



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE MEDIPOLE
GARONNE**

45 rue de gironis
Cs 13624
31036 TOULOUSE
JUILLET 2018

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	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	45

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 MEDIPOLE GARONNE	
Adresse	45 rue de gironis 31036 TOULOUSE
Département / région	HAUTE-GARONNE / OCCITANIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	310788799	SAS MEDIPOLE GARONNE	45 rue de gironis Cs 14364 31036 TOULOUSE
Etablissement de santé	310780150	CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	45 rue de gironis Cs 13624 31036 TOULOUSE

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	78	/	44
MCO	Médecine	13	/	/
SSR	SSR	15	26	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	<p>Labellisation Centre de Maladies Rares - Centre de compétences des fentes palatines - ARS 2008 Plan national des maladies rares/Ministère de la Santé/AP-HP - Renouvellement en cours</p> <p>Réseau Chirurgie Pédiatrique/ARS : Centre de chirurgie pédiatrique spécialisée (ortho-traumatologie, chirurgie céphalique) - 2013-2017 Centre de chirurgie pédiatrique de proximité (chirurgie viscérale) - 2011</p>
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de coopération avec la Clinique Ambroise Paré Toulouse Convention de coopération avec la Clinique Ambroise Paré Toulouse Convention de coopération avec le réseau régional de santé respiratoire PARTN'AIR

Convention médicale Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coordination avec la Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coopération avec la Clinique de L'Union Toulouse
 Convention de coopération avec la Clinique de l'Union Toulouse
 Convention de coopération avec La Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coopération avec La Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coopération avec la Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coopération avec l'Hôpital Joseph Ducuing
 Convention de partenariat avec la Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de coopération avec le Centre médical Bernardet SISA
 Convention de coopération avec la Clinique du Château de Vernhes
 Convention de partenariat avec la Clinique Pasteur Toulouse
 Convention de partenariat avec Santé Relais Domicile
 Convention de coopération avec Centre Gériatrique des Minimes Toulouse
 Convention de coopération avec l'EHPAD de Maisonneuve
 Convention de coopération avec la Clinique Cabirol
 Convention de coopération avec la Clinique Saint Roch
 Convention de partenariat avec le CERS de Capbreton
 Convention de protocole de recherche avec TBF génie tissulaire
 Convention d'incinération avec le Crématorium Toulouse
 Convention avec le funérarium du Grand Toulouse
 Convention de sous-traitance avec la PUI du CHU de Toulouse
 Convention EFS Grand Sud
 Convention avec le CHU Toulouse

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
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	Chirurgie	PTG	Programmé	Simple	MCO
2	Enfant	Chirurgie	Amygdales Végétations	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	SSR	Ligament croisé	Programmé	Simple	SSR
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Stomato	Programmé	Simple	MCO
5	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Hallux Valgus	Programmé	Simple	MCO
6	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Ligamentoplastie du genoux	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

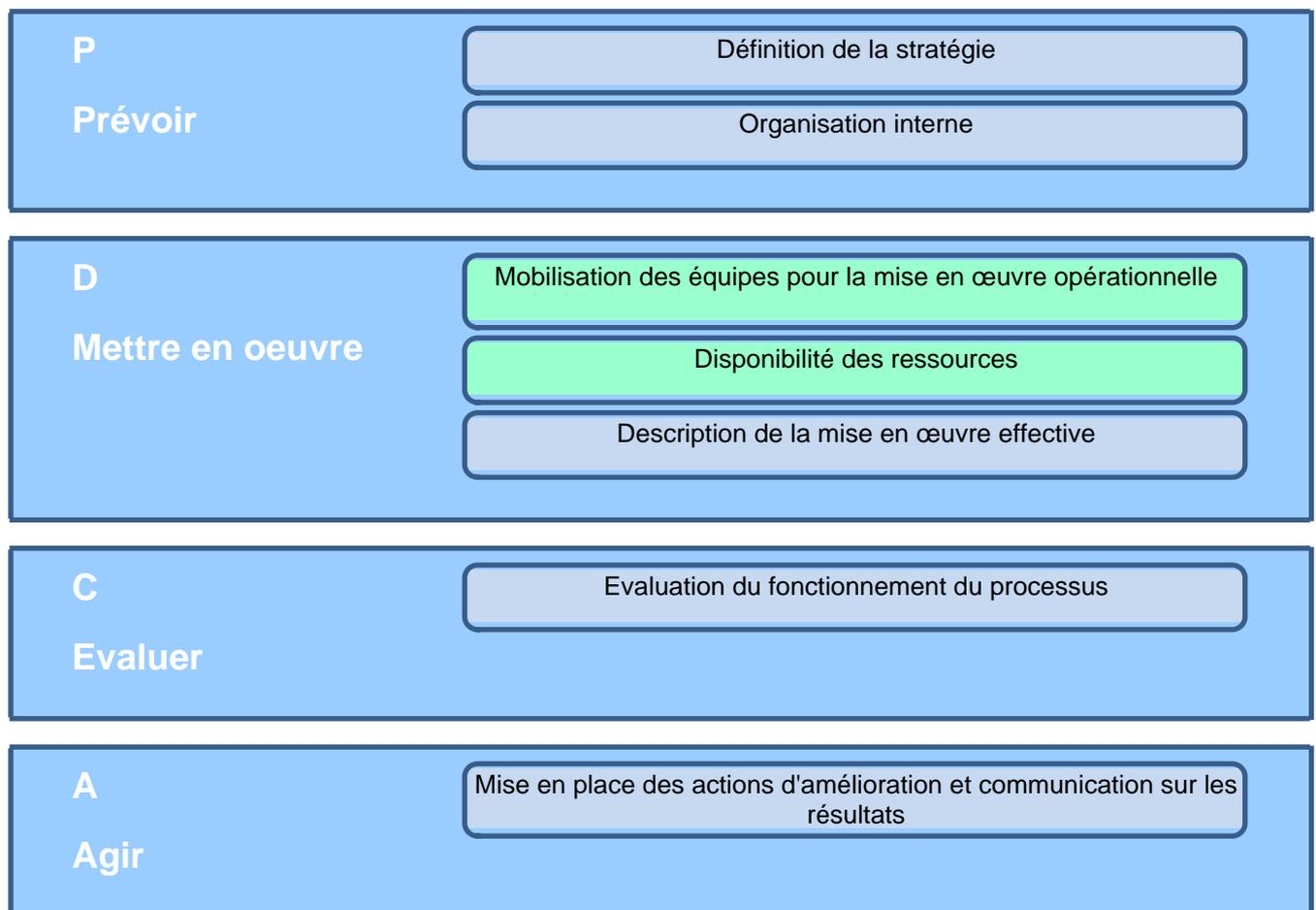
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins de l'établissement ainsi que celle des EPP figurent dans les orientations stratégiques de l'établissement au sein du Projet d'établissement 2017, elle intègre également les orientations du CPOM, ses obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

L'établissement s'est fixé quatre axes stratégiques : organiser la démarche qualité gestion des risques selon l'approche processus, optimiser l'évaluation des risques a priori et le développement des retours d'expérience, assurer une stratégie de développement et de pérennisation des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, optimiser la mise en œuvre des thématiques prioritaires.

Après avoir élaboré la carte d'identité du processus, le Groupe de travail pluri professionnel qualité gestion des risques s'est livré à l'analyse des risques qui se fonde sur l'analyse des résultats des audits de processus et de leurs modes de défaillance, ceux de la mise en œuvre de la méthode patient traceur, des retours d'expérience, de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, des EPP, de l'analyse des enquêtes de satisfaction, des résultats des indicateurs IQSS, des échanges avec les trois représentants des usagers en CDU. Une cartographie des risques de chaque processus ou thématiques a été élaborée par les groupes de pilotage respectifs des thématiques. La méthodologie d'analyse et de hiérarchisation utilisée est celle de la HAS qui permet, au final, de déterminer un risque résiduel servant à établir les priorités d'action.

Il existe un Programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) qui contient les risques identifiés et hiérarchisés au sein de l'établissement ainsi que les actions prioritaires à mettre en œuvre pour pallier ces risques. Il est issu des travaux des groupes de travail thématiques et des différents plans d'action élaborés par les instances (CLIN, CLUD, COMEDIMS, CLAN, CDU).

La démarche des EPP ainsi que les obligations réglementaires et la gestion de crise sont intégrées à ce programme.

Le PAQSS a été validé par la CME et présenté à la CDU.

Le COPIL (Comité de pilotage) , qui est l'instance de pilotage stratégique de la démarche qualité, a sélectionné les risques et les actions qui ont été intégrés au Compte qualité avec un responsable, une échéance, des modalités de suivi ainsi que l'état d'avancement. Ces actions sont issues du PAQSS institutionnel de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel de la démarche qualité est assuré par le Directeur et le Chirurgien Président de la CME. Ils s'assurent de son bon déroulement par l'intermédiaire du COPIL.

Le pilotage opérationnel est assuré par la Cadre RAQ qui est également le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CRAS). Elle est assistée de la RAQ adjointe, de l'Assistante qualité et de l'IDE Référente du dossier patient. Le Cadre RAQ-CRAS occupe également la fonction de Pilote des pilotes des groupes thématiques. Elle a une lettre de mission qui fixe son périmètre d'analyse et son rôle.

L'organe stratégique et délibératif est le COPIL (Comité de pilotage), il est composé de huit membres : le Directeur, le Président de la CME, la CRAS, le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse pharmacien gérant, la RAQ, la directrice des soins, le cadre du Bloc opératoire, la DRH. Il assure la coordination globale de la démarche qualité et le suivi de son déploiement au sein de l'établissement en lien avec la CME et la CDU. Il est présidé par le Directeur.

Ce Comité de pilotage qualité, réuni en groupe de travail sur cette thématique, en association avec les professionnels, a mis en place une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de traitement. Cette démarche a conduit à l'élaboration d'une cartographie des risques des processus ainsi qu'à celle du PAQSS.

Pour chaque action, un responsable est désigné, une échéance est fixée ainsi qu'un indicateur de suivi, validés par le COPIL.

Ce COPIL se réunit tous les quinze jours et tous les mois sous une forme élargie aux pilotes de processus dont deux fois par an avec les membres des groupes EPP. Cette instance assure le management stratégique de la démarche qualité et la coordination des interfaces ainsi que le management stratégique et le développement des démarches d'EPP en lien avec la CME. La désignation d'un chirurgien Référent EPP traduit l'engagement de la CME dans la démarche qualité développée par l'établissement. Il fait un bilan annuel pour éventuellement réajuster le PAQSS. Les trois représentants des usagers sont associés à la démarche lors des CDU, ils sont également membres du groupe thématique Droits des patients.

Les actions de formation spécifiques à la qualité et à la gestion des risques sont intégrées dans le Plan de formation de l'établissement.

Toute la documentation est gérée sur un logiciel de gestion documentaire : les protocoles et procédures en vigueur au sein de l'établissement y sont enregistrés, le personnel y accède grâce à un code individuel. Un dispositif permet de savoir si le personnel a consulté les nouveaux protocoles mis en ligne. En cas de

panne informatique, un exemplaire papier de tous les protocoles est conservé par le RAQ, en cas de panne électrique, l'établissement dispose d'un groupe électrogène.

Les nouveaux arrivants sont encadrés par la Cellule qualité et les IDE Référentes, faisant fonction de cadre de santé, dans les différents services, ils reçoivent le Livret d'accueil du personnel

Il existe un dispositif de gestion des événements indésirables qui permet une analyse des causes associant les professionnels concernés. Ils sont tous examinés en Commission des EI tous les quinze jours, cette Commission décide de la méthode d'investigation de l'EI (REX, REMED, RMM, ...). Les déclarations sont réalisées sur le logiciel de gestion documentaire. Elles sont traitées par la Cellule qualité, les déclarants sont informés des conclusions et éventuelles actions inscrites au PAQSS. Un Charte dite « non punitive » signée par le Directeur favorise les déclarations par les professionnels.

Le COPIL assure la coordination entre tous les comités de vigilance (CLIN, COMEDIMS, CLUD, CLAN, CDU).

Le système de gestion des plaintes et réclamations (orales et écrites) est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Il est piloté par la Cellule qualité. Leurs analyses alimentent le PAQSS. Le dispositif de gestion de crise est intégré au Plan blanc, ils sont opérationnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels mettent en œuvre les actions relatives à la démarche qualité gestion des risques issues de la Politique qualité et du PAQSS sous l'égide de l'IDE Référente de leur secteur d'activité.

La réalisation de l'analyse des plaintes et réclamations, des questionnaires de sorties, des événements indésirables, d'EPP, de RETEX, d'audits patient traceur est considérée comme un facteur important de mobilisation du personnel au service du développement de la démarche qualité.

Les IDE Référentes des services ainsi que la Directrice des soins s'assurent de la réalisation effective des plans d'action et de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des protocoles et procédures).

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par leur hiérarchie sur leurs objectifs lors des réunions de la Commission des soins infirmiers, des réunions de service ainsi que via le journal interne.

Ils contribuent à l'élaboration du Compte qualité : identification, hiérarchisation des risques et planification des actions.

Ils participent au dispositif de déclaration des événements indésirables comme déclarants mais aussi comme professionnels consultés pour la mise en œuvre d'actions correctives.

A l'aide de tableaux de bord, le COPIL s'assure de l'effectivité et de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'action en suivant l'évolution des indicateurs qualité dont les résultats sont commentés en réunions de service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans le cadre de la mise en œuvre de sa politique qualité, l'établissement mobilise l'ensemble du management de l'établissement (Direction, Cellule qualité, Managers, Praticiens, personnel soignant).

Les professionnels ont à leur disposition, dans la gestion documentaire informatisée, les documents nécessaires : protocoles, procédures, comptes rendus de réunion, résultats des indicateurs et de leur analyse.

Le parc du matériel informatique est suffisamment développé pour permettre à tous les professionnels d'avoir accès à un PC à tout moment de la journée. Cet accès est sécurisé par l'utilisation d'un mot de passe individuel. Une astreinte informatique est assurée 24h/24.

Le plan de formation permet de maintenir et de développer les compétences des professionnels sur notamment les méthodes d'analyse des événements indésirables, la méthode d'audit du patient traceur, celle de l'audit de processus et des EPP.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le PAQSS issu des groupes de travail thématiques et des instances est validé par le COPIL et la CME, il est présenté en CDU.

Les différents Comités de vigilance sont coordonnés par le COPIL. Sur la base de leur propre plan d'actions, ces Groupes de travail thématiques ainsi que ces Comités contribuent à la mise en œuvre de la démarche qualité gestion des risques. Ils sont actifs, avec des professionnels mobilisés.

En complément, des EPP et des audits sont régulièrement menés par les professionnels soignants sur des thématiques spécifiques. Les résultats sont analysés par la Cellule qualité, présentés en COPIL, des actions d'amélioration sont alors éventuellement inscrites au PAQSS.

Le dispositif de gestion des plaintes et réclamations (orales ou écrites) ainsi que celui de déclaration des événements indésirables (FEI) sont opérationnels. Les incidents font l'objet d'une présentation en Commission des événements indésirables tous les quinze jours. Les résultats des analyses peuvent se traduire par la mise en place d'actions qui alimentent alors le PAQSS. Ces événements font l'objet d'une information des représentants des usagers lors des CDU. Le recueil de la satisfaction des patients est effectif via les questionnaires de satisfaction qui sont exploités tous les mois, le taux de retour est de l'ordre de 20 à 30%.

Les résultats de toutes ces analyses alimentent les indicateurs du PAQSS, ils sont communiqués aux

professionnels lors des réunions de service, par voie d'affichage dans les services, via le journal interne ainsi qu'aux représentants des usagers lors de CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Tous les ans, chaque Groupe de travail thématique conduit une revue de son processus qui permet de réactualiser la cartographie des risques et le PAQSS associé. Chaque bilan est présenté au COPIL.

L'établissement suit en parallèle ses indicateurs nationaux obligatoires et produit ses propres indicateurs.

Chaque Comité suit également ses indicateurs et les analysent à chaque réunion. Il en fait un bilan annuel à l'attention du COPIL qui en fait une analyse qui se concrétise par la mise à jour du PAQSS.

Ce bilan annuel de la mise en œuvre du PAQSS permet de préparer le programme de l'année suivante.

A / AGIR

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

L'exploitation des résultats des EPP, des indicateurs, des analyses des événements indésirables, des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations, des audits permet à l'établissement d'ajuster sa politique, et d'enrichir son plan d'action institutionnel sous l'autorité du COPIL en lien avec la CME et la CDU.

Les résultats sont communiqués aux professionnels via la réunion de service, l'intranet, l'affichage dans les services. Ces résultats sont communiqués aux usagers lors des CDU.

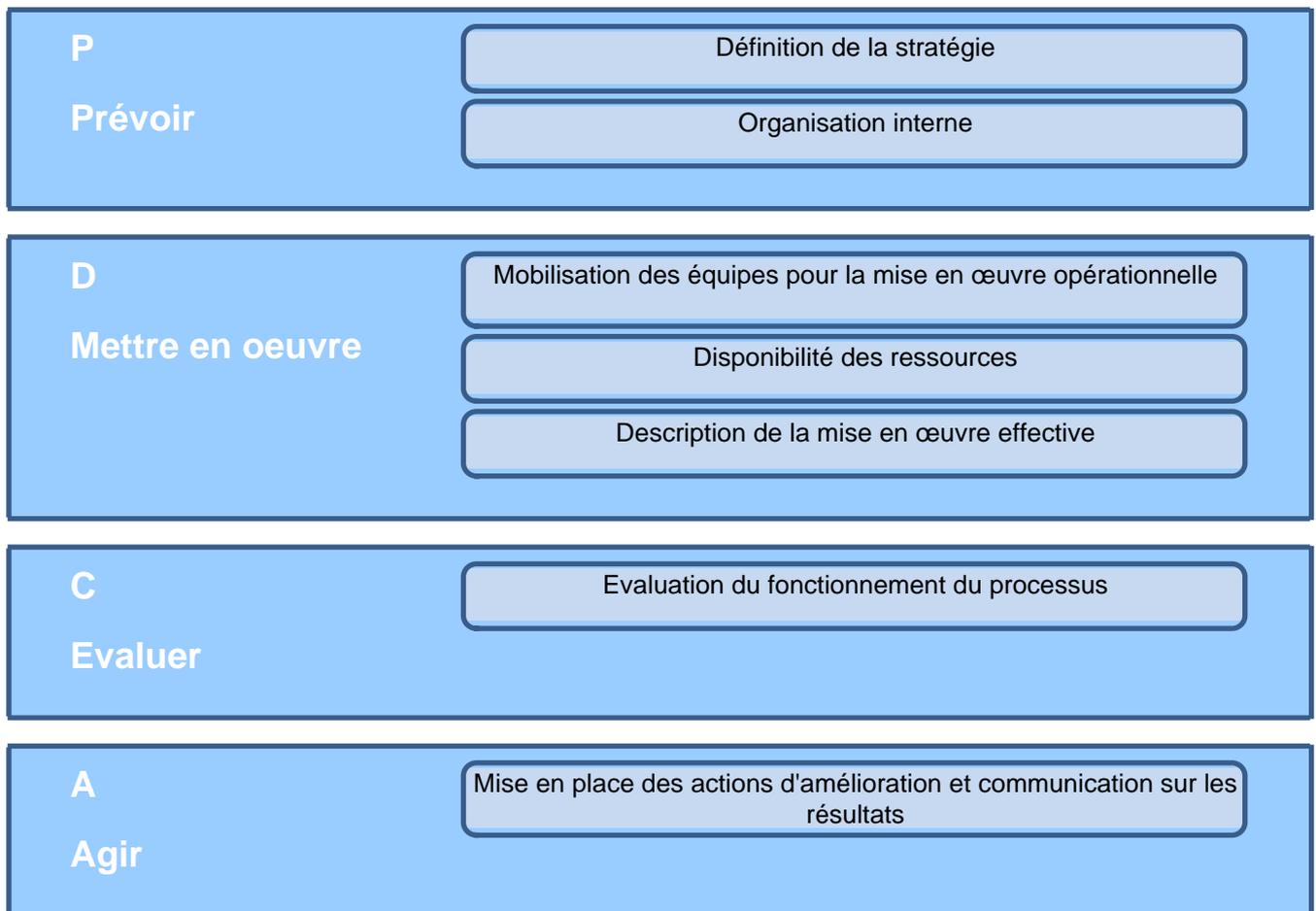
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Medipole Garonne a une activité de chirurgie, principalement orthopédique, une activité de Soins de Suite et Rééducation (SSR) avec balnéothérapie et, de façon quantitativement moins conséquente, de médecine et d'endoscopie diagnostique. Il est inscrit dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ainsi que dans le projet d'établissement, une volonté d'améliorer les pratiques et les résultats dans la prise en charge du risque infectieux. Après une hiérarchisation réalisée selon la criticité et le degré de maîtrise, quatre risques principaux ont été identifiés dans le compte qualité.

Cette analyse de risques a été réalisée avec les professionnels, notamment le médecin infectiologue, la pharmacienne, l'infirmière hygiéniste, la responsable du bionettoyage et des personnels ressources sollicités dans les services et au bloc, dans toutes les instances spécifiques (CLIN, EOH, Comité des antibiotiques).

Les risques à priori et les risques à posteriori issus des résultats des indicateurs, des résultats de la surveillance annuelle des EI, des EPP, de la visite du CCLIN au bloc opératoire, ont donné lieu à un plan d'actions priorisé selon la méthodologie de la HAS. Ce plan intègre le programme d'action relatif au bon usage des antibiotiques et des dispositifs médicaux, ceux sont principalement : développer le niveau de compétences des professionnels, prévenir la transmission croisée, prévenir le risque infectieux en balnéothérapie, promouvoir l'utilisation des SHA. Cette stratégie a été validée par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), la Commission médicale d'établissement (CME) et le Comité de pilotage institutionnel (Copil). Elle est communiquée aux professionnels par les comptes rendus des instances consultables sur la gestion électronique documentaire (GED), par des réunions de service et par affichage. Un programme d'actions institutionnel a été établi en lien avec les résultats des évaluations et, notamment pour ce processus, des indicateurs ; un volet sur les antibiotiques est inscrit dans ce programme. Les modalités de mise en œuvre du programme sont présentes : objectifs, actions d'amélioration, pilotes, échéances et modalité de suivi.

ORGANISATION INTERNE

La mise en œuvre du programme d'actions est organisée depuis le CLIN et la CME par l'infirmière hygiéniste (0,2 équivalent temps plein) et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), avec l'appui d'un médecin référent en infectiologie, d'un praticien infectiologue, de la pharmacienne, des responsables de service et de la directrice des soins infirmiers responsable du bionettoyage et des infirmiers référents hygiène des services. Les pilotes rencontrés sont l'infirmière hygiéniste, la pharmacienne, le président du CLIN et le médecin infectiologue. Leur rôle est défini et formalisé dans des fiches de poste et de mission.

Les ressources humaines ont été optimisées par la formation validante des membres de l'EOH et par la formation en interne des nouveaux arrivants par l'infirmière hygiéniste ; à ce jour, 69% des nouveaux arrivants sont déjà formés. La formation interne permettra de finaliser le positionnement d'un référent hygiène dans les secteurs d'hospitalisation. Le plan de formation annuel prévoit des sessions tant en hygiène que sur le bon usage des antibiotiques.

Les locaux, le plan de maintenance des installations et les contrôles environnementaux sont organisés et adaptés aux activités.

La gestion documentaire est structurée, informatisée et facilement accessible par la GED pour ce qui concerne les protocoles et procédures ; ces derniers sont régulièrement réactualisés et validés. Il existe également une présentation sur papier spécifique pour les agents en charge du bionettoyage et un livret d'information pour les patients.

L'interface avec la pharmacie à usage interne (PUI) est organisée de façon informatique. Une connexion avec le laboratoire est prévue avec alerte par mail sur la messagerie du médecin infectiologue en cas de détection d'infection. Toutes les infections font l'objet d'une déclaration d'évènement indésirable (EI) et du suivi des infections du site opératoire (ISO).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement opérationnel du programme de prise en charge du risque infectieux dans les secteurs est assuré par l'EOH en lien avec les référents hygiène des services. Il couvre la prévention des ISO, le bon usage des antibiotiques, l'hygiène des locaux, le dispositif de surveillance et de signalement (ISO, BMR, ...), la protection du personnel relative à la surveillance vaccinale et à la déclaration des AES, l'information des patients et du public via le livret d'accueil et les affichages.

L'avis des professionnels est recueilli lors des réunions de service et alimente le travail des instances qui en retour les informent sur les risques identifiés dans leurs secteurs et les actions d'amélioration mises en place. L'évaluation périodique est assurée par le suivi des indicateurs, des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), des comités de retour d'expérience (REX, RMM). Des actions correctives font régulièrement évoluer le plan d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'implication médicale est effective et assurée par le médecin anesthésiste infectiovigilant en collaboration étroite avec la pharmacienne et le laboratoire d'analyse médicale. L'EOH est animée par une infirmière hygiéniste (0,2 équivalent temps plein), et des membres qui ont tous bénéficié d'une formation validante. Des formations périodiques au bon usage des antibiotiques sont effectuées régulièrement. L'EOH assure des formations internes périodiques sur l'hygiène des locaux et la prévention du risque infectieux, notamment aux nouveaux arrivants.

Il existe une base documentaire exhaustive pour les protocoles d'hygiène, de bio nettoyage, de désinfection du matériel; ceux-ci sont réactualisés, validés et disponibles sur la GED.

Le personnel dispose de matériel sécurisé, des équipements de protection individuels et de matériels spécifiques pour la prise en charge des patients infectés. Les protocoles d'antibioprophylaxie recommandés par la société française d'anesthésie réanimation (SFAR) font l'objet d'un affichage. Il existe par ailleurs un guide de bon usage des antibiotiques et un protocole sur les précautions complémentaires en cas de patients infectés. Ces protocoles sont actualisés, validés par le CLIN et disponibles sur la GED.

Les locaux (DASRI, DAOM, lingerie, traitement des endoscopes...) sont conformes, adaptés et entretenus.

En balnéothérapie, les règles d'hygiène sont affichées et des distributeurs de solutions hydroalcooliques (SHA) sont mises en place dans les vestiaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du risque infectieux commence en amont de l'hospitalisation par l'application de la check list risque infectieux à la recherche de risque de contamination par des bactéries résistantes ou des agents transmissibles non conventionnels (ATNC). Un livret est remis au patient comportant l'information nécessaire sur les mesures préventives d'hygiène préopératoires. Il existe également un livret spécifique sur l'hygiène de base et un livret à l'usage des enfants. Au cours du séjour du patient dans l'établissement, toutes les données recueillies sont tracées pour assurer la continuité de la prise en charge. Les règles d'hygiène et d'antibioprophylaxie sont appliquées et régulièrement évaluées.

En cas de suspicion d'infection, un protocole de prise en charge spécifique est mis en œuvre, sous l'égide du médecin infectiovigilant, comprenant une recherche bactériologique et la mise en place d'une antibiothérapie probabiliste référencée. La chambre du patient est repérée par une tour placée à hauteur de la porte de sa chambre et renfermant tout l'équipement et le matériel spécifique à la prise en charge d'un patient infecté. En cas de bactériologie positive, une alerte est adressée par mail au médecin infectiovigilant par le laboratoire d'analyses médicales. Le traitement antibiotique peut être adapté avec avis si nécessaire du médecin référent en infectiologie. La pertinence du traitement antibiotique est réévaluée à la 72ème heure avec une alerte informatique en lien avec la pharmacie. Cette réévaluation est tracée dans le dossier. Les déclarations d'infection du site opératoire (ISO) sont effectives.

Toutes les prescriptions d'antibiotiques et leur surveillance dans l'établissement sont assurées par le médecin infectiovigilant.

Le personnel connaît l'accès à toute la documentation exhaustive disponible sur l'outil informatique et le bionettoyage de tous les locaux est tracé quotidiennement. Dans l'unité de soins de suite et de rééducation (SSR), le bionettoyage des appareils de rééducation et des locaux est assuré et tracé quotidiennement par les professionnels.

L'affichage des consignes de sécurité vis à vis du risque infectieux et la mise à disposition de solution hydro alcoolique sont généralisés dans l'établissement y compris dans les locaux de balnéothérapie.

Le respect des procédures établies est sous la surveillance de l'EOH et de l'infirmière hygiéniste et fait l'objet d'évaluations régulières.

La démarche de déclaration des évènements indésirables (EI) est acquise. Les accidents d'exposition au sang (AES) sont déclarés et la conduite à tenir est affichée dans tous les secteurs. Au bloc opératoire, les règles d'antibioprophylaxie sont affichées dans toutes les salles.

Toutes les instances (CLIN, commission des antibiotiques, Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en infectiologie (RCPinfectio) sont opérationnelles et font l'objet de comptes rendus qui sont diffusés par l'outil informatique, par affichage et lors des réunions de service.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus par le suivi des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) ainsi que des indicateurs et des audits internes tels que : indicateurs ICALIN, ICALISO, ICABMR, ICATB, ICSHA, suivi de la maîtrise de la technique de friction hydro-alcoolique des mains (journée mains propres), conformité des tenues

professionnelles, suivi de la participation aux formations, couverture vaccinale grippe, traçabilité des dispositifs médicaux implantables, qualité du bionettoyage, conformité de l'antibioprophylaxie, consommation des antibiotiques, surveillance de l'écologie bactérienne de l'établissement par le laboratoire d'analyses médicales, suivi des AES.... Ces évaluations font l'objet d'un tableau de bord et sont suivies régulièrement par l'infirmière hygiéniste et/ou la pharmacienne.

Le recueil de toutes ces évaluations permet de renseigner le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias). Le tableau de bord des EPP comporte douze EPP sur le risque infectieux.

A / AGIR

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

Il existe un tableau de bord des actions d'amélioration comportant les objectifs à atteindre, les responsables, les moyens d'évaluation et l'échéance.

Ce tableau de bord est régulièrement réévalué dans les instances concernées pour en permettre une évolution au fil des améliorations obtenues.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est assurée par des comptes rendus d'instances consultables dans la GED, lors des réunions de service ou dans le journal interne.

La communication est également assurée auprès des usagers par l'affichage obligatoire des indicateurs nationaux et par la présence régulière des représentants des usagers au sein des commissions spécifiques.

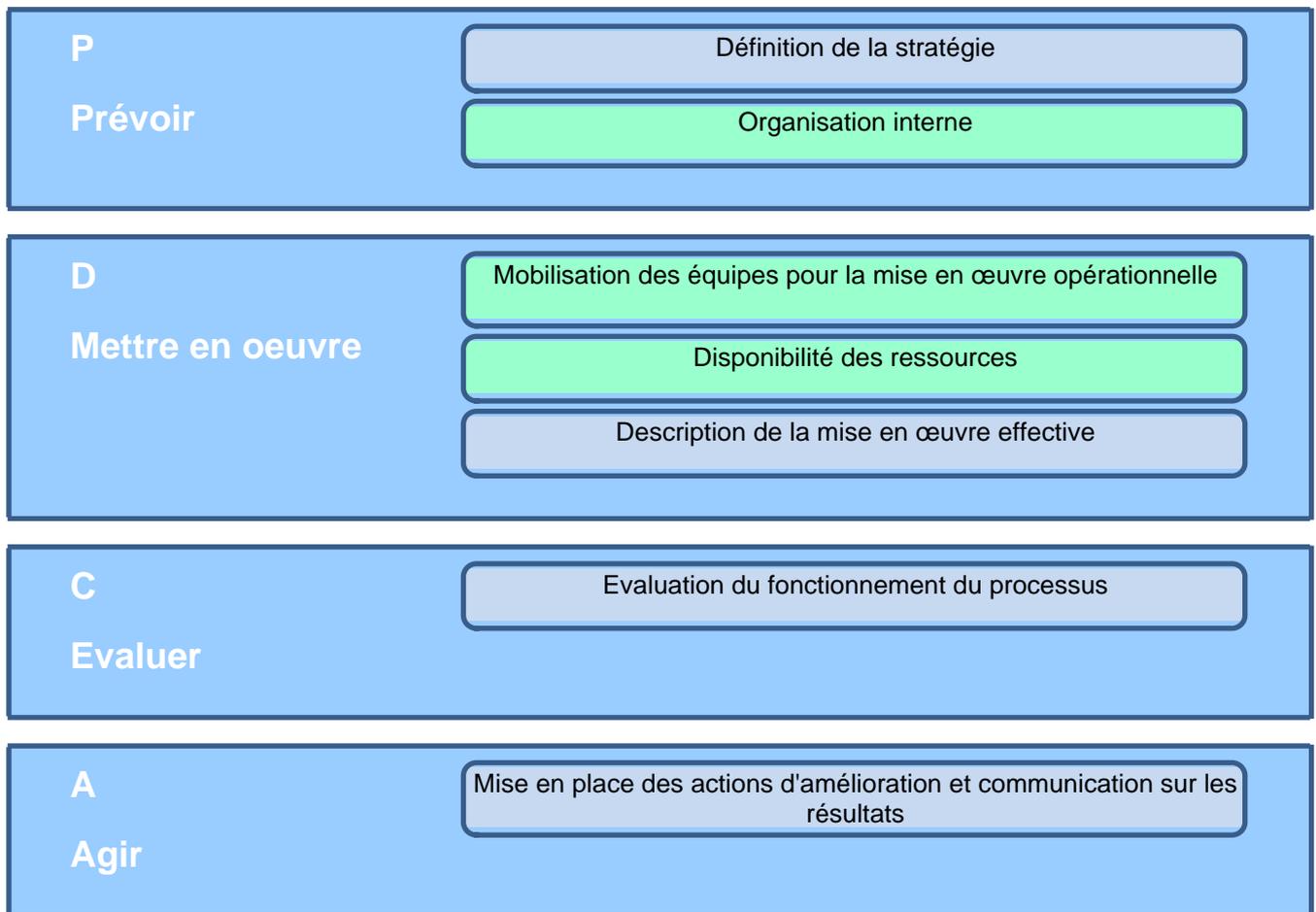
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le respect des droits de patients fait l'objet d'une politique intégrée au Projet d'établissement 2017. Elle se décline en dix objectifs stratégiques : développer la participation des représentants des usagers dans les instances de la clinique, favoriser l'expression et les échanges constructifs au sein de la CDU, assurer tout au long du séjour une information claire, sincère et adaptée au patient, garantir la confidentialité des informations de santé, promouvoir le respect de la dignité tout au long des séjours, promouvoir un comportement bienveillant en favorisant la relation de confiance soignant/soigné, autonomiser le patient en le rendant acteur de sa prise en charge, garantir le respect des libertés individuelles, optimiser la structuration de l'information et de la traçabilité relative aux dommages liés aux soins, promouvoir l'écoute et le dialogue dans la proximité et le respect. L'établissement a déterminé des objectifs opérationnels sur la base de l'identification de ses missions relatives aux droits des patients et à la réglementation en vigueur. Il a utilisé comme source d'information les résultats des questionnaires de satisfaction, des IQSS, des analyses des fiches d'évènements indésirables, de l'analyse des plaintes et réclamations des patients ou de leur entourage ainsi que les remarques des représentants des usagers exprimées lors des réunions de la CDU. Une carte d'identité du processus a été élaborée par le groupe de travail Droits des patients, elle a constitué le cadre méthodologique de l'analyse et de la hiérarchisation des risques avec les professionnels concernés, les représentants des usagers ont été associés à ces travaux. Il en a résulté une cartographie des risques liés au respect des droits des patients. Le groupe de travail a ensuite défini les priorités d'action en fonction de la criticité réelle des risques identifiés en utilisant la méthode de la HAS. Les deux risques à surveiller figurent au Compte qualité.

Au regard de ces risques, un Programme d'actions a été établi, pour chaque action, un responsable est désigné, une échéance est fixée ainsi qu'un indicateur de résultat. Ce programme a été validé par le COPIL, qui est l'instance de pilotage institutionnel de la démarche qualité, la CME et la CDU. Les neuf actions, relatives aux deux risques et inscrites au compte qualité, sont extraites de ce PAQSS.

Sur la base des évaluations de la mise en œuvre du plan d'actions, la cartographie des risques est révisée annuellement par le groupe de travail Droits des patients et présentée pour validation au COPIL. Le Plan d'actions est concomitamment ajusté.

ORGANISATION INTERNE

Ce processus est piloté par l'IDE référente du 2° étage d'hospitalisation qui fait fonction de cadre de santé. Elle dispose d'une fiche de mission qui définit son périmètre d'action ainsi que les attendus de l'établissement. Un groupe de travail est en place auquel participent un anesthésiste, l'IDE référente dossier patient et les trois représentants des usagers. Ce groupe de travail s'articule avec la CDU qui est constituée et qui fonctionne selon la forme réglementaire avec la présence régulière des trois représentants des usagers.

Des formations en interne ou en externe, notamment sur la thématique des droits des patients, de la bientraitance, sont inscrites au Plan de formation, elles sont réalisées tous les ans. Un Comité d'éthique et bientraitance est en place, il est animé par un chirurgien orthopédiste.

Des protocoles et procédures existent sur les modalités de signalement des cas de maltraitance, sur l'organisation permettant le recueil du consentement éclairé du patient, sur le refus de soins, sur l'accès du patient à son dossier. Les représentants des usagers sont informés de ces documents en CDU. Le consentement éclairé du patient est recherché à chaque étape de sa prise en charge par les praticiens et les soignants.

Le respect de la dignité et de l'intimité, notamment lors des soins est assuré. Il y a peu de chambres doubles, elles disposent d'un rideau amovible.

L'organisation et les pratiques des services permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les écrans des ordinateurs portables sont par exemple mis en veille lorsque les soignants sont dans les chambres des patients alors que les ordinateurs restent dans le couloir sur leur chariot.

Une procédure concernant l'annonce d'un dommage associé aux soins est en place, c'est le praticien qui la plupart du temps intervient auprès du patient et éventuellement auprès de l'entourage.

Les nouveaux arrivants sont pris en charge par l'IDE référente et l'équipe du service, il existe un Livret d'accueil du nouvel arrivant.

Le Livret d'accueil général pour les patients contient les informations nécessaires à son séjour mais également celles relatives au respect de ses droits avec notamment les modalités de saisine de la CDU et des médiateurs ainsi que la possibilité d'accéder aux données informatiques personnelles enregistrées dans son dossier ainsi qu'à son dossier proprement dit.

Dans les services d'hospitalisation, outre les chambres, les locaux ménagent des espaces pour que l'entourage puisse rencontrer le patient en toute intimité. Les équipes médicales et soignantes, qui prennent en charge au quotidien les patients, ont des échanges qui assurent les interfaces entre leurs

membres sur les thématiques du consentement/refus aux soins, de la douleur, de la dignité, de l'intimité, du respect des libertés individuelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les IDE référentes faisant fonction de cadres de santé de chacun de services de l'établissement se sont saisies des enjeux liés à la promotion de la bientraitance et au respect des droits des patients en lien avec les orientations stratégiques et le Plan d'actions de l'établissement, elles impulsent cette démarche au sein de leurs secteurs d'activité.

Elles s'assurent de la conformité des pratiques aux dispositions prévues à l'aide d'indicateurs mais également lors des réunions de services.

Les professionnels sont donc régulièrement sensibilisés par leur hiérarchie sur les objectifs de leur secteur d'activité directement par leur IDE référente et lors des réunions de service, notamment sur la politique de bientraitance et la promotion des droits des patients.

Le personnel participe au dispositif de déclaration des événements indésirables comme déclarants mais aussi comme professionnels consultés pour la mise en œuvre d'actions correctives.

Le groupe de pilotage du processus s'assure de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'action une fois par an par une revue de processus.

Les résultats des indicateurs sont donc analysés annuellement et des actions correctives peuvent être programmées, elles alimentent alors le plan d'action concerné. L'analyse des déclarations des événements indésirables est également susceptible d'alimenter les plans d'action. Les usagers sont informés des résultats en CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels ont été formés au respect des droits des patients et plus particulièrement à la bientraitance. Ils sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients en fin de vie. Ils sont régulièrement sensibilisés sur les autres thèmes relatifs aux droits des patients : intimité, dignité, libertés individuelles, consentement, dommage associés aux soins, refus de soins, prise en compte de l'entourage du patient. Ils sont formés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient notamment dans le cadre de la gestion du dossier patient informatisé. Dans les chambres à deux lits, l'intimité et la dignité des patients sont préservés par l'existence de paravents repliables entre les deux lits. La communication sur les résultats obtenus est réalisée via les réunions de service et l'intranet.

L'ensemble des protocoles et procédures relatives aux droits des patients est consultable dans l'outil informatisé de gestion documentaire.

Dans les locaux, enfin, des espaces sont réservés aux rencontres entre les patients et leur entourage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

A chaque étape de sa prise en charge, les droits du patient sont respectés par la mise en œuvre des protocoles et procédures. Il y a une véritable attention du personnel vis-à-vis des patients. Les interfaces entre les professionnels sont assurées au quotidien car les soignants sont en poste toute la journée durant douze heures. Cette présence continue est facteur de communication interne.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU par l'intermédiaire du Livret d'accueil général. Ce Livret précise également les modalités d'accès à leur dossier. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées sur l'outil de gestion documentaire. Il existe une procédure concernant l'annonce d'un dommage associé aux soins ainsi qu'en cas de refus de soins. Les directives anticipées ainsi que la désignation de la personne de confiance sont recherchées lors de l'admission du patient dans le service. Le consentement éclairé du patient est sollicité tout au long de sa prise en charge. Sa dignité et son intimité sont respectées tout au long de son séjour. Le respect des libertés individuelles d'aller et venir est respecté. La confidentialité des informations relatives au patient est préservée.

Le personnel est sensibilisé à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance soit lors de formations, soit par l'intermédiaire de leur encadrement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies dans une procédure et diffusées dans la gestion documentaire. La prise en charge de la douleur est effective, des protocoles sont en place. Le patient a la possibilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet thérapeutique ainsi qu'éventuellement son entourage. Celui-ci peut rencontrer le patient soit dans sa chambre soit dans des espaces de convivialité.

La gestion des plaintes et réclamations est opérationnelle, elles sont gérées et exploitées par la Cellule qualité selon une procédure établie.

La satisfaction des patients ainsi que le respect de leurs droits sont recueillis grâce aux questionnaires de sortie, les réponses sont analysées par la Cellule qualité, les résultats sont communiqués aux équipes ainsi qu'à la CDU. Ces constats positifs ont été confirmés par les audits patients traceurs réalisés au cours de la visite.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Outre les indicateurs IQSS, l'établissement suit la mise en œuvre de son plan d'action à l'aide de nombreux indicateurs de suivi du plan d'action. Les audits Patient traceurs qui sont réalisés permettent de juger de l'observance du droit des patients par les professionnels.

Le suivi des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations alimente le Bilan de la CDU et éventuellement le plan d'actions.

Un point d'étape est réalisé tous les ans par le groupe de travail Droits des patients, il est présenté en COPIL, il permet d'évaluer les résultats obtenus, d'ajuster éventuellement le plan d'actions annuel et d'établir le programme pour l'année suivante.

A / AGIR

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

L'exploitation des résultats des indicateurs sous forme de tableau de bord permet à l'établissement d'ajuster sa politique, d'élaborer son programme d'actions et d'enrichir son plan d'actions opérationnel en lien avec la CDU. Les résultats sont communiqués aux professionnels via les réunions de service, le journal interne et la gestion documentaire. Ces résultats sont également communiqués aux usagers lors des réunions de la CDU.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

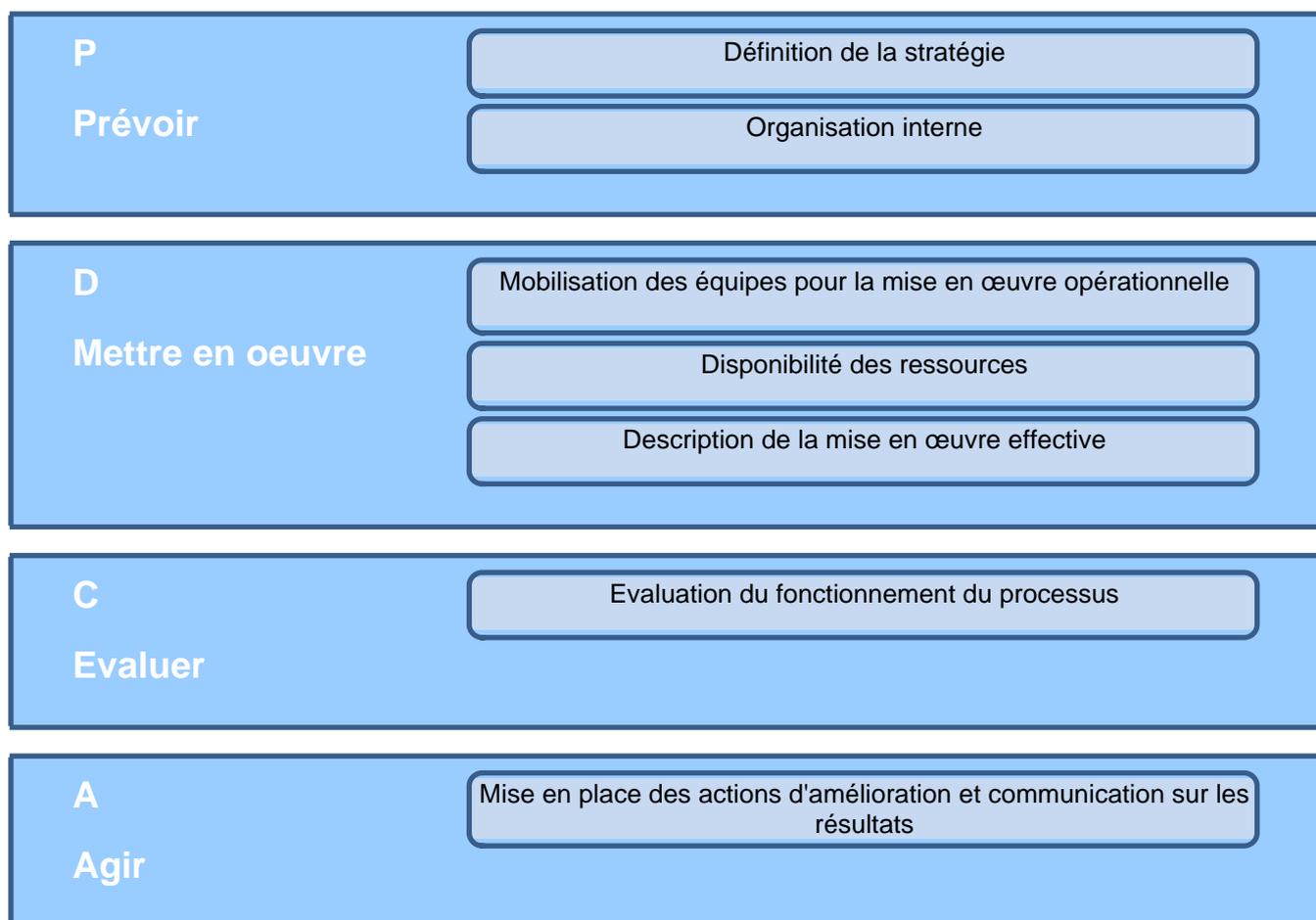
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique Médipole Garonne dispose de 176 lits et places de médecine, chirurgie et SSR dont 78 lits et places en chirurgie, 4 lits en unité de soins continue, 9 lits en médecine, 15 lits et 26 places en SSR. L'activité orthopédique représente une part importante de son activité (67% en 2017 dont 57% en ambulatoire). Son offre de soins couvre aussi l'activité d'ophtalmologie, de pneumologie, d'ORL, de stomatologie, de chirurgie réparatrice et esthétique, de gastroentérologie, de chirurgie du rachis, la chirurgie pédiatrique et les pathologies du sommeil.

Le Projet médical de la Clinique 2017/2024 a été actualisé après consultation des avis des médecins spécialisés. Il a été réalisé sur la base d'un état des lieux de l'activité médicale de l'établissement, de l'offre de soins du territoire et en regard des objectifs du projet régional de santé et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les orientations stratégiques sont notamment de conforter l'offre de soins existante, de développer et structurer l'offre de soins ambulatoire ainsi que les liens ville-hôpital et d'assurer une croissance interne et externe de l'activité médicale. Par ailleurs, des réunions médicales au sein d'une structure juridique propre aux médecins d'orthopédie ont contribué à la définition de la politique du parcours patient.

La politique du parcours patient est déclinée en parcours générique (parcours ambulatoire, parcours hospitalisation, parcours SSR) et parcours spécifiques des populations accueillies notamment les prises en charge des sportifs, des enfants, des personnes âgées, des personnes présentant une polyarthrite rhumatoïde ou un handicap. Cette politique s'est appuyée sur une analyse des risques du parcours générique et des parcours spécifiques.

Les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs se sont concertés pour réaliser une analyse de risques en appui des données issues des démarches d'évaluations externes et internes, des évolutions réglementaires, des résultats des inspections, des bilans des revues de morbidité mortalité (RMM), des évènements indésirables liés au parcours patient, des retours d'expérience, du bilan de la commission des usagers (CDU) ainsi que sur les résultats des indicateurs. Les risques identifiés ont été hiérarchisés et priorisés selon la méthodologie de la HAS. L'établissement a identifié cinq risques prioritaires liés à la sécurisation de la prise en charge du patient en balnéothérapie, à un défaut de fluidité du parcours patient dans le cadre du programme ORAC (optimisation de la réhabilitation après chirurgie) notamment dû à une augmentation de l'activité chirurgicale et ambulatoire, au défaut de traçabilité du risque suicidaire, à l'absence de repérage du patient présentant des troubles nutritionnels, au défaut d'exercice de simulation à la prise en charge de l'urgence vitale chez l'adulte. Ces risques ont conduit à la définition de plans d'actions prioritaires permettant de construire le compte qualité articulé avec le programme qualité sécurité des soins (PAQSS) validé par les instances concernées notamment la CME et le COPIL QGDR (Comité de Pilotage Qualité Gestion Des Risques).

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du parcours patient est assuré conjointement par la direction et le président de la CME avec une supervision du Directoire. Le COPIL QGDR, piloté par la cadre Coordonnateur des risques associés aux soins, assure la déclinaison opératoire de l'ensemble des processus de l'établissement et la coordination du PAQSS. Le pilotage opérationnel du processus parcours patient est assuré par la Directrice des soins via la Commission de soins infirmiers en collaboration étroite avec la CME. Le rôle et les missions des pilotes et des commissions sont formalisés. Les pilotes de processus rendent compte de l'avancée des travaux et font valider les plans d'actions prioritaires auprès de la direction, de la CME et du COPIL GDR.

Pour fluidifier le parcours patient, l'établissement s'est engagé dans des partenariats avec des cliniques du territoire par le biais de conventions de coopération. Il a structuré les liens ville-hôpital notamment en développant les messageries sécurisées, la contractualisation avec les Maisons de santé et le développement du service PRADO (programme de retour à domicile). En parallèle, l'établissement adhère à un groupe de réhabilitation rapide après chirurgie permettant de déployer depuis 2015 un programme ORAC pour les patients bénéficiant d'une chirurgie orthopédique de la hanche. Ce programme s'est récemment élargi à d'autres chirurgies orthopédiques (PTH, PTE, PTG). Par ailleurs, pour optimiser la prise en charge des enfants en chirurgie pédiatrique, l'établissement adhère au réseau de Midi Pyrénées présidé par un médecin de la clinique.

L'organisation du parcours patient est définie et formalisée au sein de nombreuses procédures. Une charte de fonctionnement décrit l'organisation de la prise en charge du patient en chirurgie ambulatoire comprenant l'évaluation pré-opératoire (critères d'éligibilité d'ordre médicaux, psycho-sociaux), la phase peropératoire, la surveillance post-opératoire et la phase d'autorisation de sortie.

Les règles de présence et un système de gardes et d'astreintes sont organisées et disponibles au sein de toutes les unités de soins avec un médecin d'astreinte par spécialisation et une présence médicale sur site nuit et week end assurée par des médecins généralistes en premier recours.

La prise en charge de l'hospitalisation non programmée pour l'adulte et l'enfant est organisée en fonction

de la capacité d'accueil de l'établissement avec une organisation en semaine (patient adressé par le médecin traitant à un chirurgien) et une organisation pour la nuit et le week end avec une orientation vers le médecin de garde et un relais au chirurgien de garde si la situation le nécessite.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires (effectifs, recrutement et formation des personnels), les moyens matériels (locaux, équipements et maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. La gestion des interfaces intégrée à l'analyse de processus est formalisée notamment en association des instances et comités de l'établissement (CME, CSI, CLIN, CLUD, CLAN, Comité éthique...) et en lien avec le Conseil de bloc. L'organisation et les rencontres pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires (RCP bénéfice/risque, groupes de travail, partenariats avec des compétences externes notamment l'infectiologue, chirurgiens en orthopédie, en pédiatrie...) facilitent la concertation entre professionnels afin d'assurer une complémentarité des compétences et fluidifier le parcours des patients. Le dossier patient informatisé contribue à assurer la continuité de la prise en charge du patient au sein des différents secteurs d'activité de la clinique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs d'activité sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La Commission de soins infirmiers et l'équipe médicale assurent le pilotage opérationnel du parcours patient. Les responsables des unités de soins (infirmiers référents) sont associés à la mise en œuvre du plan d'actions notamment par leur implication aux réunions de commission de soins (commission opérationnelle de prise de décision) et aux réunions transversales. Des infirmières de continuité des services d'hospitalisation assurant la fluidification du parcours patient au sein de la clinique et le lien entre les différents professionnels (médecins, infirmiers, professionnels de la rééducation...) sont impliquées dans la mise en œuvre des plans d'actions.

Les infirmiers référents, référents qualité et la CME sensibilisent les professionnels sur les priorités définies au niveau institutionnel et sur le fonctionnement du processus propre à leur secteur au regard des résultats d'évaluation. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. En fonction des résultats de chaque secteur d'activité, la DSI en collaboration des IDE référents et de l'équipe médicale ciblent les priorités d'évaluation et les actions correctives. L'IDE hygiéniste et la diététicienne contribuent à l'évaluation des pratiques professionnelles au regard de leur champ d'expertise.

D'autres démarches permettent de mobiliser et d'impliquer l'ensemble des professionnels dans l'amélioration des pratiques notamment par leur participation à des groupes de travail (plaies et cicatrisation), aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP), aux revues de morbidité mortalité, à l'analyse des patients traceurs et à l'analyse des pratiques lors des retours d'expérience.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La politique et le management des ressources humaines permettent de disposer des compétences nécessaires, en termes de recrutement, de formation continue des personnels.

Les modalités de gestion du temps de travail et le système de garde et d'astreintes permettent de disposer des compétences nécessaires 24/24. Les astreintes médicales sont organisées en pôle, chaque pôle étant constitué à minima de trois praticiens.

L'organisation interne permet d'assurer l'adéquation des ressources, des compétences aux besoins de la population accueillie. Chaque secteur d'activité bénéficie des compétences spécifiques nécessaires. Sur le plan médical, 80 praticiens sont disponibles sur l'établissement dont dix-neuf chirurgiens en orthopédie. Un choix d'hyperspécialisation est défini pour la chirurgie orthopédique, chaque praticien étant "monoarticulaire" (genou, hanche, pied, épaule, main, rachis). Le secteur pédiatrique dispose de compétences nécessaires notamment de chirurgiens pédiatriques, d'anesthésistes référents en pédiatrie et de puéricultrices. En parallèle, des compétences transversales sont disponibles notamment des professionnels médicaux et paramédicaux référents douleur, des infirmiers référents plaies et cicatrisation, une infirmière hygiéniste, des professionnels médico-soignant référent ETP (médecin SSR et IDE), un infirmier référent soins palliatifs... Par ailleurs, l'établissement dispose d'infirmières (2 ETP) pour la mise en œuvre du programme ORAC, personnels possédant des compétences spécifiques (formation qualifiante ETP, formation plaie et cicatrisation et référent qualité). En parallèle, des compétences complémentaires (kinésithérapeutes, ergothérapeute, préparateur sportif, diététicienne, psychologue) sont disponibles pour participer à la prise en charge du patient.

Pour favoriser le maintien et le développement des compétences, un plan de formation institutionnel est élaboré sur la base des besoins des professionnels et au regard des besoins de la population accueillie au sein de l'établissement. Pour sécuriser la prise en charge des urgences vitales, la clinique organise des sessions de formation externe (AFGSU) et interne par les médecins en anesthésie de la clinique. Pour renforcer la sécurité, des exercices de simulation à la gestion des urgences médicales sont organisés pour les urgences pédiatriques et plus récemment pour la prise en charge des urgences médicales de l'adulte. Des temps d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants sont formalisés comprenant notamment une session de formation sur la qualité et la gestion des risques, l'hygiène, le dossier patient

informatisé, la prise en charge médicamenteuse...

Les locaux, matériels et équipements nécessaires aux activités des services sont en adéquation avec les besoins de l'établissement. Des équipements et matériels adaptés aux besoins de la population (personne âgée, enfant, sportif, patient dénutri, patient obèse, handicapé) disposent d'une maintenance préventive et curative. Le plateau technique dispose notamment d'une imagerie médicale avec un appareil pour la reconstitution en 3D ou 2D sans irradiation, un scanner, deux IRM et trois salles de radiologie conventionnelle. Le plateau de rééducation dispose d'une balnéothérapie, de plateforme de rééducation posturale, d'ergomètre isocinétique et d'appareils pour l'analyse du mouvement et du geste sportif. Afin d'assurer la prise en charge des urgences vitales, des matériels adaptés à la population accueillie sont disponibles au sein de toutes les unités de soins (chariots d'urgence "adulte" et "pédiatrique", chariot spécifique pour les soins intensifs, chariots comprenant le matériel, les médicaments, les fluides médicaux, un DSA et un scope). Par ailleurs, un système d'information est déployé pour faciliter la continuité de la prise en charge du patient via un accès au dossier patient informatisé dans tous les secteurs d'activité.

Le système documentaire, accessible via l'intranet, intègre l'ensemble des protocoles et procédures nécessaires pour assurer les prises en charge. Des fiches réflexes pour la gestion des situations d'urgence sont facilement accessibles au sein de toutes les unités de soins. Des protocoles de prise en charge en chirurgie ambulatoire sont formalisés. Des protocoles spécifiques à la chirurgie décrivant le processus de prise en charge de la pré-admission à la sortie sont disponibles dans tous les secteurs d'activité. Des protocoles de prises en charge en kinésithérapie sont associés notamment pour les chirurgies en orthopédie. Par ailleurs, des protocoles formalisés sont accessibles pour la prévention des risques liés à la chirurgie (prévention de la maladie thrombo embolique, pansement des plaies chirurgicales, prise en charge des sutures...). En chirurgie pédiatrique, les professionnels disposent d'un chemin clinique formalisé permettant d'identifier les données cliniques de repérage des risques liés à l'intervention et les actes de soins nécessaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée comme le confirment les patients traceurs.

Un dispositif d'accueil structuré permet d'assurer la prise en charge globale du patient, il est adapté à la population accueillie. La gestion des flux est assurée par un gestionnaire de lit à un rythme hebdomadaire et ajusté au quotidien en articulation avec toutes les unités. Des IDE de continuité des soins coordonnent le parcours du patient hospitalisé et contribuent à la gestion des flux tout au long de la journée.

Pour tous les patients bénéficiant d'une chirurgie, lors de la consultation pré-interventionnelle, le chirurgien assure l'information du patient sur le déroulement de l'intervention, les bénéfices et risques et les effets indésirables. Le consentement du patient est recueilli et tracé. Un support informatif lui est remis en fonction de l'intervention. La traçabilité de la consultation est effective au sein du dossier patient informatisé, le compte-rendu est envoyé aux médecins traitants.

Les patients relevant du programme ORAC bénéficient de réunions collectives pluridisciplinaires (chirurgien, anesthésiste, kinésithérapeute, diététicienne, infirmier) et de consultations individuelles infirmières (IDE de coordination) de la pré-admission jusqu'à la semaine suivant la sortie de la clinique. Avant l'hospitalisation, les infirmières de coordination vérifient le respect des différentes étapes pré-opératoires et lors de la sortie, elles assurent la coordination du suivi post-opératoire avec les intervenants libéraux et les médecins de la clinique. Les moyens dédiés à ce dispositif permettent d'assurer une information complète du patient, une éducation à la prise en charge de sa santé et un suivi post-opératoire avec un retour à domicile plus sécurisé.

Une évaluation clinique initiale et continue du patient est effectuée par tous les professionnels médicaux et paramédicaux permettant l'identification et la prise en compte des besoins dans un délai adapté aux exigences de sa prise en charge. Les conclusions de l'évaluation initiale permettent d'élaborer le projet thérapeutique et projet de soins personnalisés. Ce dernier est réajusté en fonction d'évaluations quotidiennes de l'état de santé du patient impliquant le patient et/ou l'entourage ainsi que les représentants légaux pour l'enfant. Le projet thérapeutique intègre la réflexion bénéfice risque. Le suivi médical des patients est assuré par des visites médicales quotidiennes réalisées par l'anesthésiste en services de chirurgie, par le chirurgien si la situation le nécessite et par les médecins du SSR à un rythme minimal hebdomadaire. Les professionnels de santé connaissent les procédures et protocoles spécifiques liés à leur secteur d'activité et à la population accueillie. La sensibilisation des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est assurée (personnes âgées, enfants/adolescents, personnes souffrant de handicap, personnes atteintes de maladies chroniques, personnes démunies, patients dénutris, patients obèses ou en surpoids, sportifs, présentant un risque suicidaire, patients en fin de vie).

Des réunions mensuelles de concertation pluridisciplinaire (chirurgiens, anesthésistes, cardiologue, angiologue...) sont mises en œuvre (RCP "indication opératoire") pour évaluer la pertinence d'une intervention, pour traiter les situations complexes et covalider une décision (indication opératoire, contre indication, orientation du patient vers un centre adapté). En parallèle, des staffs infectiologie sont mis en œuvre pour des revues de dossiers ciblés avec la participation de compétences spécifiques en

infectiologie (infectiologue externe intervenant dans la clinique) et référents "antibiotique" (médecin anesthésiste de la clinique). Au centre SSR, des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires sont effectives pour assurer le suivi du projet personnalisé de soins du patient.

Un suivi rapproché du patient par la diététicienne est mis en œuvre dès le repérage des troubles de l'état nutritionnel. Les patients dépistés en obésité morbide lors de la consultation anesthésie sont adressés à la diététicienne pour l'organisation d'une prise en charge par un établissement spécialisé pour pouvoir assurer sous condition l'intervention (convention avec une clinique spécialisée). L'indication opératoire fait l'objet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP "indication opératoire"). Lors de l'admission, les infirmiers réalisent une évaluation de l'état nutritionnel du patient à l'aide d'outils (pré-MNA de 4 items). Un arbre décisionnel permet l'orientation vers la diététicienne pour les patients dénutris et les patients obèses ou en surpoids. Les patients en surpoids bénéficient d'un suivi et d'ateliers d'éducation nutritionnelle avec à l'appui des supports informatifs. En SSR, la diététicienne réalise un bilan à l'admission et assure un suivi tout au long de la prise en charge. Un niveau nutritif des aliments est indiqué par un système de codes couleurs au self pour informer le patient sportif.

L'articulation avec les rééducateurs est effective au sein de toutes les unités de soins. Une équipe de rééducateurs dédiés au centre de rééducation sportif permet d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins des patients sportifs. Ces patients bénéficient d'un suivi rapproché par des kinésithérapeutes référents, un ergothérapeute, un préparateur sportif. Des séances de kinésithérapie sont assurées conformément à la prescription médicale et ajustées en fonction de l'évolution du patient et de son projet thérapeutique. Ces patients bénéficient d'un suivi rapproché tant sur le plan nutritionnel que sur le plan psychologique pour un accompagnement et un soutien à la reprise d'activités.

Le repérage du risque suicidaire est effectif lors de la consultation d'anesthésie et lors de l'admission par l'IDE notamment. Une orientation vers des professionnels compétents (psychologue en interne) est assurée si la situation le nécessite.

La prise en charge de l'éducation du patient à la santé est assurée. Lors de l'identification d'un besoin d'éducation thérapeutique, les praticiens assurent l'orientation du patient vers des structures disposant d'une autorisation pour le programme d'ETP conventionnées avec la clinique. En parallèle, des actions éducatives sont menées par les professionnels notamment sur la gestion des traitements médicamenteux, les ateliers sur l'équilibre alimentaire, le suivi post-opératoire. La compréhension du patient est recherchée et tracée au sein du dossier patient.

La prise en charge des urgences médicales est sécurisée. Les équipements et matériels sont adaptés à la population accueillie, accessibles rapidement au sein de tous les secteurs d'activité. Le maintien des compétences de l'ensemble des professionnels est assuré.

La communication des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient lors de la sortie du patient est effective et est associée à une information du médecin traitant (lettre de sortie transmises le jour de la sortie, CRH), des kinésithérapeutes et infirmiers libéraux (ordonnances, fiches de liaison pour la kinésithérapie et pour les soins infirmiers, mémo à l'attention des intervenants libéraux dans le cadre du programme ORAC).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation du processus parcours patient est structuré. L'établissement assure régulièrement le suivi des évaluations réalisées, le suivi du tableau de bord des EPP (évaluation des pratiques professionnelles) et le suivi des indicateurs (indicateurs d'activité, de fonctionnement, résultats d'audits, enquêtes) ainsi que le suivi annuel des indicateurs du CPOM. L'établissement participe aux campagnes de relevé des indicateurs qualité sécurité des soins afin d'évaluer la conformité de ses pratiques. L'évaluation repose sur l'exploitation des audits, des questionnaires de satisfaction, des fiches de signalement, des retours d'expériences, des analyses de revues de morbidité mortalité, des patients traceurs et des EPP.

L'établissement a réalisé des démarches d'EPP notamment des revues de pertinence de l'indication de la ligamentoplastie du genou, de l'optimisation de la réhabilitation rapide dans les cas des prothèses totales de hanche et de genou, la recherche du consensus médical sur l'indication opératoire (RCP), l'amélioration des pratiques professionnelles sur la prise en charge des plaies chirurgicales, la prise en charge personnalisée et pluridisciplinaire du patient et l'évaluation de la coordination et de la continuité des soins au travers du patient traceur... Des EPP transversales sur la prise en charge de la douleur sont menées notamment par une revue de pertinence des échelles d'évaluation de la douleur en pédiatrie et une analyse de processus de la prise en charge adaptée de la douleur physique, morale, aiguë et chronique tout au long du parcours patient.

Les résultats des évaluations permettent de cibler les plans d'actions prioritaires avec des objectifs ciblés, un responsable dédié, un échéancier défini et des modalités de suivi déterminées. Le suivi des évaluations est assuré via le pilotage d'un tableau de bord.

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées au programme d'actions institutionnel alimenté en continu. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à des réajustements.

Les professionnels sont informés des résultats d'évaluation et des actions mises en œuvre notamment par le biais de réunions : réunions des instances notamment la CME et la commission de soins infirmiers, réunions de service, la diffusion du journal interne, le portail intranet, par voie d'affichage pour les résultats des indicateurs.

Une communication est assurée auprès des patients notamment par le biais d'affichage au sein des unités de soins, de fiches d'information, de courriers de sortie. Les représentants des usagers sont impliqués et acteurs au sein de la commission des usagers et de toutes les instances. Ils sont informés des démarches d'évaluations réalisées et sont impliqués à la définition des plans d'actions en lien avec la prise en charge du patient notamment concernant son information et son accueil.

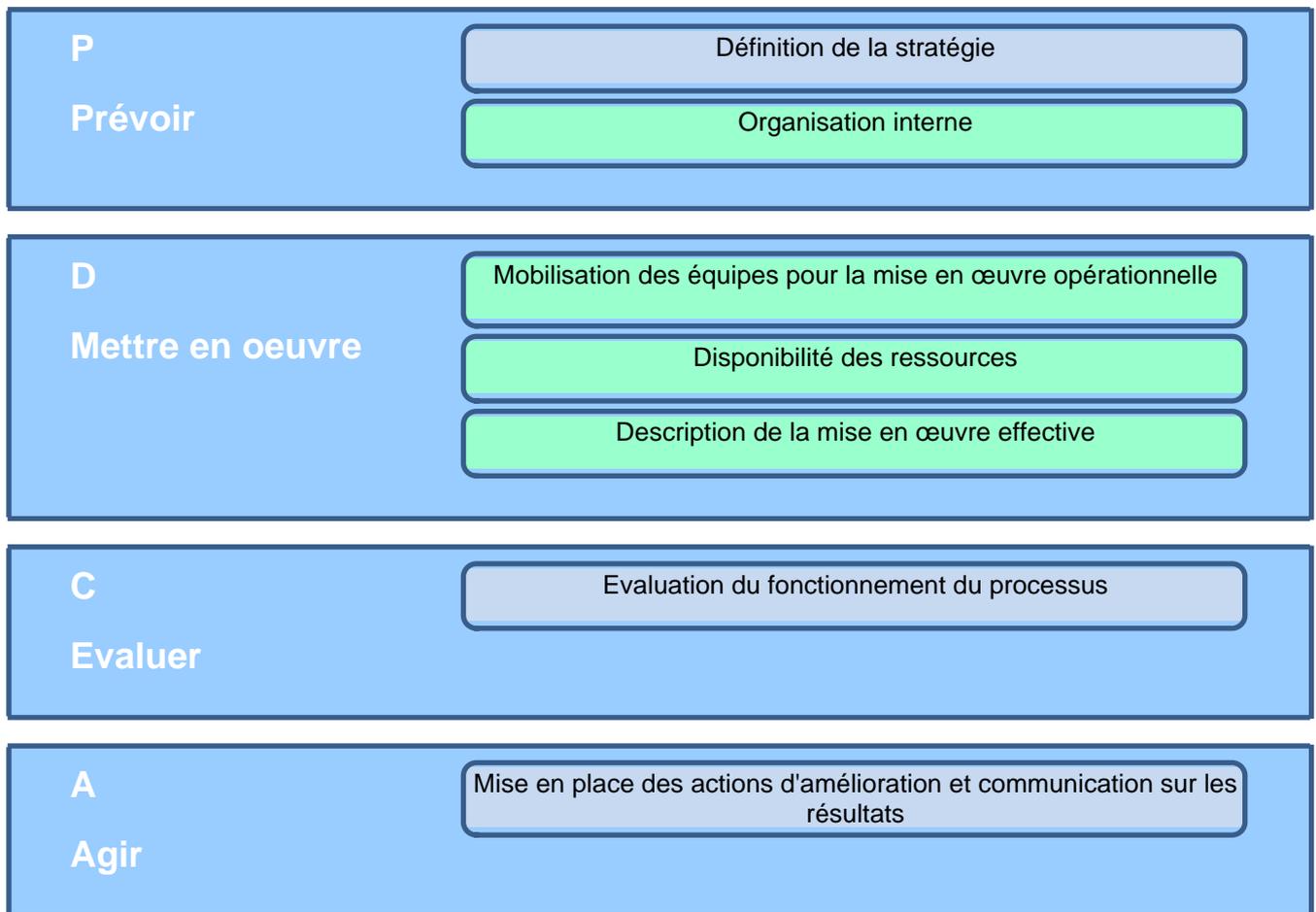
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient comporte cinq axes : poursuivre l'informatisation du dossier patient, garantir l'exhaustivité des informations recueillies, faciliter l'utilisation de l'outil DPA par les professionnels, favoriser l'accès du dossier aux patients, favoriser la coordination ville/hôpital via une messagerie sécurisée.

La poursuite de l'informatisation du DPA constitue donc un objectif prioritaire. La clinique souhaite faire évoluer son dossier médical papier vers un dossier informatisé et numérisé. Compte tenu de la complexité des opérations, cette migration se fait par étapes étalées dans le temps. L'objectif est d'obtenir un dossier numérisé à 100% en 2020. Sont notamment opérationnels la prescription des médicaments, le dossier de soins, les liens avec la radiologie, le laboratoire, les anesthésistes.

Cette informatisation est considérée comme un facteur de sécurisation de la prise en charge du patient et de communication entre les professionnels.

L'élaboration d'une carte d'identité de ce processus, par les professionnels concernés, au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire leur a permis d'analyser et de hiérarchiser les risques selon la méthodologie de la HAS. L'établissement s'est appuyé notamment sur ses résultats des IQSS en matière de tenue du dossier patient et de qualité des documents de sortie à la fin de l'hospitalisation.

Les risques identifiés ainsi que leur hiérarchisation sont formalisés dans une cartographie des risques de ce processus.

L'établissement a ainsi élaboré des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels en tenant compte également de ses missions relatives au dossier patient et de la réglementation en vigueur.

L'identification des risques a permis de décliner des objectifs priorités et mesurables dans le Programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. (PAQSS). Pour chaque action, un responsable est désigné, une échéance est fixée ainsi qu'un indicateur de suivi. Le programme a été présenté et validé par la CME.

Au Compte Qualité, figure un risque identifié par l'établissement comme étant le plus prioritaire ainsi que quatre risques à surveiller et un risque faible, ils font l'objet d'actions issues du PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes stratégiques de ce processus sont le Président de la CME, la Direction et le médecin DIM. Ils fixent les orientations et les objectifs.

La mise en œuvre de la politique définie par le COPIL est assurée par une cellule opérationnelle composée d'un cadre de santé référente du DPI, de la Directrice des soins, du responsable informatique et de la Gestionnaire des risques.

Ils disposent d'une fiche de missions qui définit leur périmètre d'action et leurs responsabilités en matière de pilotage de la thématique dossier patient. Ils ont mis en place un groupe de travail auquel s'est jointe une des TIM qui est également la responsable de la communication du dossier au patient.

Les règles d'accès au dossier et de communication au patient sont définies, elles font l'objet d'une procédure. La référente est une secrétaire médicale. Le Livret d'accueil patient fait état des modalités de communication du dossier patient aux demandeurs habilités.

Le dossier patient repose sur l'utilisation d'un logiciel qui intègre les parties médicale, soignante et pharmaceutique. Il est interconnecté avec les logiciels de médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

Les règles de gestion du DPI sont consignées dans des documents de procédures et dans deux guides spécifiques, l'un à destination du corps médical et l'autre à destination des soignants. Des mémo-guides sont diffusés lors de la mise en place de nouveautés.

Ces règles sont à la disposition des utilisateurs dans le logiciel de gestion documentaire, elles s'adressent aux administratifs, aux soignants, aux rééducateurs et au corps médical, elles couvrent toutes les étapes de gestion du DPA, de la création à l'arrivée du patient dans le service jusqu'à l'archivage des données.

Les nouveaux arrivants sont pris en charge par la référente du DPI. L'accès au DPA est sécurisé grâce à l'attribution d'un code d'accès personnel à chaque utilisateur, les droits de consultation sont variables selon la qualité des professionnels. Une attention particulière est portée aux modalités de changement régulier de ces codes d'accès. La procédure de fonctionnement dégradé et de reprise de l'activité en cas de panne d'électricité ou du logiciel lui-même est en place. C'est le retour aux documents papier dont le contenu est re-saisi lorsque le logiciel redevient opérationnel. Les données des patients ainsi que les plans de soins sont accessibles sur deux ordinateurs de secours qui sauvegardent tous les jours toutes les données du DPI.

Les circuits et les interfaces sont organisés pour faciliter la concertation entre professionnel, ils sont définis dans la procédure d'utilisation du DPI.

Une astreinte informatique est assurée 24H/24 par l'équipe d'informaticiens de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action institutionnel est à la disposition du personnel dans l'outil de gestion documentaire. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par leur faisant fonction de Cadre de santé sur les objectifs à atteindre lors des réunions de service mais également à l'aide du journal d'entreprise.

Ils participent au dispositif de déclaration des événements indésirables comme déclarants mais aussi comme professionnels consultés pour la mise en œuvre d'actions correctives

Les faisant fonction de Cadres de santé de chaque secteur s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment lors des réunions de services.

Les professionnels sont informés régulièrement des résultats obtenus lors de ces réunions, par voie d'affichage et via le logiciel de gestion documentaire dans lequel on trouve les résultats des indicateurs et les comptes rendus de réunions.

Les résultats des indicateurs sont analysés par le groupe de travail et présentés en CODIR, des actions correctives peuvent être programmées, elles alimentent alors le plan d'action général de l'établissement. L'analyse des déclarations des événements indésirables auxquelles participent les professionnels concernés est également susceptible d'alimenter le plan d'action.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel est formé à l'utilisation du dossier médical informatisé. Il utilise la procédure de tenue du dossier patient ainsi que les guides l'un pour les soignants et l'autre à destination du corps médical. Les nouveaux arrivants bénéficient à leur arrivée d'une formation spécifique dispensée par le Référent DPI et d'un compagnonnage par leurs collègues dans le service. Cette procédure est disponible sur le logiciel de gestion documentaire. Elle couvre tout le circuit du dossier, de la création à son archivage.

Le service dispose de micro-ordinateurs installés dans l'infirmerie. Pour les soins en chambre, un ordinateur est installé sur le chariot de soins, il est en liaison wifi pour l'exploitation et la mise à jour des données du dossier. Les locaux, y compris ceux des archives des dossiers, sont adaptés et conformes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une première partie administrative du dossier patient est créée lors de la consultation privée avec le praticien, puis à l'arrivée du patient dans l'établissement, en sa présence ou celle de son entourage, le dossier administratif est complété au bureau des admissions, le patient est ensuite dirigé vers son service d'hospitalisation, s'il n'est pas autonome un membre de l'équipe de soins qui vient le chercher à l'accueil, la partie médicale et soignante du dossier est activée à son arrivée dans le service. Il est proposé au patient de remplir les documents relatifs à la personne de confiance et à la personne à prévenir qui sont ensuite archivés dans un classeur qui reste dans l'infirmerie.

Pendant l'hospitalisation les médecins, soignants, psychologue enrichissent en temps utile le dossier informatisé, ils disposent d'un code d'accès au dossier qui leur est personnel. Les autres documents relatifs aux patients (compte rendu de biologie, de radiologie ou de tout autre compte rendu en provenance de l'extérieur, etc.) sont pour la plupart scannés pour être accessibles dans le DPA et conservés sous forme papier et insérés dans un classeur conservé dans l'infirmerie.

La coordination entre les professionnels repose sur le Projet thérapeutique qui est élaboré par l'équipe. Ce Projet est réajusté en tant que de besoin au cours de l'hospitalisation.

La communication avec les correspondants externes s'établit à la sortie sur la base des documents de sortie et, en cas de transfert, sur la base d'une fiche de liaison et du courrier de transfert.

A la sortie du patient, les documents papier sont classés par une des TIM et archivés dans le local des archives. Les dossiers sont conservés sur place et chez un prestataire extérieur. C'est une des TIM qui est chargée de la communication du dossier au patient. Les délais de transmission du dossier sont conformes à la réglementation et la traçabilité des éléments constitutifs du dossier est réalisée.

Ces constats ont été validés pendant la visite lors de la réalisation des audits patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement produit les indicateurs nationaux IQSS en matière de dossier patient et de délais de transmission du courrier de liaison. Il réalise régulièrement des évaluations internes de la tenue du dossier médical. La réalisation d'audits Patients traceurs permet également un contrôle de complétude des dossiers. Toutes ces observations peuvent alimenter le plan d'action.

Un bilan de la mise en œuvre du Plan d'action est réalisé tous les ans par le groupe de travail « dossier patient » et présenté en CODIR en vue du réajustement du plan d'action de l'année et en vue de préparer le programme de l'année suivante.

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

L'exploitation de tous les résultats des indicateurs, des audits permet à l'établissement d'ajuster sa politique, d'élaborer son programme d'action annuel et d'enrichir son plan d'action institutionnel en lien avec la CDU. Les résultats sont communiqués aux professionnels via les réunions de service, les affichages, le journal d'entreprise.

Ces résultats sont communiqués aux usagers lors des CDU.

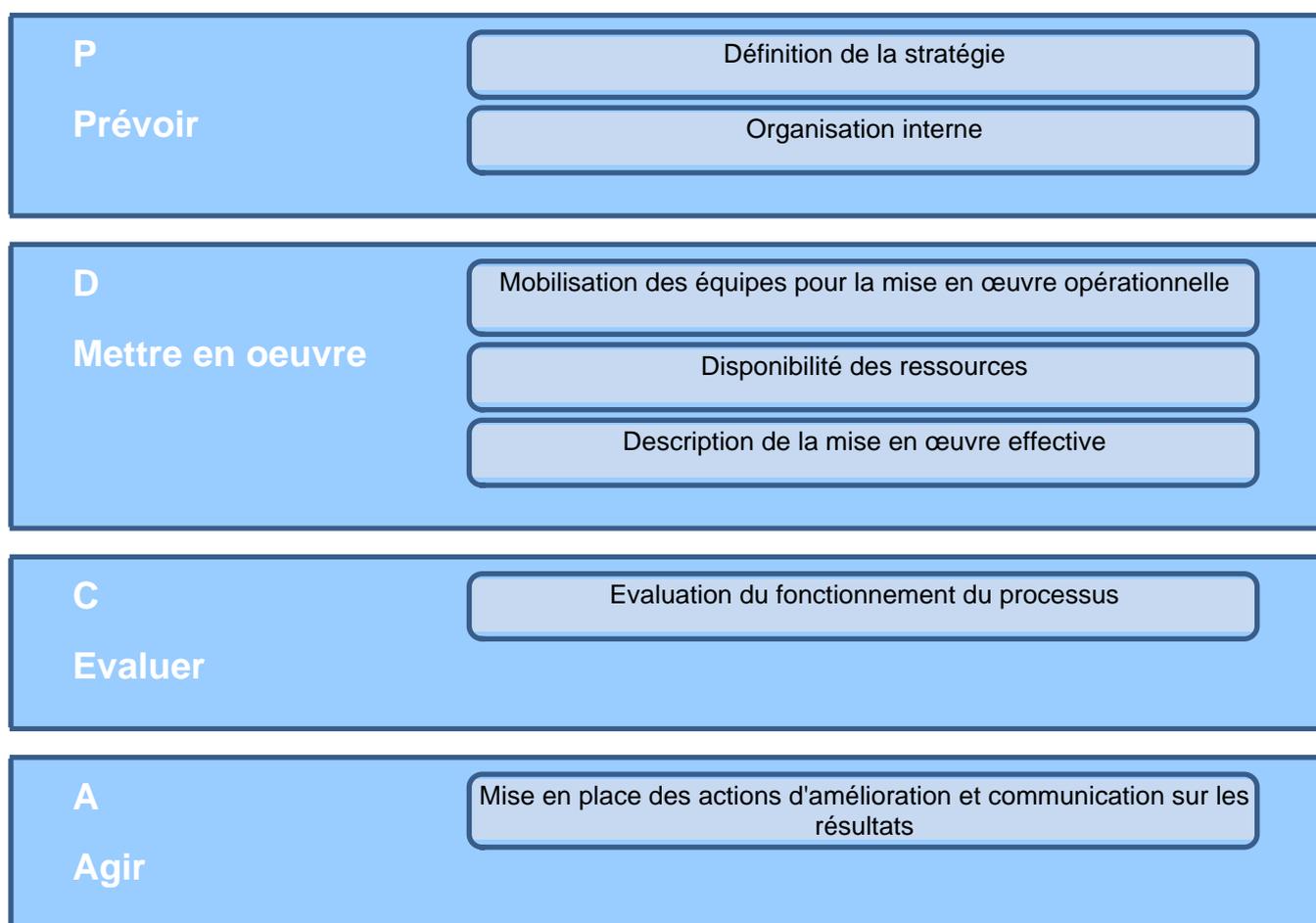
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Médipole Garonne a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette politique, inscrite au sein du projet d'établissement actualisée en 2017, est validée par les instances concernées (CME, COMEDIMS). Les axes stratégiques définis pour 2018 sont de développer la gestion des risques liés aux médicaments, d'assurer la continuité et la gestion des médicaments, de maîtriser les bonnes pratiques de prescription et d'administration, de développer le système d'évaluation et de prévention en lien avec la prise en charge médicamenteuse et d'assurer une prise en charge médicamenteuse sécuritaire des populations à risques. La politique prend en compte l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse inscrite au schéma directeur du système d'information. Elle se traduit par le déploiement du dossier patient informatisé, incluant la prise en charge médicamenteuse, au sein de tous les secteurs d'activité. La politique de sécurisation est précisée dans le manuel d'assurance qualité révisé en 2017 et validé par les instances concernées. Elle prend en compte la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge médicamenteuse incluant la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et les dispositions spécifiques au sujet âgé notamment la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse évitable. Cette politique a été établie en cohérence avec les engagements pris avec l'Agence Régionale de Santé énoncés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013/2017, les objectifs des contrats de bon usage des médicaments 2014/2018 (CBU) et du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins 2018 (CAQES).

Une cartographie des risques formalisée depuis 2011 révisée annuellement est réalisée notamment en regard de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques. Une analyse du processus, sous forme de carte d'identité du processus, a été réalisée début 2015. L'analyse des risques s'est appuyée sur les données issues du rapport d'étape du CBU, des résultats des évaluations externes (inspection en 2015, certification), des indicateurs nationaux (IQSS), des analyses collectives (retours d'expérience) et des résultats des autres évaluations (audits, EPP, patient traceur). Les risques identifiés sont hiérarchisés selon la méthodologie de la HAS permettant de cibler les risques prioritaires. Les objectifs d'amélioration sont définis en lien avec les mesures de traitement des risques prioritaires conduisant à l'élaboration du compte qualité.

Le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) permet de décliner les orientations stratégiques en objectifs opérationnels et de les traduire en actions d'amélioration planifiées annuellement selon un calendrier défini. Des responsables sont identifiés pour chaque action, ainsi que des modalités de mise en œuvre et de suivi. Un suivi très régulier de l'état d'avancement est assuré par le pilote du processus (pharmacien gérant).

ORGANISATION INTERNE

Dans le cadre de la démarche de certification, un comité de pilotage qualité gestion des risques (COPIL GDR) apporte un soutien aux pilotes de processus dans la priorisation des risques et la définition du plan d'actions assorties. Ce comité, présidé par le cadre qualité gestion des risques (CRAS), assure le pilotage stratégique des processus. Ce groupe interagit avec les instances (CME, COMEDIMS, CLUD, CLIN) et services concernés (service informatique, service qualité).

L'établissement a formalisé son organisation et les étapes de la prise en charge médicamenteuse au sein de la politique "Politique de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux" validée par la Direction et la CME en 2017. La COMEDIMS, présidée par un médecin anesthésiste et composée des principaux acteurs impliqués dans le processus contribue à l'élaboration de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles, à l'élaboration du livret thérapeutique, à l'évaluation du respect du bon usage des produits pharmaceutiques et à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques. La gestion opérationnelle de la COMEDIMS est assurée par le pharmacien gérant.

Le pilotage opérationnel du processus a été confié au pharmacien gérant de la pharmacie à usage interne (PUI) avec la collaboration du pharmacien adjoint nommé Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en charge Médicamenteuse (RSMQPM) par la Direction et la CME. Leurs missions sont définies et formalisées (fiches de poste pharmacien gérant et pharmacien adjoint, fiches de mission du RSMQPM et du pilote de processus).

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage interne (PUI) sur site. Le circuit du médicament est totalement informatisé. Les responsabilités des professionnels salariés de ce service sont définies au sein d'un organigramme et déclinées au sein de fiches de poste pour chaque fonction (préparateurs en pharmacie, secrétaire, agents de la manutention).

L'établissement a formalisé l'organisation de la diffusion et de la gestion des alertes sanitaires ainsi que la déclaration d'effets indésirables liés à l'administration d'un produit médicamenteux et l'utilisation de dispositifs médicaux. Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuses sont mises en œuvre. La pharmacienne gérante est référent de la pharmacovigilance et de la matériovigilance.

Des règles concernant les différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse sont déclinées au sein de procédures spécifiques diffusées à tous les professionnels via le système de gestion documentaire informatisé. Les supports de prescription et d'administration sont validés par les prescripteurs. Le dossier patient informatisé est organisé en respect des règles de sécurisation du système d'information avec un accès sécurisé aux professionnels habilités selon une liste des prescripteurs actualisée. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration sont formalisés (livret thérapeutique, protocoles d'antibiothérapie, protocoles douleur, mémo personnes âgées, tableau des équivalences, bonnes pratiques de préparation, médicaments à risque...). Par ailleurs, les règles de prescription et d'utilisation des traitements personnels des patients sont définies.

Les modalités de la dispensation sont formalisées pour l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale informatisée, la délivrance nominative des produits médicamenteux (sauf pour la pédiatrie en raison d'une durée de séjour très courte). La continuité des traitements médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus. L'approvisionnement des services et du bloc opératoire est organisé. Au regard d'une ouverture de la PUI 5/7 jours, une organisation est définie en interne pour répondre aux besoins urgents de chaque unité de soins (armoires sécurisées de dotations accessibles aux IDER) et en externe (convention de partenariat avec le CHU).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'actions opérationnels.</p> <p>Les responsables notamment les pharmaciens, le président de la COMEDIMS, le président de la CME sensibilisent les professionnels médicaux sur les risques d'erreurs médicamenteuses par des actions de communication lors des réunions des instances (CME, COMEDIMS). En parallèle, les pharmaciens, la DSI et les responsables des unités de soins (4 IDER) sensibilisent les professionnels soignants sur la prévention des erreurs médicamenteuses en rappelant les règles de bonnes pratiques et en les accompagnant lors de la mise en œuvre de nouveaux protocoles et procédures. Un accompagnement pour l'utilisation de l'outil informatisé et l'appropriation de ses évolutions est assuré par l'infirmière référent du dossier patient. Les pharmaciens s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par des évaluations régulières. A l'issue des évaluations, ils communiquent les résultats aux instances concernées (CME, COMEDIMS, CSI). Les écarts constatés par rapport à la cible définie font l'objet d'actions correctives.</p> <p>En parallèle, la participation des professionnels dans l'analyse des risques à posteriori (CREX, REMED), aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP), au déploiement de la méthode du patient traceur permet de les mobiliser vers une amélioration continue de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans toutes les secteurs.</p> <p>Un temps d'intégration est organisé pour tous les professionnels de l'établissement avec une formation notamment pour l'utilisation du dossier patient informatisé.</p> <p>Les ressources en matériels sont disponibles. L'accès à la PUI est sécurisé. Les pharmaciens disposent d'un logiciel de gestion des stocks. Des zones de stockage sont organisées au sein de la PUI, des unités de soins (US), de la dotation d'urgence et du bloc opératoire (BO). Les zones de stockage (PUI, US et BO) sont dotées de réfrigérateurs munis de détecteur de température, d'armoires sécurisées pour le rangement des médicaments de l'établissement ainsi que le traitement personnel des patients, d'un espace sécurisé pour les traitements morphiniques. Les chariots d'urgence sont sécurisés.</p> <p>L'ensemble de la documentation relative au processus est disponible pour tous les professionnels via le portail intranet de l'établissement (procédures, protocoles, livret thérapeutique, comptes-rendus de réunions, journal interne, livrets d'informations et conseils sur le bon usage...). En parallèle, des supports d'information sont accessibles via le système de gestion documentaire ou affichage permettant de rappeler les règles de bonnes pratiques pour éviter les erreurs médicamenteuses. Des supports d'information sur le bon usage des médicaments sont disponibles pour les patients au sein des unités et communiqués par les infirmiers.</p>
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
<p>Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces sont opérationnelles comme le confirment les patients traceurs et les audits de processus. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète de la prescription à l'administration sur toutes les unités de soins. Les prescriptions médicamenteuses intégrant le traitement personnel sont réalisées sur un support unique conformément aux procédures établies, elles respectent les règles de bonnes pratiques comme le confirment les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS). Les règles pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie, transferts inclus, sont connues des professionnels et appliquées. Les règles d'administration respectent le cadre réglementaire</p>

et les procédures en vigueur. La non administration d'un médicament est tracée et justifiée, elle est signalée au médecin et pharmacien. Une évaluation récente (décembre 2017) montre une vérification systématique de la prescription avant toute administration ainsi qu'une traçabilité de l'administration en temps réel par un personnel habilité.

La dispensation est assurée par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. L'analyse et la validation pharmaceutique a priori du traitement médicamenteux incluant le traitement personnel est effective sur toutes les unités en hospitalisation complète. Cette analyse s'appuie sur les données cliniques et biologiques accessibles au pharmacien. Des avis pharmaceutiques sont transcrits et consultables par les médecins, ils sont accompagnés d'alertes orales lorsque la situation le nécessite.

Une dispensation à délivrance nominative quotidienne est assurée par les préparateurs en pharmacie après la validation pharmaceutique sauf en unité de pédiatrie. Les médicaments sont étiquetés ou mis sous sachet conformément au cadre réglementaire, ils sont identifiables jusqu'à l'administration. Le transport et le stockage des produits médicamenteux respectent les règles d'hygiène et relatives à la chaîne du froid et la sécurisation notamment pour les médicaments à risque. La gestion des commandes, des dotations et des péremptions des médicaments réalisée par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie en PUI et les infirmiers de continuité en unités de soins respectent les règles de bonnes pratiques et les procédures. Par ailleurs, des dotations adaptées à l'activité des services permettent de répondre aux besoins urgents en dehors des horaires d'ouverture de la PUI. La gestion des traitements personnels apportés par les patients est assurée et respecte les règles de sécurisation conformément aux procédures établies.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est effective dès la pré-admission via le programme ORAC et les consultations médicales. Cette information est renforcée par le biais de d'actions éducatives réalisées par les médecins et infirmiers notamment sur les traitements anticoagulants et antalgiques. L'information donnée au patient et sa compréhension sont évaluées et tracées comme le confirme une évaluation récente. Des supports d'information sur le bon usage des médicaments sont communiqués par les infirmiers. Un projet d'analgésie contrôlée par le patient par voie orale (ACPO) est en test sur une unité de soins (orthopédie) permettant une gestion globale de l'antalgie par le patient. Les patients intégrant le projet ACPO sont identifiés par l'anesthésiste selon des critères formalisés. Le patient est éduqué pour pouvoir réaliser une auto administration de son traitement antalgique conformément à la prescription médicale et selon ses besoins. Un pilulier sécurisé adapté au protocole d'antalgie du patient est à disposition du patient et son rangement est sécurisé (coffre à code). Une réflexion est en cours pour développer ce projet à d'autres profils de patients.

Le signalement d'événements indésirables est opérationnel (88 événements signalés/médicaments en 2016 et 62 en 2017). Le recueil des erreurs médicamenteuses est effectif depuis plusieurs années et l'analyse est réalisée par les professionnels concernés (4 CREX en 2016, 3 REMED en 2017 et 2 staffs infectiologie).

Les interfaces (services administratifs, unités de soins, bloc opératoire, services techniques, service informatique, laboratoire, COPIL QGDR) sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure le suivi régulier du processus. Une revue de processus a été récemment réalisée. Elle intègre le taux de risques résiduels acceptables (50% en 2017), le suivi du programme qualité et sécurité des soins (100% des actions réalisées en 2017), le suivi des évaluations réalisées (100% en 2017), le suivi des résultats des indicateurs en regard de la cible fixée (85% > cible) et le nombre d'évaluation de pratiques professionnelles. Le suivi d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs est réalisé en cohérence avec les engagements du contrat de bon usage du médicament et du CAQES.

En parallèle, des audits sont réalisés notamment sur l'administration des traitements médicamenteux, la conformité des chariots d'urgence et le respect des conditions de stockage des médicaments. Un suivi de la consommation des médicaments est assuré.

Des travaux d'amélioration des pratiques professionnelles (EPP) sont menés en partenariat avec la CME et la COMEDIMS sur l'information délivrée au patient avant la sortie sur les anticoagulants (prothèses totales de hanche et prothèse totale de genou), la maîtrise du risque iatrogène pour les personnes âgées, l'optimisation du management de la prise en charge des médicaments et des dispositifs médicaux, l'analgésie contrôlée par le patient par voie orale (ACPO), l'optimisation et la sécurisation de la gestion des stocks de la PUI, la réévaluation de l'antibiothérapie lors d'une infection ostéoarticulaire, l'antibioprophylaxie chez le patient obèse, la maîtrise des antibiotiques. Le tableau de bord EPP est actualisé annuellement.

A / AGIR

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

Suite aux évaluations, des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Cet outil de pilotage précise les actions à réaliser au regard des objectifs à atteindre, les responsables sont identifiés et disposent d'un échéancier à respecter, les modalités de suivi sont précisées. Ce tableau de bord est régulièrement réactualisé au cours de l'année. Un bilan du PAQSS et du compte qualité a été effectué début 2018 concernant l'axe « Améliorer la prise en charge médicamenteuse du patient ».

Le plan de communication institutionnel prévoit différentes modalités de communication auprès des professionnels telles que les réunions des instances, les réunions de services, les documents partagés sur l'intranet, l'affichage des résultats et le journal interne.

La communication auprès des usagers est effective par leur participation aux réunions institutionnelles (CDU, CLIN, CLUD, CA). Le livret d'accueil contribue à une information plus large des patients ainsi que les affichages des résultats d'indicateurs au sein de la clinique et sur le site internet de l'établissement.

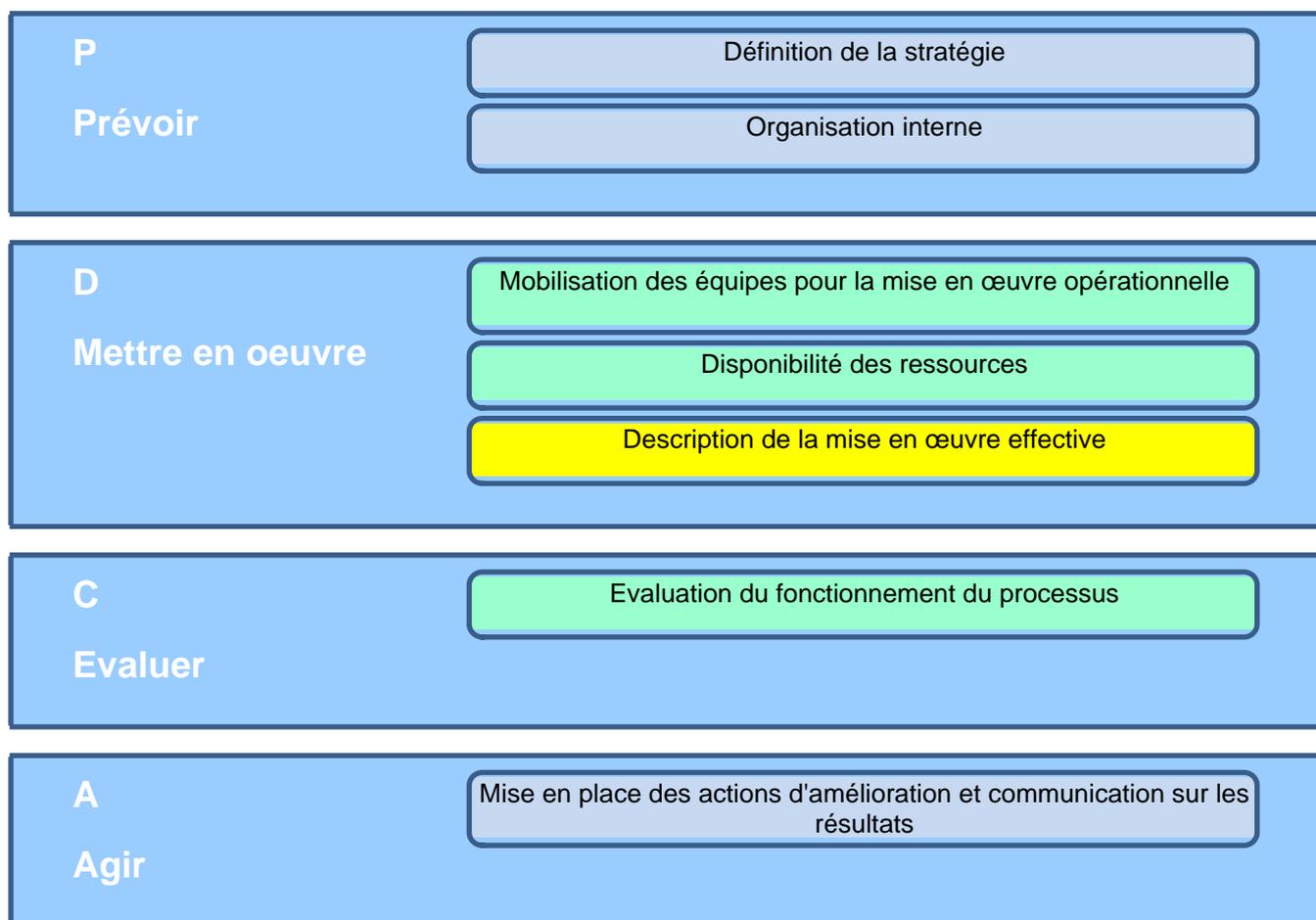
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement dispose d'un secteur opératoire constitué de 15 salles d'intervention dont 5 sont en iso 7, les autres en iso 5 ; d'une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) de 24 postes avec une sectorisation pour les petits enfants.

Les secteurs de chirurgie ambulatoire ont une capacité de 44 places comprenant un secteur dédié aux enfants.

L'établissement prend en charge la chirurgie orthopédique avec une orientation sport, la chirurgie infantile spécialisée notamment dans la chirurgie des fentes palatine, la chirurgie ORL, esthétique et vasculaire veineuse ; il ne reçoit pas les urgences.

L'activité endoscopique se pratique au sein du bloc opératoire et concerne uniquement les endoscopies digestives et bronchiques diagnostiques.

Les choix stratégiques de l'établissement reposent sur le développement de la chirurgie ambulatoire décliné dans le CPOM et le projet d'établissement en favorisant ce mode de prise en charge et en développant le programme de récupération rapide après chirurgie. Cette stratégie est validée par le Conseil de bloc, la CME et le Comité de pilotage institutionnel de l'établissement (Copil).

Le développement de la prise en charge du patient au bloc opératoire s'appuie sur une stratégie axée sur une orientation principale : "Développer l'activité de chirurgie ambulatoire" déclinée dans le projet médical et le projet d'établissement 2017. L'optimisation, en toute sécurité, du fonctionnement du bloc opératoire et des secteurs de chirurgie ambulatoire pour le développement de l'activité en ambulatoire, représente un axe de travail prioritaire. Une analyse des risques de l'ensemble des processus de la prise en charge du patient au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire a été réalisée et a permis d'identifier 7 risques principaux à surveiller.

Cette analyse a été réalisée avec les professionnels médicaux et soignants, pilotée par les responsables du bloc opératoire et du secteur ambulatoire ainsi que par les deux médecins anesthésistes référents du bloc opératoire et de l'ambulatoire. Elle a permis d'actualiser les risques, d'identifier des actions de prévention, puis de les hiérarchiser en utilisant la grille de criticité et de maîtrise de la HAS.

A la suite de l'analyse des risques, les professionnels ont élaborés un plan d'actions centralisé, priorisé et articulé dans le programme d'actions institutionnel. Ce plan d'actions concerne le bloc opératoire et la chirurgie ambulatoire. Les objectifs d'amélioration et de mesures de traitement des risques sont adaptés et définis en cohérence aux risques identifiés. Pour chaque action sont précisés les objectifs, les actions d'amélioration, les responsables, les échéances, les modalités de suivi par indicateurs ou audits.

Cette stratégie est validée par les instances : Conseil de bloc, CME, et Copil. Elle est communiquée aux professionnels par les comptes rendus des instances, et par les réunions de service bloc opératoire et ambulatoire.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du processus repose sur les réunions du Conseil de bloc et du Copil élargi à l'ambulatoire ainsi que sur les réunions hebdomadaires bloc opératoire-ambulatoire. Le pilotage de ce processus est confié aux responsables du bloc opératoire et de l'ambulatoire et aux deux médecins anesthésistes référents du bloc opératoire et de l'ambulatoire. Leurs missions sont définies dans des fiches de mission et des fiches de poste.

L'organisation est définie dans une Charte de bloc et une Charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) validées par le Conseil de bloc et la CME. Les deux secteurs (bloc opératoire et UCA) disposent, en temps utile, de personnels dédiés, les besoins sont couverts en nombre et en compétence en tenant compte des spécificités de l'établissement (chirurgie infantile et radioscopie per opératoire). L'activité d'anesthésie est assurée par 16 anesthésistes et 4 infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE).

Les besoins en formation au bloc opératoire, en SSPI et en UCA sont recueillis lors des différents entretiens réglementaires en place dans l'établissement, priorisés puis proposés dans le plan de formation institutionnel. L'accueil du nouvel arrivant est organisé avec un temps de tutorat (prise de poste en doublon). Des fiches de poste sont établies précisant le rôle et les responsabilités des professionnels.

Pour prendre en compte et développer les compétences des IDE du bloc opératoire, l'établissement prévoit de prendre à sa charge les formations au diplôme d'IBODE.

Les locaux, équipements et matériels sont cohérents avec l'activité du bloc opératoire et la prise en charge du patient en secteur d'hospitalisation ambulatoire. Le bloc fonctionne avec un principe de polyvalence des salles dont certaines sont plus particulièrement adaptées à des activités spécifiques (chirurgie infantile, ophtalmologie, endoscopie).

Les équipements font l'objet d'une maintenance préventive et curative assurée par le service biomédical de l'établissement.

L'ensemble de la démarche relative au fonctionnement du bloc opératoire et du service d'ambulatoire est décliné dans des procédures, instructions de travail, formulaires d'enregistrement, protocoles des interventions, validés et intégrés dans un dispositif informatique de gestion documentaire interne ce qui permet d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient et de diffuser la culture qualité auprès des professionnels.

L'établissement a développé jusqu'en salles d'intervention, en SSPI et dans les services d'hospitalisation en ambulatoire, l'accès informatisé aux ressources documentaires structurées en : Procédures liées au processus de management des risques, Procédures liées au processus support, Procédures liées au processus interventionnel Supports d'informations des patients.

L'informatisation est un cours de développement, la liaison service-bloc et la prise en charge per opératoire font encore l'objet d'un support papier.

Les interfaces et les circuits entre le bloc, la pharmacie, la stérilisation, la radiologie, le laboratoire, les services d'hospitalisation et les secteurs d'activité technique et logistique sont organisées.

L'échange d'informations et la coordination entre ces différents secteurs sont favorisés par l'informatisation (logiciels, dossier patient informatique) et par la présence de personnel dédié au sein du bloc (puéricultrice en SSPI, manipulateur radio et préparatrice en pharmacie).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'actions institutionnel est déployé au bloc opératoire et en UCA à partir du Conseil de bloc qui se réunit deux fois par an. Il est relayé par des réunions hebdomadaires bloc-ambulatoire, des réunions de la Commission des soins infirmiers bimensuelles. Ce déploiement opérationnel est sous la responsabilité des responsables du bloc opératoire et des secteurs ambulatoire.

Les objectifs, déclinés dans le compte qualité, sont :

Au bloc : Partager en temps réel les modifications de la programmation, Sécuriser le marquage du site opératoire
Supprimer les reports d'interventions liés à la programmation, Réduire l'impact des ruptures en DM/DMI.

En UCA : Optimiser la prise en charge des patients ambulatoires opérés en fin de programme, Fluidifier le circuit des entrées en ambulatoire.

Les professionnels médicaux et paramédicaux sont sollicités au sein des différentes instances dans lesquelles ils sont bien représentés.

L'information est diffusée à l'ensemble des professionnels par les comptes rendus des instances consultables sur l'intranet, le journal interne de l'établissement. Les professionnels médicaux le sont également lors des réunions de la CME et les professionnels paramédicaux lors des réunions de service.

Les professionnels sont impliqués dans le signalement des événements indésirables. Les événements indésirables recueillis par la Cellule qualité sont analysés par la pratique régulière d'audit, d'EPP, de réunions de CREX, de RMM. Des pistes d'amélioration sont proposées et les professionnels sont régulièrement informés des évolutions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le pilotage opérationnel du bloc opératoire est assuré par un responsable de bloc assisté de deux adjointes et dont le positionnement est clairement affirmé dans la Charte de bloc.

Au niveau du bloc opératoire, la prise en charge peropératoire est assurée par des infirmier(e)s diplômé(e)s en nombre adapté. A la qualification par la validation des acquis de l'expérience, l'établissement a fait le choix de prendre en charge la formation au diplôme d'IBODE.

La prise en charge anesthésique est assurée par 16 médecins secondés par 4 IADE. En SSPI, la présence d'une puéricultrice est intégrée au planning pour optimiser la prise en charge des enfants. Le personnel a suivi une formation spécifique. Au sein du bloc opératoire est également positionné un manipulateur radio et une préparatrice en pharmacie. A ces équipes, s'ajoutent des agents dont les missions sont centrées sur la logistique et le bio nettoyage et des brancardiers internes. Les nouveaux personnels arrivants sont tutorés jusqu'à évaluation satisfaisante des acquis.

Des formations sont organisées en interne et en externe selon un plan de formation formalisé tenant compte des besoins et des demandes des salariés.

Au niveau du secteur de l'ambulatoire, le pilotage opérationnel est assuré par une responsable de secteur et par une équipe d'IDE et d'AS en fonction d'un roulement défini. Des formations sont également organisées en interne et en externe selon le plan de formation notamment pour affecter un référent hygiène dans chaque secteur.

Les Chartes de bloc et de prise en charge des patients en ambulatoire sont actualisées et validées par le Conseil de bloc.

Les documents utiles aux différentes activités (tenue vestimentaire, ouverture des salles, bio nettoyage, conduite à tenir en situation d'urgence, antibioprophylaxie, transfusion sanguine...) sont présents, actualisés avec la participation des professionnels ou fondés sur les règles de bonne pratique reconnues. Ils sont disponibles sur l'outil informatique de l'établissement et/ou par affichage en salle d'opération (antibioprophylaxie).

Toutes les salles d'opération sont qualifiées ISO 5 (10 salles) ou ISO 7(5 salles), adaptées aux spécialités.

La température et la surpression des salles d'intervention sont contrôlées dans chaque salle avec un dispositif d'alarme. La SSPI est équipée en postes (24 pour 15 salles d'opération).
Les outils informatiques sont présents en salle d'opération, en salle de surveillance post interventionnelle et dans les bureaux permettant l'accès au programme opératoire, au dossier des patients excepté pour la surveillance per opératoire qui fait encore l'objet d'une traçabilité sur support papier.
Les équipements sont adaptés à la prise en charge de chaque spécialité (enfants, ophtalmologie, endoscopie...). Les situations de panne sont prévues et anticipées avec la participation du responsable biomédical en liaison avec l'encadrement.
Les contrôles environnementaux sont effectués à fréquence définie sous le contrôle de l'infirmière hygiéniste également adjointe à temps partiel du responsable de bloc.
La disponibilité du matériel d'urgence est effective et régulièrement vérifiée et tracée en salle de réveil. Les circuits des patients, du matériel, des déchets, du linge sont organisés notamment selon un trajet propre-sale.
Les dispositifs médicaux implantés sont tracés. Leur archivage et le système de renouvellement est assuré par un personnel dédié au sein du bloc.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients au sein du bloc opératoire s'appuie sur des procédures établies, validées et actualisées respectant les recommandations de bonnes pratiques (tenue vestimentaire, hygiène, respect des patients ...). Le secteur ambulatoire fonctionne selon des règles similaires assurant également le respect de l'intimité des patients.

La coordination entre professionnels est assurée à partir d'un staff hebdomadaire (responsable de bloc, anesthésiste) permettant la programmation des interventions pour la semaine à venir. Le programme opératoire est informatisé à partir de la consultation des praticiens; il est accessible par tous. L'amélioration en cours de l'informatisation doit permettre à court terme de moduler l'activité journalière du bloc opératoire en fonction des éventuels retards opératoires ou reports et d'optimiser le flux des patients pris en charge en UCA.

Les congés annuels, les besoins en matériel spécifique, les particularités des patients (enfants, allergie au latex, patient infecté...) sont pris en compte.

Le patient reçoit lors des différentes consultations préopératoires, à la préadmission et à l'entrée dans le service de soins les informations utiles à son séjour et son intervention (fiche d'information, consentement éclairé, règles d'hygiène préopératoire, check list du risque infectieux...). L'identitovigilance est assurée par le port d'un bracelet et la présence d'une photocopie d'une pièce d'identité dans le dossier du patient. Les consignes et l'horaire d'entrée sont précisés, en chirurgie ambulatoire, par un appel de la veille dont l'exhaustivité est un indicateur interne.

Le patient est accompagné au bloc par un brancardier extérieur. Il existe un sas d'entrée dans lequel le patient est pris en charge par du personnel dédié. Le patient arrive au bloc avec son dossier papier et le dossier informatisé est consultable assurant l'interface service de soin-bloc opératoire.

Le patient est accueilli en salle de pré anesthésie par l'IDE responsable qui vérifie son identité, le marquage du coté et prend connaissance des éléments du dossier. Selon l'indication, il peut lui être administré une anesthésie locorégionale. Il est ensuite admis en salle d'opération où sont assurés sa sécurité (matériel de surveillance) et son confort (couverture chauffante...) selon les règles de bonnes pratiques.

La check list est réalisée de façon informatisée par l'IDE de salle d'opération conjointement avec l'équipe d'anesthésie (MAR ou IDE) et le chirurgien.

La traçabilité des informations recueillies par les professionnels est assurée sur des supports informatiques (check list, surveillance du patient en SSPI,) ou papier (feuille de suivi per opératoire, traçabilité des ouvertures de salle et de SSPI et traçabilité des DMI).

La surveillance en SSPI est faite selon une procédure validée prenant notamment en compte l'évaluation de la douleur et la prévention des nausées et des vomissements. La sortie de SSPI est assurée par l'évaluation du score d'Aldret et validée par la signature d'un médecin anesthésiste avec la précision de l'horaire. Les prescriptions sont établies sur l'outil informatique afin d'assurer la continuité du traitement notamment antalgique. L'interface bloc-service de soins est assurée.

Des procédures et du matériel spécifiques existent pour la prise en charge des risques particuliers comme l'allergie au latex ou l'hyperthermie maligne. Le bio nettoyage est assuré entre chaque intervention selon les procédures validées par le CLIN.

Les règles de radioprotection sont en place : procédures, dosimètres passifs et actifs, matériel de protection, présence dans le bloc d'un manipulateur radio et, dans l'établissement, d'un PCR. Cependant le port des dosimètres actifs n'est pas respecté par le personnel du bloc opératoire dans la majorité des cas malgré la présence d'une procédure spécifique et les formations répétées dispensées par le PCR. En effet lors de la visite du bloc opératoire a été constaté un défaut de port de dosimètre actif par l'infirmière affectée à une salle dans laquelle était utilisé un appareil de radioscopie. Cette IDE ne connaissait pas son code personnel d'activation du dosimètre actif. Une rencontre avec le responsable de bloc et le PCR nous a permis de confirmer la présence de procédures et de formations spécifiques réalisées à plusieurs reprises. Nous avons pu également consulter le relevé des dosimétries actives sur les 3 derniers mois et constaté que seulement 19 personnes sur les 85 concernées avaient utilisé les dosimètres actifs.

L'horaire de sortie de l'UCA est prévu par le médecin anesthésiste. Il est validé par l'évaluation du score

de Chung dont les règles d'utilisation font l'objet d'une procédure. Une solution d'hospitalisation prolongée est prévue en cas de nécessité. Une formation spécifique « prise en charge du patient en ambulatoire » a été dispensée au personnel des services d'hospitalisation prolongée qui sont amenés à prendre en charge les patients au delà de l'heure de fermeture des secteurs ambulatoires.

Le patient dispose de toutes les informations utiles à sa sortie (ordonnance, compte rendus opératoire et d'hospitalisation, numéro d'appel en cas d'urgence) comme le confirme le patient traceur.

Les contrôles de l'air, de l'eau, des surfaces, le suivi des ISO sont réalisés en concertation avec le CLIN, sous le contrôle de l'infirmière hygiéniste et de l'EOH..

Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles (UCA, services de soins, pharmacie, biomédical, laboratoire, anatomo-pathologie, EFS...).

Le Conseil de bloc est opérationnel. Des revues morbidité mortalité (RMM), sont organisées de même que des retours d'expérience (RetEx) à partir des déclarations d'évènements indésirables. Les compte rendus sont disponibles et consultables dans la GED et sont également diffusés aux personnels lors de réunions de service. Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte-rendu mis à disposition des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation sont organisées sur la base du suivi des indicateurs nationaux, des résultats des audits, des nombreux indicateurs qualitatifs et quantitatifs et des EPP qui sont au nombre de quatre : prise en charge ambulatoire de la ligamentoplastie du genou, qualité et sécurité du parcours du patient en ambulatoire, assurer la prise en charge sécuritaire du patient bénéficiant d'une intervention chirurgicale lors de la phase péri opératoire quelque soit le mode de prise en charge et assurer la prise en charge sécuritaire du patient bénéficiant d'un examen endoscopique lors de la phase péri opératoire quelque soit le mode de prise en charge.

Les indicateurs sont suivis par le Conseil de bloc et les instances dirigeantes à l'aide d'un tableau de bord indiquant les modalités de suivi (échéances, responsables...). L'avancement des actions est surveillé, des évolutions et des réorganisations sont proposées en référence au plan d'actions annuel.

Un point annuel est présenté en Conseil de bloc, en CME et en revue de direction. Ce point aborde le suivi, l'avancement des actions, les résultats des enquêtes, des évaluations en référence au plan d'actions annuel.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans le bloc opératoire, et en secteurs ambulatoires est en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration assuré par les pilotes puis analysé dans les instances. Le service qualité est partie prenante du suivi du programme d'actions. Des révisions et ajustements sont réalisés et intégrés à nouveau au programme en cours.

Cette démarche d'évaluation s'appuie sur un plan annuel d'évaluation par suivi d'indicateurs, audits, EPP, retour d'expérience, permettant d'établir un tableau de bord pertinent précisant le pilote, les échéances et les moyens d'évaluation.

La diffusion des résultats se fait d'abord dans les instances: conseil de bloc, CME, Copil. Ces réunions font l'objet de comptes rendus consultables par les professionnels. Une diffusion orale est également assurée lors des réunions de service. Une diffusion écrite est faite dans le journal interne mensuel de l'établissement. Une information est également assurée auprès des usagers par la CDU et les représentants des usagers qui sont très présents dans les instances.

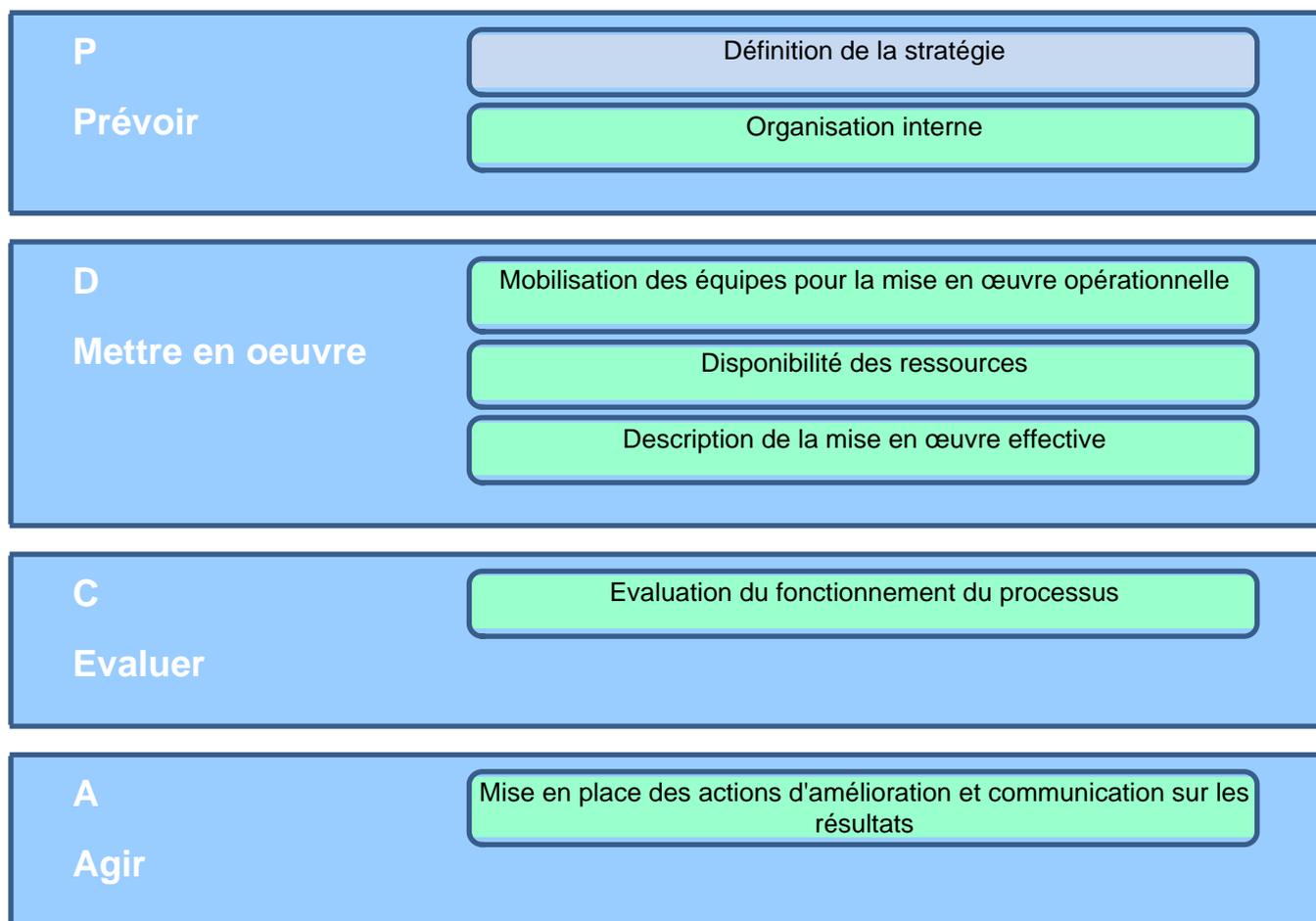
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les activités d'endoscopie concernent essentiellement la gastro-entérologie diagnostique (233 par an), plus accessoirement la pneumologie (14 par an). L'activité d'endoscopie se déroule dans une salle du bloc opératoire sur une demi-journée par semaine. Il existe également une salle de lavage désinfection des endoscopes et la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est commune avec le bloc opératoire.

Le développement de cette activité est défini dans le cadre des axes prioritaires déclinés dans le CPOM et projet d'établissement. Garantir la prise en charge des patients et leur sécurité en endoscopie est un des axes de travail décrit dans la politique qualité. L'analyse des risques a permis l'identification de deux risques principaux qui ont été priorisés en fonction de leur fréquence et de leur gravité, en prenant en compte le niveau de maîtrise défini selon la grille de la HAS. Cette analyse des risques a été réalisée conjointement avec le bloc opératoire dans le cadre du conseil de bloc. Elle a permis de déterminer des actions d'amélioration intégrant les modalités de mise en œuvre, les pilotes les échéances et le mode d'évaluation. La stratégie est validée par le conseil de bloc, la CME et le comité de pilotage (COPI). La communication aux professionnels est effectuée par les comptes rendus des instances, lors des réunions de service, par affichage, par des informations dans le journal interne ou par intranet.

ORGANISATION INTERNE

Il existe un pilotage institutionnel commun avec le bloc opératoire. Le pilotage du processus est confié au chef de bloc assisté de 2 adjointes dont une assure un temps partiel dédié à l'EOH. Une organisation est définie pour piloter le processus avec identification des rôles et responsabilités formalisés dans une fiche de poste et une fiche de missions de pilote de processus.

L'organisation est formalisée dans la charte de bloc qui intègre l'activité d'endoscopie. Elle est validée par le conseil de bloc

L'activité d'endoscopie est assurée par le personnel du bloc opératoire. Les infirmier(e)s ont été formé(e)s par tutorage interne. Les aides soignant(e)s responsables du traitement des endoscopes ont reçu une formation spécifique au nettoyage (pré traitement manuel et test d'étanchéité) et au fonctionnement du lavage désinfection des endoscopes automatisé (LDE).

Les locaux de lavage désinfection et de stockage des endoscopes ont fait l'objet d'une mise en conformité architecturale récente. L'importance du parc des endoscopes a permis d'éviter toute procédure de prêt.

La maintenance est assurée par le service biomédical. Les contrôles bactériologiques sont assurés à échéance régulière, ainsi qu'après toute action de maintenance, et sont tracés et archivés par le biomédical.

Un dispositif structuré de gestion documentaire décrivant l'ensemble du fonctionnement du bloc intégrant la spécificité de l'endoscopie déclinent les procédures, instructions de travail, fiches de traçabilité, documents de liaison...nécessaires à l'activité en endoscopie.

Ces documents actualisés et validés assurant la qualité et la sécurité du patient pris en charge en endoscopie sont intégrés dans le dispositif de gestion documentaire de l'établissement (GED)

Les circuits et interfaces sont définis et communs avec le bloc opératoire. La liaison avec la salle de lavage désinfection des endoscopes est assurée sur un support papier.

L'organisation du circuit des endoscopes permet d'éviter les croisements propre-sale ; ce circuit est validé par l'ARS.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables opérationnels du processus endoscopie, font le lien entre les orientations de l'établissement et le secteur d'endoscopie en déclinant les objectifs et les plans d'actions opérationnels.

Ils s'assurent régulièrement de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (procédure et traçabilité). L'infirmière hygiéniste en lien avec le service biomédical vérifie régulièrement la conformité des pratiques en matière de désinfection des endoscopes.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont conjoints au fonctionnement du bloc opératoire.

Les pilotes assurent une communication active et régulière auprès des équipes lors des réunions de service et des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel sont en adéquation avec les besoins, un certain nombre des IDE du bloc opératoire sont plus particulièrement dédiés à l'activité d'endoscopie. Il en est de même pour les aides

soignant(e)s dédié(e)s au nettoyage et à la désinfection des endoscopes.
 Les IDE bénéficient régulièrement de formations internes assurées par les médecins et d'un tutorage. Les aides soignant(e)s bénéficient d'une formation spécifique au nettoyage et désinfection des endoscopes.
 Les procédures sont déclinées au regard des spécificités de l'endoscopie, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène, rédigées et actualisées avec la participation des professionnels.
 Les procédures et modes opératoires concernant l'entretien des endoscopes décrivent en outre, le lavage désinfection des endoscopes, la gestion du risque lié aux agents transmissibles non conventionnels (ATNC), les contrôles microbiologiques des endoscopes. Cette documentation est complète, exhaustive et disponible sur support papier et/ou sur informatique. Elle est connue des professionnels. Elle permet également la liaison entre les différents secteurs (UCA, bloc, SSPI, UCA).
 Les équipements et matériel sont disponibles et adaptés pour la réalisation de l'activité dispensant l'établissement d'avoir recours à des prêts.
 Les ressources informatiques sont disponibles en salle d'endoscopie.
 Les professionnels chargés du nettoyage et de la désinfection des endoscopes bénéficient de l'équipement de protection nécessaire à leur activité.
 Les locaux permettent le respect des circuits du patient, des matériels, des déchets, selon une marche en avant et un circuit propre – sale, aussi bien pour la salle de réalisation des endoscopies que pour le local de désinfection des endoscopes.
 L'entretien et la maintenance préventive et curative du parc d'endoscopes sont réalisés par le service biomédical en collaboration avec l'infirmière hygiéniste et tracés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge, notamment sur le bénéfice/risque de la procédure et son consentement éclairé est recueilli, sur les consignes à suivre avant la procédure (préparation à la procédure, jeûne, gestion des traitements, etc.), appel de la veille, sur les consignes à suivre après la procédure (reprise de l'alimentation, traitements médicamenteux et non médicamenteux éventuels, effets indésirables possibles, signes cliniques à surveiller, etc.). L'identité du patient est vérifiée à chaque étape. L'intimité et la dignité du patient sont respectées. La confidentialité des données concernant le patient est assurée .
 Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées et transmises à chaque étape : informations médicales issues de la consultation (risque ATNC, anticoagulant, allergie), fiche de liaison secteur d'endoscopie/service,
 Les documents remis au patient à sa sortie sont le compte rendu endoscopique/d'anesthésie, le bulletin de sortie, l'ordonnance de sortie, le courrier pour le médecin traitant, etc.
 L'antibioprophylaxie administrée est conforme aux protocoles validés dans l'établissement
 Les check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive », « sécurité du patient en endoscopie bronchique » sont mises en œuvre et tracées dans le dossier du patient
 Les prélèvements microbiologiques ou anatomo-cyto-pathologiques réalisés sont correctement identifiés et tracés.
 Les sorties du patient de SSPI puis du service ambulatoire sont validées selon les règles et tracées.
 La programmation des actes d'endoscopie est réalisée sur le logiciel informatique sous la responsabilité du cadre de bloc.
 Le secteur d'endoscopie met en œuvre les organisations et les procédures prévues au bloc opératoire comme dans le local de lavage désinfection des endoscopes. Le stockage des endoscopes est conforme aux bonnes pratiques.
 La traçabilité est opérationnelle : de l'acte endoscopique, de l'endoscope utilisé, de son historique, du mode de décontamination utilisé, des contrôles microbiologiques, des prélèvements anatomo-pathologiques et de leur envoi au laboratoire.
 Au sein du bloc opératoire, l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel ; des réunions communes entre secteurs sont organisées ; le recueil des EI est opérationnel.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure une évaluation régulière de l'activité d'endoscopie sur la base d'outils identifiés, indicateurs, bilans d'activité, EPP, etc.
 L'ES a mis en place des indicateurs quantitatifs : nombre de professionnels formés à l'hygiène en endoscopie (4), nombre annuel d'endoscopies (digestives 233 et pulmonaires 14), ainsi que des indicateurs qualitatifs : qualité des demandes d'examen, satisfaction des patients.
 Un audit est prévu sur la qualité du circuit des endoscopes suite à sa réorganisation.
 Une EPP est en cours, sur le thème : Garantir la continuité et la sécurité de la prise en charge des patients bénéficiant d'une endoscopie.
 Les évaluations sont structurées sur un tableau de bord commun avec le bloc opératoire, comportant les modalités de suivi et leurs échéances. Le suivi fait l'objet d'une communication régulière en conseil de bloc et en CME ainsi que dans les réunions de service.

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

Au regard des résultats obtenus des actions d'amélioration sont mises en œuvre comme le remplacement de la salle de lavage-désinfection des endoscopes et la réorganisation du circuit des endoscopes.

Ces actions d'amélioration sont structurées dans un tableau de bord commun avec le bloc opératoire qui précise les pilotes, les échéances et le mode d'évaluation

Les résultats des différents audits et des actions d'amélioration mises en place ont fait l'objet de communication aux personnels concernés lors des réunions du conseil de bloc et de CME, ainsi que par l'intranet, les réunions de service et le journal interne de l'établissement. La communication est également assurée aux usagers par la commission des usagers (CDU) dont fait partie le pilote du processus.