents secteurs sont opérationnels.

Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurité...) est assurée. Les médicaments à risques sont identifiés dans la PUI et dans les différentes unités.

Les DMS sont gérés par la PUI en collaboration avec le bloc opératoire.

Les règles d'administration sont respectées, contrôle du pilulier, vérification de l'identité, déblistération au lit du patient, traçabilité en temps réel y compris en cas de non administration.

L'information des patients sur le bon usage du médicament est réalisé par l'infirmière lors de l'administration du traitement.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients inclue le traitement personnel.

La réévaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure est effective, la délivrance est nominative pour 3 jours, le pharmacien rappelle pour s'assurer de la continuité ou non.

Cependant, les règles d'administration des médicaments ne sont pas systématiquement respectées. L'administration des médicaments n'est pas sécurisée.

Lors de la visite des secteurs, des poches de perfusions et de perfalgan ne sont pas sécurisés. Elles sont dans le couloir sur un chariot de soins, pendant que l'infirmière se trouve dans la chambre du patient pour administrer un traitement. De plus, la confidentialité n'est pas respectée (Le nom des patients sur l'étiquette est à vue).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi du processus est réalisé sur la base d'outils identifiés, notamment à travers les indicateurs nationaux et le suivi du CBUM. Les EI indésirables liés aux médicaments sont suivis (fréquence, typologie) et sont en augmentation. Un audit du circuit du médicament en 2014 a été réalisé.

La PUI a demandé en 2015, au fournisseur du logiciel Osoft, de développer la partie suivi de l'analyse pharmaceutique et n'a pas été mise en œuvre avant la visite de certification.

Cependant, le suivi de l'analyse pharmaceutique n'est pas abouti. Le DPI ne permet pas actuellement un suivi analytique abouti, on ne retrouve pas de visibilité sur le suivi ou non par les prescripteurs des avis du pharmacien. La pharmacienne vient de mettre en place un suivi manuel à l'aide d'un cahier pour suivre le nombre de prescriptions modifiées suite à son analyse pharmaceutique, il n'est pas encore exploité.

L'établissement assure la réalisation d'une démarche EPP sur l'évaluation de la pertinence des prescriptions chez le sujet âgé. Cette démarche débute au moment de la visite.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations, notamment suite à l'audit du circuit du médicament en 2014 dont le taux de conformité était de 40% et qui a fait l'objet d'actions d'amélioration mises en place en 2015: organisation pour une traçabilité de l'administration en temps réel, création d'une zone dédiée à la préparation des produits injectables dans les unités de soins, identification des médicaments à risque.

Une EPP sur la PECM du sujet âgé est prévue dans le plan d'actions.

Les actions sont articulées avec le PAQSS et avec le compte qualité.

Les résultats des audits ainsi que les plans d'actions sont communiqués aux professionnels et aux instances concernées.

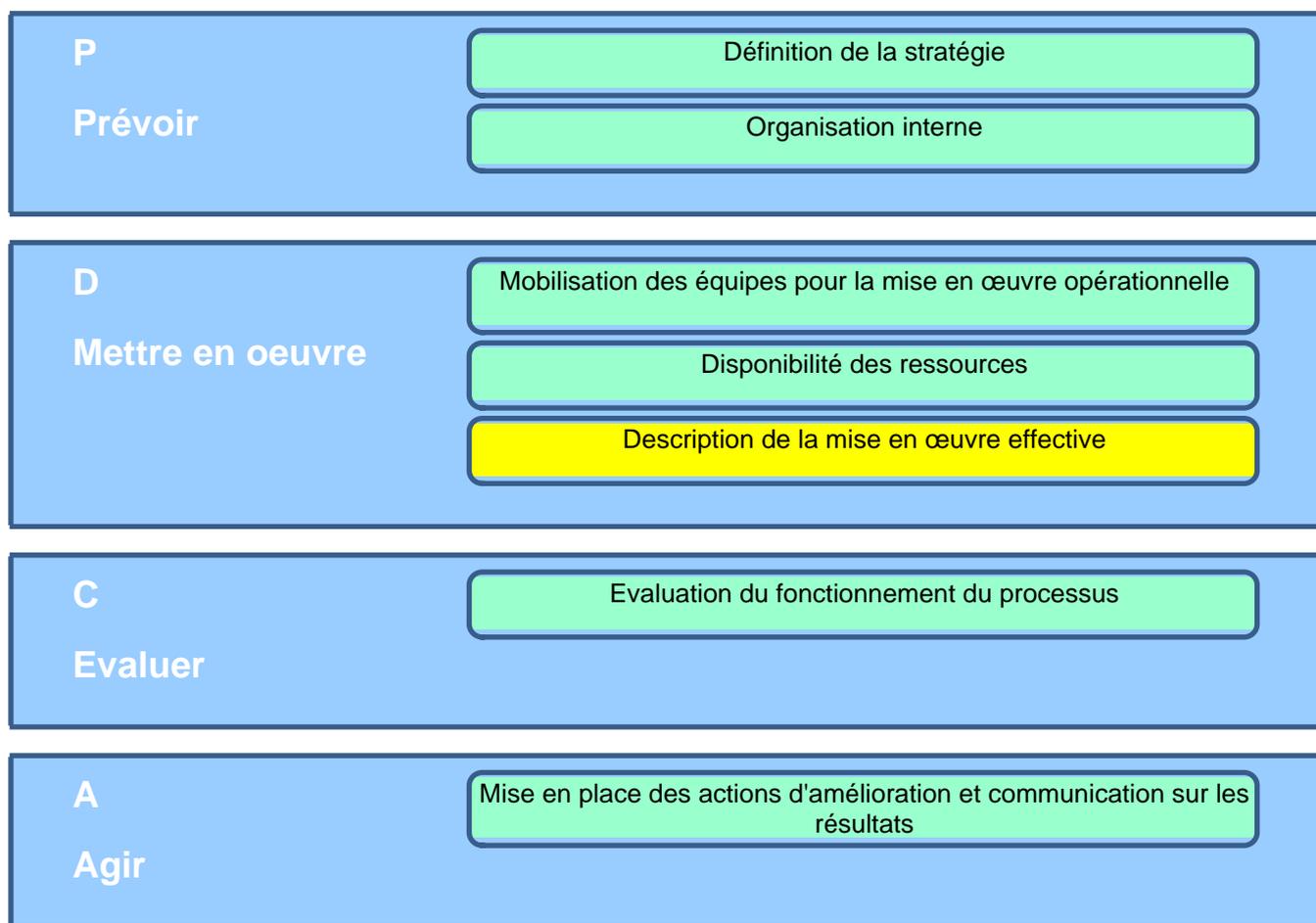
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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'établissement de santé dispose d'un bloc central de 7 salles avec une salle "à usage mixte" : utilisée le lundi pour la chirurgie et le reste de la semaine pour l'endoscopie. L'endoscopie est situé au sein du bloc opératoire; Il existe une salle de soins post interventionnelle (SSPI 10 places) à côté des salles d'opérations. Ce bloc central a été investigué lors des vérifications-terrain.

Le bloc opératoire est pluridisciplinaire et permet la réalisation d'actes pour les spécialités suivantes : Urologie, Viscérale, O.R.L, Stomatologie, maxillo-faciale et Plastique, Orthopédie et traumatologie, Rachidienne et Ophtalmologie. Le bloc opératoire date de la construction de la clinique en 2008 et présente les fonctionnalités d'un bloc de conception récente.

La visite de certification de 2012 n'avait pas entraîné de décision sur la thématique

L'établissement de santé a réalisé une cartographie des risques "a priori" en se basant sur les fiches d'événements indésirables, les audits internes et les EPP.

Cette cartographie des risques réalisée avec les soignants du bloc a été finalisée à la fin de l'année 2015. Les risques prioritaires identifiés dans le compte qualité de l'établissement sont au nombre de 7.

En regard de ces 7 risques, le secteur de bloc opératoire a retenu 10 plans d'actions mentionnés dans le compte qualité, à ce jour, 1 est finalisé, 4 sont en cours et 5 ne sont pas initiés.

La politique stratégique « management de la prise en charge du patient au bloc opératoire » a été formalisée et validée en CME. Elle comprend les objectifs d'amélioration sur la période 2015-2018. Cette politique est disponible sur le logiciel de gestion documentaire YES et à été présentée à la CRUQPC le 09 mars 2016.

Cependant, la stratégie ne repose pas une analyse globale des risques. La cartographie des risques ne prend pas en compte les populations particulières comme les personnes âgées et les enfants, les pathologies spécifiques (cardiaque ou traitement anticoagulant) et les circuits des urgences concernant les éventuelles reprises chirurgicales.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne est assurée par deux pilotes : la responsable de bloc et son adjointe depuis janvier 2014 et leurs missions ont été formalisées à la fin de l'année 2015.

La charte de fonctionnement du bloc opératoire présente depuis 2011 a été réactualisée en 2014.

Il existe un plan de formation pour l'année 2016 concernant les trois brancardiers et les deux infirmiers de bloc opératoire sur les 16 exerçant au bloc opératoire.

L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée après un temps d'environ deux mois pour connaître le fonctionnement du bloc est de un an avant de pouvoir prendre une astreinte de bloc opératoire.

Il n'existe pas de professionnel intérimaire, l'encadrement compensant les éventuelles absences des professionnels.

Les risques professionnels concernant la radioprotection, les accidents d'exposition au sang et la vaccination de l'hépatite B sont assurés au niveau des professionnels exerçant bloc opératoire.

Il existe un plan d'achat et de renouvellement du matériel pour pouvoir assurer les missions du bloc opératoire.

Les locaux au sein du bloc opératoire : salle de rangement et de stockage, salles d'interventions, salles de déshabillage et de transfert sont clairement dédiés et correctement utilisés.

Il existe une maintenance du matériel pour assurer les missions du bloc opératoire avec des contrats d'entretien signés par la direction avec les sociétés responsables de la vente. Les contrats originaux sont centralisés et disponibles, en cas de besoin, auprès de la direction de la clinique.

L'organisation avec les secteurs médicaux techniques comme l'anatomo-pathologie est formalisée.

Par ailleurs, les circuits et interfaces avec les différents secteurs de la clinique ne sont pas formalisés.

Les relations sont assurées avec les secteurs cliniques à l'aide des fiches de liaison, sans avoir été évalué. Il n'existe pas de procédure concernant les circuits avec les secteurs administratifs, les secteurs logistiques. Les procédures avec les secteurs médicaux techniques comme l'anatomo-pathologie n'ont pas été réévaluées ni actualisées.

L'informatisation des salles d'opération est assurée mais pas celle au niveau de la SSPI et reste en projet depuis 16 mois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement réunit l'ensemble du personnel soignant tous les mois pour communiquer sur les problèmes techniques au niveau du matériel biomédical et l'organisation dans le secteur.
L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux et a mis en place des CREX et des RMM au début de l'année 2016.

Une réunion sur la démarche qualité a été réalisée au début du mois de février 2016.
Cependant, les professionnels ne sont pas systématiquement informés de la démarche qualité et sécurité des soins. Les professionnels ne sont pas informés des résultats des évaluations sur le secteur ou n'ont pas de retour sur l'analyse des signalements d'événements indésirables. La déclaration des événements indésirables est faible.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines au niveau des médecins et du personnel soignant sont en adéquation avec l'activité de la clinique sur le plan de la quantité et des compétences avec des listes d'astreinte connues et accessibles pour la nuit, les jours fériés et le week-end.

L'intégration des nouveaux arrivants au bloc bénéficie d'un tutorat de deux mois minimum et de un an avant de pouvoir assurer des astreintes.

Un plan de formation pour l'année 2016 est en place pour les brancardiers et pour 2 IDE exerçant en chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique.

Une procédure de validation des acquis de l'expérience est initiée afin que les IDE travaillant au bloc opératoire obtiennent la qualification IBODE à l'horizon 2020.

Il existe un plan de formation pour l'année 2016 concernant les trois brancardiers et les deux infirmiers de bloc opératoire sur les 16 exerçant au bloc opératoire. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée après un temps d'environ deux mois pour connaître le fonctionnement du bloc est de un an avant de pouvoir prendre une astreinte de bloc opératoire.

Il n'existe pas de professionnel intérimaire, l'encadrement compensant les éventuelles absences des professionnels. L'établissement de santé met à disposition des professionnels et des soignants des locaux fonctionnels, conformes et adaptés ainsi que des équipements et matériels fonctionnels. Il existe des contrats de maintenance et d'entretien de ces matériels ainsi que des plans de renouvellement.

Les informations contenues dans le dossier du patient : biologie, imagerie, dossier d'anesthésie et préparation sont transmises en temps utile pour la prise en charge du patient au bloc opératoire.

Les locaux au sein du bloc opératoire: salle de rangement et de stockage, salles d'interventions, salles de déshabillage et de transfert sont clairement dédiés et correctement utilisés.

L'informatisation au bloc opératoire est engagée. Les salles d'opération sont informatisées. L'informatisation de la SSPI n'est pas finalisée, ce qui génère l'utilisation d'un dossier d'anesthésie papier. Ce projet est prévu depuis 16 mois.

Cependant, la gestion documentaire concernant le bloc opératoire n'est pas opérationnelle. L'encadrement du bloc a précisé à l'expert visiteur que les protocoles et procédures étaient en cours d'actualisation et de validation et qu'ils n'étaient pas tous intégrés dans le logiciel informatique de la clinique, ce qui impose de les conserver sous forme papier pour être consultées par le personnel soignant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Concernant la prise en charge du patient, celle-ci est assurée dans le respect des règles et procédures de bonne pratique; La coordination entre les chirurgiens, opérateurs, anesthésistes et soignants est assurée par l'encadrement du bloc.

Concernant le fonctionnement du bloc opératoire:

La responsable du bloc et un médecin anesthésiste s'assurent de la régulation du programme de la semaine suivante en fonction des disponibilités du matériel et du personnel.

Les circuits concernant les patients, opérateurs et personnels sont établis et respectés au niveau des salles d'opération et de la SSPI.

Les interfaces entre le bloc et les autres secteurs sont opérationnelles .

La traçabilité des actions (bio nettoyage, contrôle de la qualité de l'air dans les salles etc.) et des activités chirurgicale sont assurées dans des cahiers conservés par l'encadrement du bloc.

Les risques professionnels sont prévenus au niveau de la radio protection, et des contaminations éventuelles par voie sanguine : VIH, hépatite B.

Cependant, la sécurisation de l'entrée au bloc opératoire n'est pas totalement assurée.

Le système de fermeture de la porte d'entrée du bloc n'est pas toujours efficace ce qui laisse la

possibilité d'entrée dans ce secteur à des personnes non autorisées.

De plus, le conseil de bloc n'est pas opérationnel et ne s'est réuni qu'une fois depuis janvier 2015 et n'a pas pu assurer les missions qui lui sont dévolues.

La check-list est retrouvée dans le dossier patient informatique.

Cependant, la procédure de la check-list n'est pas effective. La check-list est retrouvée dans le dossier patient informatique mais les pilotes rencontrés lors de la vérifications terrain ont signalé à l'expert visiteur que la procédure du "time-out" n'était pas toujours réalisée. Une sensibilisation a été faite en CME et un audit sur cette problématique est prévu dans le courant de l'année 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs recueillis au bloc opératoire sont les indicateurs nationaux obligatoires (IPAQSS) ou ceux d'ordre quantitatifs : nombre de patients pris en charge, temps d'occupation des plages opératoires et nombres d'EI déclarés.

Le suivi et l'évaluation de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge au bloc opératoire sont assurés.

A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration continue de la prise en charge du patient au bloc opératoire et la communication sur les résultats sont assurés et sont en cours de formalisation au sein de la clinique.

Les résultats sont communiqués.

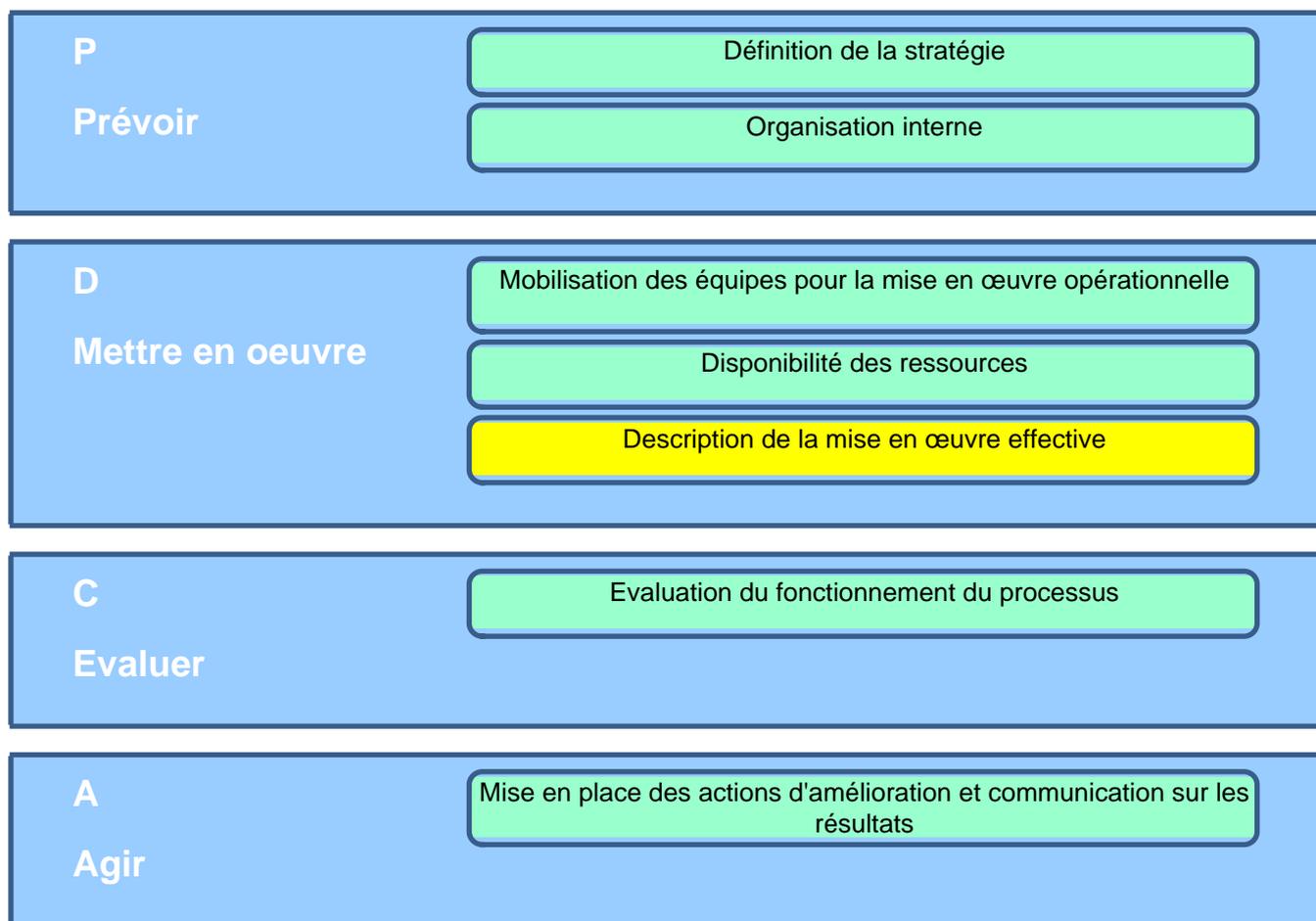
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement de santé a identifié la spécialité de gastro-entérologie pour la réalisation des endoscopies digestives : gastroscopie et coloscopie sous anesthésie générale. Il existe trois opérateurs qui disposent d'un secteur d'endoscopie au sein du bloc avec une salle totalement dédiée à l'endoscopie et une autre salle "mixte" utilisée le lundi pour la chirurgie et le reste de la semaine pour l'endoscopie. Entre ces deux salles, il existe une salle de décontamination qui est effective et opérationnelle. Les deux salles d'endoscopie sont organisées et structurées à l'identique. Les patients après leur endoscopie sont admis dans la salle de soins post interventionnelle (SSPI) à côté des salles d'opérations. Ce secteur d'endoscopie a été investigué lors des vérifications-terrain. Les spécialités d'ORL et de pneumologie ne réalisent pas d'endoscopie.

Le secteur d'endoscopie date de la construction de la clinique en 2008 et présente les fonctionnalités d'un bloc de conception récente. Ces opérateurs ont réalisé 4159 endoscopies en 2014.

Concernant l'identification des risques, la visite de certification de 2012 n'avait pas entraîné de décision sur la thématique. L'établissement de santé a réalisé une cartographie des risques en fonction des résultats des audits internes, de l'analyse des fiches d'événements indésirables, du suivi du nombre d'endoscopies réalisées au sein de l'établissement et en ambulatoire et qui prend en compte l'analyse de la totalité du parcours du patient bénéficiant d'une endoscopie.

Cette cartographie a été finalisée à la fin de l'année 2015, les risques ont été hiérarchisés selon la méthode décrite dans la thématique management gestion de la qualité des risques.

Cependant, la stratégie ne repose pas une analyse globale des risques. La cartographie des risques est incomplète et ne prend pas en compte les populations particulières : personnes âgées et les patients porteurs de pathologies cardiaques avec traitements anticoagulants.

L'établissement de santé a identifié cinq risques prioritaires dans son compte qualité.

Le secteur d'endoscopie a choisi des objectifs d'amélioration en cohérence avec les risques prioritaires identifiés.

La politique stratégique « management de la prise en charge du patient en endoscopie » a été formalisée et validée en CME, elle comprend les objectifs d'amélioration sur la période 2015-2018. Cette politique a été présentée en réunion de service aux professionnels et à la CRUQPC le 09 mars 2016.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne est assurée par deux pilotes : la responsable du bloc et son adjointe depuis janvier 2014 et leurs missions ont été formalisées à la fin de l'année 2015.

Il existe un pilotage commun avec le bloc opératoire et c'est le cadre responsable du bloc opératoire qui assure la responsabilité du secteur d'endoscopie

Il existe un plan de formation concernant le personnel qui consistent une formation spécifique tous les ans de deux jours lors du congrès annuel endoscopie

Concernant les ressources humaines : il existe deux aides-soignantes exerçant les jours ouvrables une dédiée à l'aide endoscopie et l'autre à la décontamination des endoscopes qui sont remplacés par les IDE du bloc lors des astreintes.

Il n'existe pas de professionnel intérimaire, l'encadrement compensant les éventuel les absences des professionnels.

Les astreinte le WE sont assurées par les personnels du Bloc.

L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée après un temps d'environ deux mois pour connaître le fonctionnement du bloc est de un an avant de pouvoir prendre une astreinte.

La charte de fonctionnement est commune avec le bloc opératoire présente depuis 2011 a été réactualisée en 2014.

Les risques professionnels concernant la radioprotection et la protection contre les produits toxiques avec une ventilation adaptée, les accidents d'exposition au sang et la vaccination de l'hépatite B sont assurées au niveau des professionnels du secteur.

Il existe un plan d'achat et de renouvellement des endoscopes pour pouvoir assurer les missions du secteur.

Les locaux au sein du secteur : salle de rangement et de stockage, salles d'interventions, salles de déshabillage et de transfert sont clairement dédiés et correctement utilisés.

L'interface entre l'unité d'endoscopie et le reste des services n'est pas formalisée. Les responsables du secteur ont précisé à l'expert visiteur que les relations sont assurées avec les secteurs cliniques à l'aide des fiches de liaison sans avoir été évalué et qu'il n'existe pas de procédure concernant les circuits avec les secteurs administratifs, les secteurs logistiques. Les procédures avec les secteurs médicaux

techniques comme l'anatomopathologie n'ont pas été réévalué ni actualisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement réunit l'ensemble du personnel soignant tous les mois pour communiquer sur les problèmes techniques au niveau du matériel biomédical et l'organisation dans le secteur. Les responsables évaluent la conformité des pratiques.

L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux et a mis en place des CREX et des RMM au début de l'année 2016.

Une réunion sur la démarche qualité a été réalisée au début du mois de février 2016.

Cependant, les professionnels ne sont pas systématiquement informés de la démarche qualité et sécurité des soins. Les professionnels ne sont pas informés des résultats des évaluations sur le secteur ou n'ont pas de retour sur l'analyse des signalements d'événements indésirables. La déclaration des événements indésirables est faible.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines au niveau des médecins et du personnel soignant sont en adéquation avec l'activité de la clinique sur le plan de la quantité et des compétences avec des listes d'astreinte connues et accessibles pour la nuit, les jours fériés et le week-end.

Les professionnels sont formés. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée après un temps d'environ deux mois pour connaître le fonctionnement du bloc et endoscopie. La période est de 1 an avant de pouvoir prendre une astreinte.

L'établissement de santé met à disposition des professionnels et des soignants des locaux fonctionnels, conformes et adaptés ainsi que des équipements et matériels fonctionnels.

Il existe des contrats de maintenance et d'entretien des appareils de nettoyage et désinfection des endoscopes.

Les informations contenues dans le dossier du patient : biologie, imagerie, dossier d'anesthésie et préparation sont transmises en temps utile pour la prise en charge du patient en endoscopie.

L'informatisation est engagée. Les salles d'opération sont informatisées. L'informatisation de la SSPI n'est pas finalisée ce qui impose l'utilisation d'un dossier d'anesthésie papier. Ce projet est prévu depuis 16 mois.

De plus, la gestion documentaire n'est pas opérationnelle. Les protocoles et procédures sont en cours d'actualisation et de validation et ne sont pas tous intégrés dans le logiciel informatique de la clinique, ce qui impose de les conserver sous forme papier pour être consultés par le personnel soignant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Concernant la prise en charge du patient, celle-ci est assurée dans le respect des règles et procédures de bonne pratique;

La coordination entre les opérateurs, anesthésistes et soignants est assurée par l'encadrement du secteur.

Concernant le fonctionnement du secteur d'endoscopie, la responsable du bloc et un médecin anesthésiste s'assurent de la régulation du programme de la semaine suivante en fonction des disponibilités du matériel et du personnel.

Les circuits concernant les patients, opérateurs et personnels sont établis et respectés au niveau des salles d'opération et de la SSPI.

Les interfaces entre le bloc et les autres secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des actions (bio nettoyage, contrôle de la qualité de l'air dans les salles etc.) et des activités chirurgicales sont assurées dans des cahiers conservés par l'encadrement du bloc.

Cependant, le conseil de bloc commun au secteur de bloc et d'endoscopie n'est pas opérationnel. Le conseil de bloc commun au secteur de bloc et d'endoscopie n'est pas opérationnel. Il ne s'est réuni qu'une fois depuis janvier 2015 et n'a pas pu assurer les missions qui lui sont dévolues.

De plus, la sécurisation de l'entrée au bloc opératoire n'est pas totalement assurée.

Le système de fermeture de la porte d'entrée du bloc n'est pas toujours efficient ce qui laisse la possibilité d'entrée dans ce secteur à des personnes non autorisées.

La check-list est retrouvée dans le dossier patient informatique.

Cependant, la procédure de la check-list n'est pas effective. La check-list est retrouvée dans le dossier patient informatique mais les pilotes rencontrés lors de la vérifications terrain ont signalé à l'expert visiteur que la procédure du "time-out" n'était pas toujours réalisée. Une sensibilisation a été faite en CME et un audit sur cette problématique est prévu dans le courant de l'année 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi et l'évaluation de l'efficacité et de la qualité de la thématique est réalisé.

Les indicateurs recueillis au bloc opératoire sont les indicateurs nationaux obligatoires (IPAQSS) ou ceux d'ordre quantitatifs: nombre de patients pris en charge, temps d'occupation des plages d'endoscopies et nombres d'EI déclarés.

A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration continue de la prise en charge du patient au bloc opératoire et la communication sur les résultats sont assurés et sont en cours de formalisation au sein de la clinique.

Cependant, la communication sur les résultats d'évaluation des actions d'amélioration n'est pas assurée au sein de la clinique. Les responsables du secteur ont précisé à l'expert visiteur qu'il n'existait aucune organisation concernant cette communication.