



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE DU TER

**5, allée de la clinique du ter - cs 60071
Bp 71
56270 PLOEMEUR
DÉCEMBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	39

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DU TER	
Adresse	5, allée de la clinique du ter - cs 60071 56270 PLOEMEUR
Département / région	MORBIHAN / BRETAGNE
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	560000689	CLINIQUE DU TER	5, allée de la clinique du ter - cs 60071 56270 PLOEMEUR
Etablissement de santé	560002511	CLINIQUE DU TER	5, allée de la clinique du ter - cs 60071 Bp 71 56270 PLOEMEUR

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	50	43

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
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 digestive lourde Hospitalisation en USC	pathologie néoplasique	Programmé	complexe	MCO
2	Adulte	Chirurgie orthopédique en ambulatoire	canal carpien	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

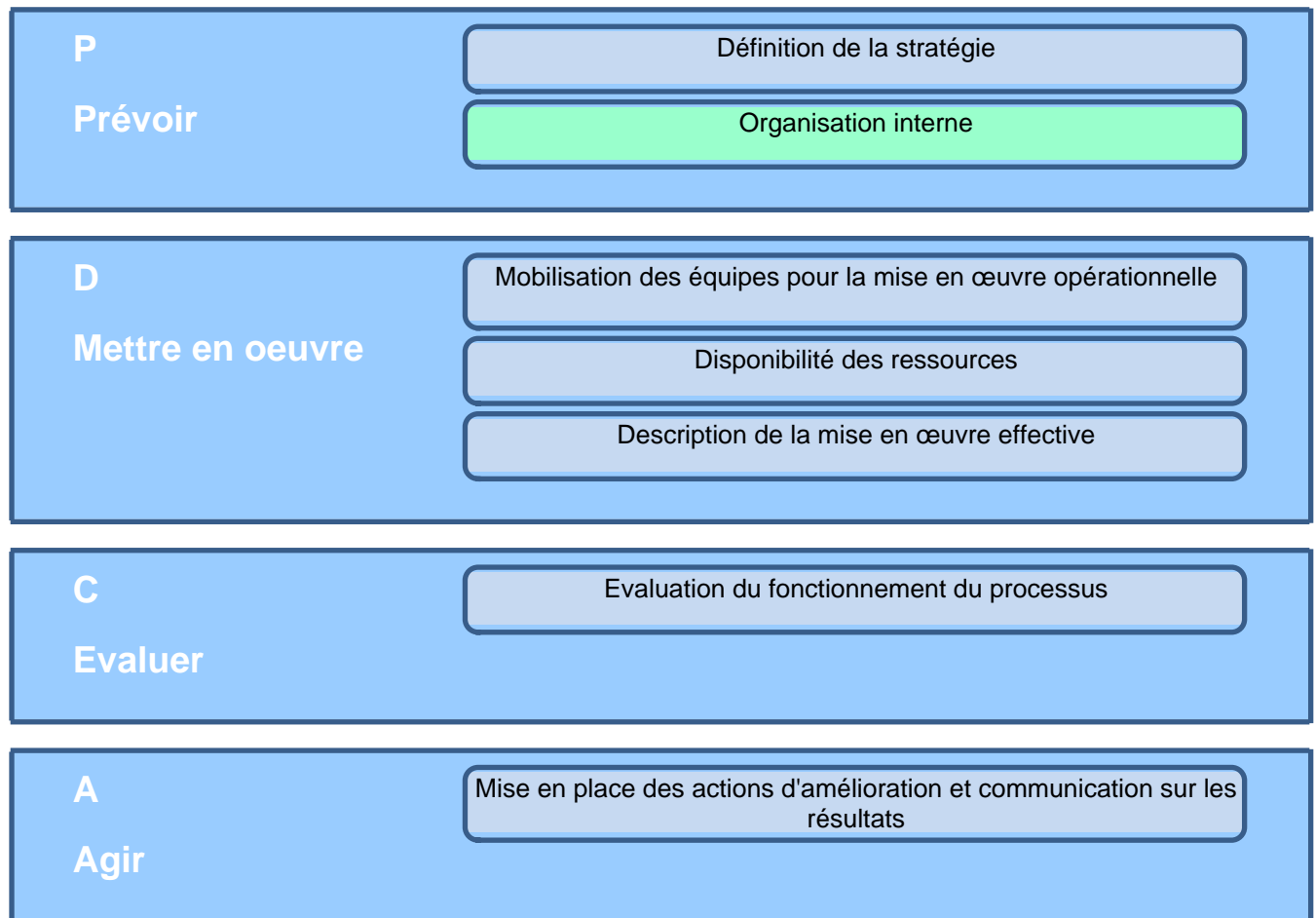
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Gouvernance de la Clinique du Ter est impliquée dans la stratégie et la définition des objectifs en lien avec la démarche qualité et gestion des risques, elle en fait une priorité institutionnelle. La politique 2016-2020 a été formalisée en octobre 2016. Il existe une collaboration étroite entre la direction, la coordination des risques et les professionnels de terrain. La politique est issue des orientations stratégiques de l'établissement, du CPOM, du PRS et intègre le système de déclaration des événements indésirables, les EPP, les obligations réglementaires ainsi que la gestion de crise dont la procédure a été révisée en juillet 2016. L'établissement a tenu compte dans sa stratégie des décisions de la précédente certification, des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins ainsi que des EPP, RMM et évaluations internes.

Un plan d'action du processus management qualité et gestion des risques a été décliné dans le compte qualité. Le COPIL (direction, RMQR, coordonnateur de la gestion des risques, présidente de CME) a établi les cinq axes principaux de cette politique:

Axe1: renforcer le système de management de la qualité des soins et le pilotage par indicateur.

Axe2: Développer la culture sécurité et l'implication des professionnels

Axe3: Dynamiser et pérenniser les démarches d'évaluation et d'amélioration

Axe4: Rendre le patient acteur de ses soins

Axe5: Améliorer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Le plan d'action de la qualité et de la sécurité des soins est élaboré conjointement avec le COPIL QGDR, les différentes instances et les professionnels de terrain à partir des constats et résultats d'évaluation.

Les représentants des usagers participent à la mise en œuvre de cette politique et sont aussi présents dans différentes instances : CDU, CLAN, CLUD, CLIN.

Les RU sont force de proposition dans l'analyse des plaintes et réclamations.

La coordination des vigilances sanitaires, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques est organisée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est assuré par un comité de pilotage Qualité Gestion des Risques (COPIL QGDR) composé:

Du directeur qui s'engage sur la disponibilité des ressources

De la présidente de CME

De la responsable du management de la qualité et des risques

Des pilotes, copilotes.

Un coordonnateur de la gestion des risques, médecin a été désigné par la CME.

Les missions du comité de pilotage Qualité-Gestion des risques sont d'orienter et piloter la politique qualité et sécurité. Ce comité est chargé d'impulser la dynamique, de valider la démarche et de définir le programme d'actions qui en découle. Il est l'organe stratégique et décisionnel de la démarche. Il se réunit à minima trimestriellement selon un planning défini annuellement. L'ordre du jour et les dossiers sont préparés par la responsable qualité, qui en assure l'animation.

Le management de la qualité et des risques est structuré au sein d'un organigramme intégrant toutes les instances parmi lesquelles : (CME, CLIN, CLUD, CDU, CONSEIL DE BLOC, CDU, CRAN, COMEDIM, CATB, EOH, CSTH, COMMISSION DES FLUIDES MÉDICAUX.) Le fonctionnement de chaque instance est régi par un règlement intérieur. Les responsables de service sont en charge du déploiement opérationnel. Les fiches de mission, la définition du rôle des différents correspondants vigilances est formalisée (Pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance).

Les RMM, CREX, évaluations internes, indicateurs sont les outils d'évaluation déployés dans l'établissement. Les événements indésirables font l'objet d'une déclaration informatisée. Un référent de la gestion documentaire a été identifié. Une cellule d'analyse des plaintes et réclamations et événements indésirables se réunit hebdomadairement. L'analyse des causes profondes est effectuée par la méthode ORION en association avec les professionnels concernés. L'incitation à la déclaration positive de l'erreur est objectivée par une charte. Le plan de formation annuel intègre la gestion de la qualité et des risques. La gestion documentaire est informatisée, toutes les procédures sont intégrées et révisées en son sein. Au moment de la visite 4% des procédures avaient plus de cinq ans, celles-ci n'impactant pas le management de la qualité. La coordination de la gestion des risques associés aux soins, des vigilances est effective et les représentants des usagers intégrés dans le dispositif d'analyse des événements indésirables.

La Clinique du Ter s'est mobilisée tant au niveau de la direction que des salariés dans l'élaboration du compte qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de services, relaient la politique qualité et gestion des risques auprès des équipes sur le terrain. Ils s'assurent de l'application des mesures correctives, évaluent régulièrement la mise en oeuvre, recherchent des solutions en cas de difficultés à cette mise en oeuvre, alertent en cas de risque pouvant impacter la thématique, participent aux réunions des instances. Chaque service dispose d'un projet de service élaboré par les personnels soignants, le responsable de service et la responsable qualité. Les actions issues de ces projets sont intégrées dans le PAQSS.

Les responsables informent régulièrement les équipes sur l'atteinte des objectifs fixés, lors de réunions de service. Les résultats d'évaluations internes sont affichés dans les services. Les professionnels utilisent les FEI informatisées; les analyses et le suivi sont accessibles pour les professionnels dans la GED. Selon les sujets abordés, les professionnels participent aux CREX, EPP, RMM ainsi qu'aux audits de pratiques.

La RMQR apporte un soutien méthodologique et logistique dans les actions de sensibilisation et de communication.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont en adéquation avec les besoins de l'établissement. Une concertation au fil de l'eau entre le service des ressources humaines, la direction et les praticiens permet d'adapter au plus près des besoins, les compétences nécessaires à la prise en charge des patients. Les formations répondent aux évolutions sanitaires et aux souhaits des professionnels. En 2015, parmi les formations proposées, on retrouve: La transfusion, les gestes d'urgence, le plan blanc. Les formations sont dispensées soit en interne soit en externe. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation et d'un tutorat afin d'appréhender l'organisation et les applicatifs mis à leur disposition. La Clinique du Ter s'est dotée d'une gestion documentaire depuis plusieurs années, celle-ci est informatisée et mise à jour régulièrement. Il existe une procédure des procédures. Les professionnels utilisent cet outil avec aisance. Les comptes rendus de réunions sont intégrés dans la GED.

L'établissement s'est doté d'une GTC et d'une GMAO.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une cartographie des risques a été établie par processus. Chaque pilote a été formé et est autonome dans la conduite de son processus. Le système de signalement des EI, les actions du PAQSS ainsi que les actions du CQ sont connus des professionnels.

Les instances COPIL QGDR et CDU sont opérationnelles et leurs comptes rendus accessibles aux professionnels.

Le PAQSS est réévalué semestriellement et un bilan annuel est formalisé.

202 actions ont été inscrites en 2016 dans le PAQSS dont 75,13% ont été réalisées. Les professionnels de santé sont impliqués dans la mise en oeuvre des RMM, EPP, évaluations internes, ils sont formés aux risques à priori et postérieurement par la responsable du management de la qualité et des risques.

Un tableau de bord des EPP est en place.

Chaque professionnel peut accéder aux résultats des actions du PAQSS, au suivi des déclarations d'événements indésirables, aux résultats des indicateurs, aux comptes rendus de réunions dans la GED, par affichage dans les services ou encore lors des réunions de service. La cellule d'analyse des événements indésirables se réunit une fois par semaine, les personnels concernés étant conviés à celle-ci.

L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels, les représentants des usagers et contribuent à l'élaboration du PAQSS. Les lettres de plaintes et réclamations sont insérées et traitées dans le même logiciel que les déclarations d'EI.

La satisfaction des usagers est mesurée par le recueil de l'indicateur eSatis (75/100) pour la campagne 2016 ainsi que par l'intermédiaire du questionnaire de sortie. Le taux de retour est de (34,10%) en amélioration de 4% sur 2015. En 2016 sont recensées 23 plaintes contre 28 en 2015. 7 médiations médicales ont été réalisées.

Nous avons constaté 388 déclarations d'EI, en légère augmentation par rapport à 2015 (377). 84,54% des dysfonctionnements sont traités et/ou intégrés dans le PAQSS. Parmi les thématiques qui sont le plus représentées: 20% parcours patient, 20% management de la prise en charge au bloc opératoire, 16% concernent les fonctions logistiques. Aucun événement n'a fait l'objet d'une déclaration externe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique du Ter a mis en place un dispositif d'évaluation structuré reposant sur des indicateurs pertinents (IQSS, indicateurs internes).

Quelques exemples:

le nombre d'EI

le taux de plaintes et réclamations
 les délais de réponses aux plaintes et réclamations
 le taux de satisfaction des patients
 le taux de retour des enquêtes de satisfaction
 le nombre de retour d'informations aux professionnels sur la sécurité des soins
 le taux de documents (procédures, protocoles) actualisés.
 Des EPP sont identifiées pour toutes les spécialités chirurgicales de l'établissement sous la forme de RMM.
 Ces évaluations ont été initiées, il y a plusieurs années et continuent à s'étoffer.
 Dans le compte qualité étaient entre autres identifiées:
 EPP sur la mise en place d'indicateurs pour l'amélioration de la qualité et sécurité des soins
 Revue d'erreurs critiques
 EPP portant sur la maîtrise du risque transfusionnel
 Revue d'erreurs médicamenteuses
 Nous avons également constaté au sein de la clinique la mise en place de la méthode du patient traceur afin d'évaluer la qualité de la prise en charge (2en 2016).
 De nombreux audits participent à l'analyse des risques à priori et postérieur.
 Un bilan du PAQSS est formalisé annuellement.

A / AGIR

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

Le programme des actions d'amélioration de la qualité /Gestion des risques est réajusté au regard des résultats des évaluations internes, indicateurs, analyse des plaintes et réclamations, CREX. Le réajustement est effectué au fil de l'eau, lors des réunions d'instances, après la rencontre de la cellule hebdomadaire d'analyse des plaintes, réclamations et EI.

Ainsi au regard de l'identification des risques, en lien avec les axes stratégiques, quelques exemples d'actions réalisées en 2016:

Axe1: renforcer le système de management de la qualité des soins et le pilotage par indicateur.
 -sensibiliser les équipes à déclarer tout évènement indésirable receveur lié à la transfusion
 -créer un tableau de bord de suivi d'indicateurs de pilotage de la démarche qualité et gestion des risques.

Axe2: Développer la culture sécurité et l'implication des professionnels
 -action sensibilisation des soignants à la déclaration des AES
 -sensibilisation des soignants au travail en équipe et communication sur la semaine sécurité à laquelle participe l'établissement
 -audit sur la transfusion

Axe3: Dynamiser et pérenniser les démarches d'évaluation et d'amélioration
 209 évaluations internes en 2016

Axe4: Rendre le patient acteur de ses soins
 Améliorer l'information du patient en cas de dommage associé aux soins
 Flyers d'information (personne de confiance, directives anticipées)
 Mise en place en ambulatoire de la RAC (réhabilitation améliorée après chirurgie).

Axe5: Améliorer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.
 Aborder en réunion de service l'importance de la déclaration des erreurs médicamenteuses.

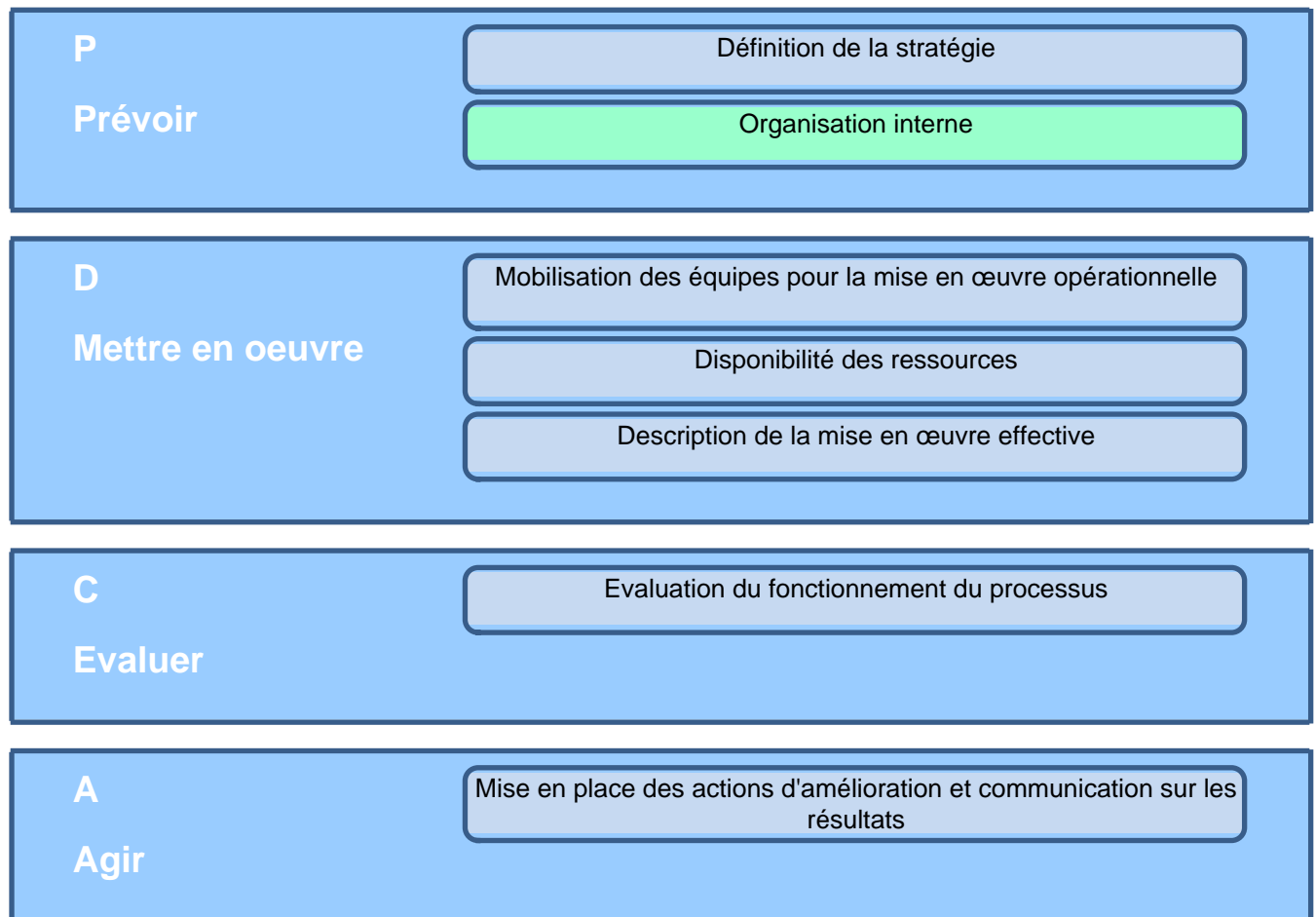
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux 2016-2020 de la clinique du Ter est définie, structurée et coordonnée. Elle prend en compte, la satisfaction des parties prenantes, les procédures HAS, le respect des engagements du CPOM, l'atteinte d'objectifs nationaux comme le programme PROPIAS, le suivi des RBP des sociétés savantes. Elle est déclinée dans le programme annuel du CLIN qui est actualisé chaque année. Le CLIN dispose d'un règlement intérieur. Cette instance se réunit tous les trois mois. Le clin est composé du Président qui est médecin, du COGRAS, du pharmacien, du référent antibiotique, de l'IDE hygiéniste, des responsables des services de soins, du service technique et du médecin biologiste. Un membre des représentants des usagers participe à cette instance. Le programme du CLIN est présenté à la commission qualité/gestion des risques et est validé en CME.

La politique est déclinée dans le PAQSS avec des actions concernant le risque infectieux liées aux soins. Le Compte Qualité a identifié trois risques à partir de la cartographie des risques, les EI, la grille CCLIN/AIRLIN, des recommandations de bonnes pratiques et règles en vigueur.

Voici les risques prioritaires cités:

1 défaut de traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie

2 AES au bloc opératoire

3 Contamination croisée au bloc opératoire

Ces risques du compte qualité ont fait l'objet d'un plan d'actions avec définition d'un pilote et d'une échéance.

Des actions d'évaluation menées par l'équipe opérationnelle d'hygiène et l'infirmière hygiéniste sont organisées pour le risque infectieux lié aux soins, lié à l'environnement, l'entretien des locaux et le bon usage des antibiotiques. Des indicateurs permettent le suivi des objectifs. Des actions d'amélioration alimentent au fil de l'eau le PAQSS. La communication se fait lors des réunions d'instances, affichages et mensuellement par un rapport de l'infirmière hygiéniste et au fil de l'eau pour le suivi de EI.

ORGANISATION INTERNE

Un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales est en place, c'est une sous commission de la CME. Il est présidé par un médecin. La composition, le fonctionnement, le rôle et les missions. sont définis dans les procédures de la GED.

Si nécessaire, il est fait appel à un infectiologue au centre Hospitalier voisin.

Le CLIN se réunit trois fois par an. Un bilan annuel est validé en CLIN et en CME.

Une équipe opérationnelle d'hygiène intervient pour la déclinaison opérationnelle des actions à mener. Des référents sont identifiés dans les services.

L'infirmière hygiéniste est détentrice d'un DU en hygiène hospitalière. Elle dispose d'une fiche de mission.

Le clin est rattaché dans son organisation au coordonnateur des risques associés aux soins. Les modalités de travail entre le coordonnateur de la gestion des risques et l'EOH sont formalisées. Cette organisation favorise l'articulation du programme du CLIN, du compte qualité avec le PAQSS.

Les protocoles de surveillance et de prévention nécessaires à la gestion du risque infectieux lié aux soins et à l'environnement sont établis, validés et actualisés et disponibles dans la gestion documentaire informatisée.

Les surveillances sont réalisées dans le cadre de réseaux (nationaux, régionaux).

Le signalement des infections associées aux soins est opérationnel et informatisé.

Des CREX et RMM sont prévus pour les infections présentant un caractère de gravité.

La promotion du bon usage des antibiotiques est de la responsabilité de la pharmacienne et du président du CLIN. Des protocoles d'antibiothérapie de première intention sont mis à disposition des praticiens. La surveillance des consommations d'antibiotiques et des résistances est réalisée par le biais de suivi d'indicateurs. Une liste ciblée des antibiotiques est utilisée dans l'établissement.

L'hygiène des locaux est sous la responsabilité de la responsable hôtellerie et bio nettoyage. Lors de la visite, nous avons constaté des locaux propres. Les modalités de gestion de crise en cas d'épidémie, d'évènement grave etc. sont prévues, si besoin un contact est établi avec le CCLIN pour bénéficier du retour d'expérience de professionnels confrontés à ces problématiques. L'établissement est de deuxième recours, le plan blanc a été modifié conformément aux souhaits de l'ARS pour faire face aux menaces d'attentat ou de guerre.

L'équipe technique assure la maintenance préventive et curative des installations des bâtiments via une GMAO et une GTC.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les Responsables des Unités de Soins (RUS) organisent avec l'IDE hygiéniste la mise en oeuvre opérationnelle de la politique du risque infectieux et la mobilisation des personnels.
Un référent hygiène est identifié dans chaque service.
La déclinaison de la stratégie institutionnelle en objectifs, plans d'actions opérationnels de surveillance et de prévention est adaptée aux risques spécifiques de chaque secteur. Les modalités de travail de l'EOH avec les RUS, les médecins et les référents hygiène sont définies.
Le programme d'action du CLIN est diffusé et communiqué via le PAQSS. Un bilan mensuel élaboré par l'IDE hygiéniste est transmis dans les services. Les professionnels sont particulièrement mobilisés pour la prévention de la transmission croisée (hygiène des mains, "isollements" et précautions standard et complémentaires) et pour porter l'alerte (signalement d'infection et d'isolement). Les RUS participent aux CREX et RMM concernant les infections graves et encouragent la participation des professionnels de leur secteur. Les référents hygiène paramédicaux sont des acteurs privilégiés de la transmission d'information concernant le risque infectieux.
Les RUS et les référents s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment l'application des procédures, en lien avec l'infirmière hygiéniste. Le respect des bonnes pratiques formalisées dans la GED est suivi par les RUS au moyen d'indicateurs et d'audits.
Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constaté ou de baisse des résultats d'un indicateur et mises en oeuvre par la responsable de service avec l'appui du cadre hygiéniste. Les praticiens quant à eux sont sensibilisés par la pharmacienne, l'IDE hygiéniste au respect des bonnes pratiques notamment sur l'antibiothérapie et les infections associées à soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les fiches de mission sont formalisées pour les pilotes, infirmière hygiéniste qui a un temps dédié à 50%, pilote et copilote, référent antibiotique, président du clin, responsable hostellerie et bio nettoyage (temps dédié: 50%)
Un partenariat avec l'unité de maladie infectieuse du centre Hospitalier est formalisé via une convention.
Un programme de formation est élaboré annuellement. Les formations ont lieu en interne et en externe. (En 2016, quelques exemples : hygiène des mains, des locaux, tri des déchets, BP hémoculture, prévention des IAS, risque infectieux au bloc opératoire)
Les nouveaux praticiens sont invités aux réunions du CLIN et sont formés par la pharmacienne.
Les procédures et protocoles de surveillance du risque infectieux sont révisées en tenant compte de la réglementation et des résultats d'évaluations internes, FEI, CREX.
Des protocoles d'antibiothérapie de première intention sont mis à la disposition des praticiens.
Une fiche de prescription ATB informatisée est en place.
Un outil d'aide à la prescription fait par l'OMEDIT (vigivlic) est utilisé dans la clinique.
Il existe un lien direct entre le laboratoire de biologie et le dossier informatisé du patient.
La gestion documentaire fait état de la prévention des iso, des risques liés à l'environnement et à l'hygiène des locaux.
Locaux et matériel sont conformes. Les blocs opératoires sont spacieux, la clinique ayant un taux d'ambulatoire de presque 70% possède des locaux sous occupés actuellement.
Moyens de prévention (aiguilles, cathéters sécurisés, EPI: masques, sur blouses, gants) sont à la disposition du personnel.
Une campagne de vaccination annuelle est mise en oeuvre: en 2016 environ 30% du personnel est vacciné contre la grippe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le CLIN s'est réuni trois fois en 2016
Des comptes rendus sont consultables et mis à la disposition des professionnels dans la gestion documentaire.
L'infirmière hygiéniste est placée sous la responsabilité hiérarchique du directeur. Elle intervient en transversal sur l'ensemble de l'établissement.
Un programme annuel d'actions est en place.
Les accidents d'exposition au sang (AES) sont recensés: 9 déclarations sont identifiées pour 2015.
Les personnels connaissent le système de déclaration des AES en collaboration avec le service de santé au travail ainsi que le protocole de prise en charge des AES en urgence. Celui-ci est affiché lisiblement dans les salles de soins et la GED
Le suivi des BMR et le dépistage est organisé. Un logiciel permet de signaler aux admissions les patients porteurs de BMR à l'entrée; ceci vise à mettre en place les précautions nécessaires à l'admission: Les bracelets d'identification sont de couleur différente pour ces patients.
L'information du patient en cas de BMR est avérée.
Une Procédure d'information est formalisée et connue en cas de transfert d'un patient porteur de BMR vers un autre établissement.
La CME est informée des résultats ainsi que les services concernés.
Des indicateurs notamment ceux relatifs à la lutte contre les infections liés aux soins sont suivis par l'infirmière hygiéniste qui met en oeuvre des évaluations internes en cas de mauvais résultats.
Une responsable hôtellerie et bio nettoyage gère l'équipe d'ASH pour l'entretien des locaux.

Les locaux présentent au global un aspect propre et bien rangé.
 Des solutions hydro alcooliques sont installées dans toutes les chambres des patients.
 L'entretien des locaux est tracé.
 La gestion des DASRI est organisée.
 Un plan de prélèvements réalisé à périodicité définie; air eau surfaces est réalisé par un prestataire externe. Les résultats sont conformes
 Le carnet sanitaire est en place. Des contrôles de température de l'eau chaude sanitaire sont réalisés, des purges sont effectuées dans les chambres non utilisées.
 Un tri sélectif permet la récupération de matériaux ; recyclables, verres, piles, cartouches d'imprimantes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

-Parmi les évaluations internes pour la prévention du risque infectieux EN 2016 on retrouve:
 La prévention des AES
 Conformité des tenues au bloc opératoire
 Les techniques de soins
 -L'établissement Participe aux enquêtes de prévalence, au réseau de surveillance
 -Parmi les Indicateurs de suivi :
 ICALIN2
 ICATB
 ICSHA
 BMR
 ISO
 Consommation ATB
 Nombre de signalements externes
 Taux de conformité des prélèvements bactériologiques des endoscopes
 Nombre d'AES
 Les résultats sont satisfaisants pour l'établissement

-EPP en lien avec le risque infectieux:
 -Préparation cutanée de l'opéré
 -Prescription et réévaluation de l'antibiothérapie
 -Bonne pratiques dans la réalisation de pansements simples
 -Tri des Dasri
 -Pose et gestion d'une sonde urinaire
 -Administration des antibiotiques en prophylaxie
 A la date de la visite, un point a été fait sur la nécessité de clôturer certaines EPP d'autant qu'une vingtaine portant sur cette thématique ont été initiées en 2016.
 Les résultats des indicateurs sont affichés dans les services et à l'accueil.
 La pharmacienne, l'IDE hygiéniste et la responsable Hôtellerie et bio nettoyage travaillent en étroite collaboration .

A / AGIR

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

Les Actions mises en place après l'identification du risque sur la traçabilité et la réévaluation de l'antibiothérapie dans le dossier :

- 1 Sensibilisations nombreuses en CME, mise en place en fin d'année 2015 du dossier patient informatisé.
 Alerte informatique pour la réévaluation du traitement.
 Au moment de la visite nous avons constaté un taux de conformité de 100% sur ce risque.
- 2 Actions mises en place pour lutter contre les AES au bloc opératoire: Audits de conformité, registre mis à disposition des agents de bio nettoyage pour objectiver les circonstances de découvertes d'aiguilles ou objets coupants, visites de risques, essais de boîtes aimantées, CREX, analyse des AES et comptes rendus des CHSCT, actions de communication sur les AES, programme d'actions EOH.
- 3 au risque identifié sur la contamination croisée au bloc opératoire, parmi les actions mises en oeuvre: convention avec le centre hospitalier pour prendre en charge les personnes en cas de risque VIH, audits de conformité, révision des procédures internes sur les tenues vestimentaires, la formation des nouveaux arrivants aux bonnes pratiques d'hygiène est mise en oeuvre par la responsable de l'hôtellerie et bio nettoyage et l'infirmière hygiéniste. Le circuit du bloc et une sensibilisation du personnel au port de bijoux. Actions de communication.

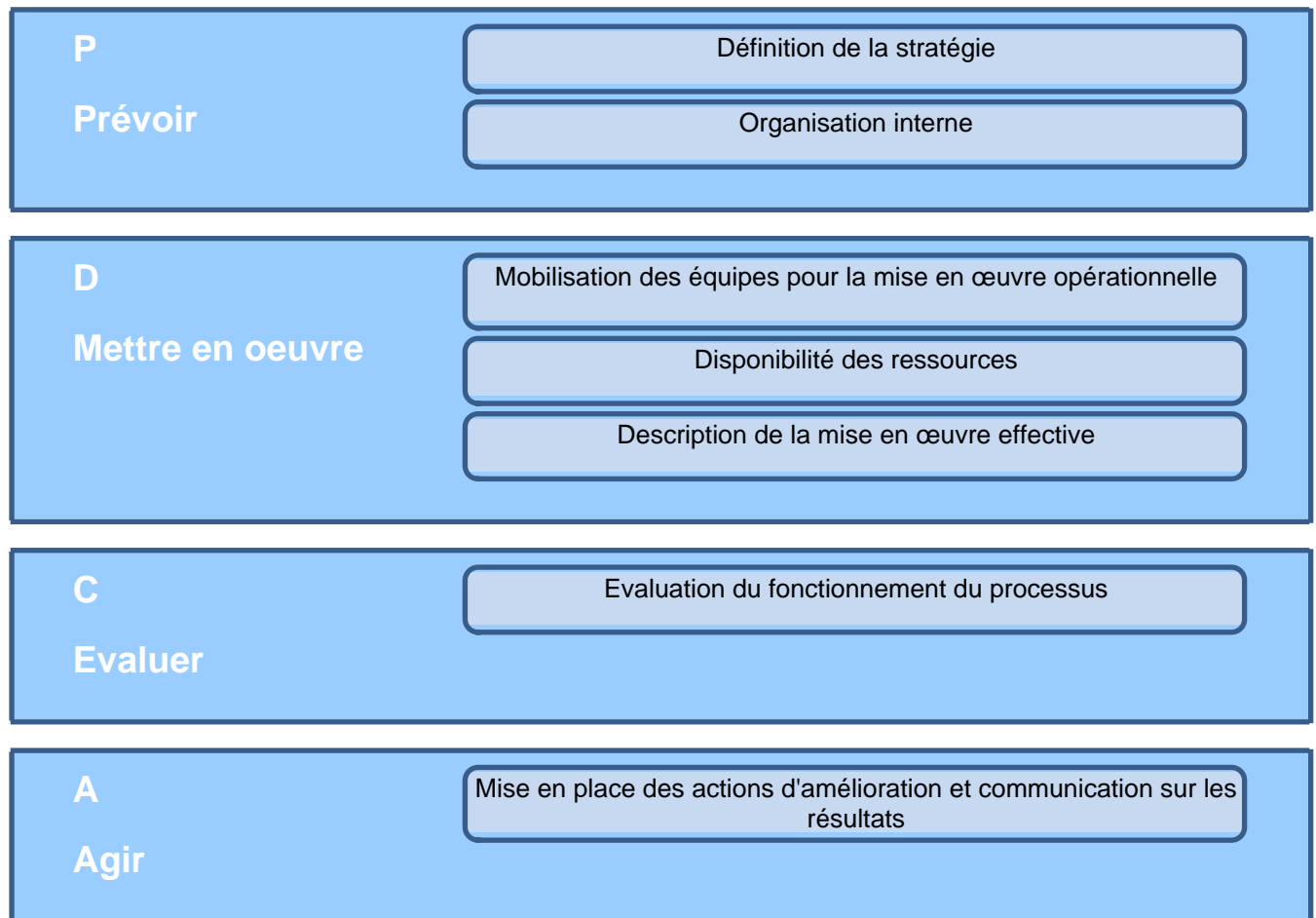
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits du patient à la Clinique du Ter est définie dans les orientations stratégiques de l'établissement, le CPOM, la politique qualité en concertation avec les membres du CDU.

La gouvernance dans ses orientations stratégiques mentionne son souci permanent:

-d'une approche bientraitante centrée sur le patient partenaire au travers de son information et son consentement (soins palliatifs, douleur, éducation thérapeutique)

-ainsi que le maintien d'une participation active des patients et de leurs représentants dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique d'amélioration continue de l'établissement.

Les situations particulières (personnes âgées, enfants, handicaps, cancers) font l'objet de prises en charges spécifiques avec une forte implication des professionnels.

La gouvernance souhaite aussi optimiser la qualité de la prise en charge globale des patients par une amélioration de ses pratiques et organisations.

Le CPOM fixe comme objectif la prise en charge de la douleur en ambulatoire et la remise du CRO à la sortie du patient. La politique est validée par les instances, évaluée annuellement dans un bilan et déclinée dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Le projet des usagers très impliqués dans le fonctionnement du CDU et autres instances sera initié en 2017 conformément à la réglementation de juillet 2016.

La gouvernance et les professionnels de santé en lien avec le CDU se sont mobilisés sur le compte qualité et ont identifié trois risques prioritaires:

1 concernant l'information des patients : défaut de recueil de la personne de confiance.

2 concernant le consentement et la participation des patients: défaut d'information des patients sur le bénéfice/risques et le recueil du consentement éclairé

3 concernant les restrictions de libertés individuelles: le non respect de prescription et de surveillance des restrictions de libertés individuelles.

Les risques ont été identifiés par à partir de la cartographie des risques conforme à celle préconisée par la HAS.

ORGANISATION INTERNE

Le CDU est l'instance qui évalue le respect des droits du patient. Il est composé du pilote du processus qui est le responsable du management et de la qualité/risques, le copilote est le directeur de la clinique, le médiateur médical est le COFRAS. En 2016, il a été amené à mettre en oeuvre 7 médiations. Les autres membres sont la RUS de chirurgie, la RUS d'ambulatoire, la responsable hôtellerie et bio nettoyage, la responsable de l'accueil et les représentants des usagers.

Le CDU se réunit une fois par trimestre. Les plaintes et réclamations sont présentées en toute transparence aux usagers qui ont une grande liberté de parole.

Les événements indésirables sont également présentés lors de cette instance. Les usagers ont contribué largement à l'élaboration du livret d'accueil et à la rénovation de la salle de diagnostic d'annonce.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service (RUS) sont en charge du déploiement opérationnel de ce processus. Leur rôle est de s'assurer du bon déploiement de la politique, d'appliquer les mesures correctives en cas de non respect des procédures, évaluer la mise en oeuvre de la politique, rechercher des solutions en cas de difficulté dans la mise en oeuvre de la politique, alerter en cas de survenue d'un risque pouvant impacter la thématique, participer aux réunions du CDU, mettre en oeuvre les actions du PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le management du processus droits des patients est piloté par la responsable du management de la qualité et des risques avec en copilote le directeur de la clinique

Une charte et un document formalisant les règles d'accès et d'usage du système d'information, en particulier pour les applications gérant des données de santé à caractère personnel, est diffusée au personnel et aux nouveaux arrivants

La déclaration des événements indésirables en lien avec la thématique est informatisée. Environ 30% de ces déclarations émanent des soignants qui connaissent bien le logiciel et assurent eux-mêmes le suivi de leurs déclarations.

Une information des personnels aux droits des patients a été réalisée en 2015. 45 salariés ont été concernés. Les sujets abordés étaient: directives anticipées, douleur, promotion de la bienveillance.

En 2016:
 une IDE a bénéficié de la formation DU douleur
 formation externe sur les douleurs et cancer du sujet âgé
 formation externe à l'identitovigilance,communication et soins,formation douleur et traitement(21personnes)
 En 2017, sont prévues:
 formation à la gestion de l'agressivité(12 personnes)
 prise en charge du défunt en unité de soins (12 personnes)
 communiquer avec les personnes difficiles(12 personnes)
 A l'accueil,le personnel a suivi une formation sur les premiers secours.
 Les informations concernant la thématique sont aussi véhiculées par le journal interne de la clinique,la communication orale et les réunions de service qui ont lieu trimestriellement.
 Les représentants des usagers lors des CDU préparent l'instance le matin, un déjeuner leur est offert et les frais de déplacement remboursés.Les représentants des usagers au nombre de 4 représentent les associations: Que Choisir,Ligue contre le Cancer, UDAF.
 Les représentants des usagers sont formés dans leurs associations respectives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient avant son admission se voit remettre un livret d'accueil .Le site internet comporte les informations du livret d'accueil.Les informations du livret d'accueil présentent entre autres la personne de confiance,les directives anticipées,le rôle du CDU et comment contacter les représentants des usagers.Les prestations sont également expliquées ainsi que les modalités d'accueil de l'entourage.
 Un accès au questionnaire de satisfaction est accessible à partir du site internet, on y retrouve également un onglet sur les droits et devoirs,une information sur la confidentialité et les modalités d'accès au dossier.La feuille de recueil de la personne de confiance est remise à ce moment là .Sa complétude est vérifiée lors de l'admission avec l'aide d'une check list et dans le service.
 Un bracelet d'identification est mis lors de l'admission du patient, celui-ci est d'un couleur différente en cas de BMR et /ou de prise en charge spécifique : personne âgée, risque de chutes etc.
 Un bracelet est également apposé au lit du patient.
 Sur les étiquettes nominatives du patient,Le nom de naissance est saisi en premier conformément aux exigences réglementaires.
 L'accueil du patient est personnalisé, les chambres doubles sont séparées d'un paravent .Le projet de soins personnalisé est organisé conjointement entre le patient et le soignant.
 La sortie du patient est anticipée, le choix du transport en cas de nécessité est proposé.
 Les personnels soignants rencontrés connaissent la loi du 4 mars 2002 relative au respect des droits de patients et sont particulièrement sensibles au respect de l'intimité, confidentialité, bienveillance, libertés individuelles, information, douleur ..
 Les croyances sont respectées dans la clinique,les différents cultes sont mobilisables en fonction des demandes.
 Les procédures sur la prévention de la maltraitance, les modalités de signalement de la maltraitance sont formalisées.
 Les risques identifiés dans le compte qualité sont connus des professionnels qui ont contribué aux actions d'amélioration.Les résultats des indicateurs et le suivi des actions sont à la fois affichés dans les services et accessibles sur la GED.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Parmi les évaluations de pratiques professionnelles,nous retrouvons:
 EPP sur la promotion de la bienveillance initiée en 2012 ,reconduite annuellement.
 EPP sur le respect des mesures de contention,initiée aussi en 2012 et toujours d'actualité puisqu'elle est au stade d'évaluation.
 EPP sur la traçabilité de l'information remise au patient sur les bénéfices/risques,initiée en 2012,cette EPP est renouvelée car faisant partie d'un risque prioritaire.
 EPP en 2013 sur l'information donnée au patient, toujours en cours
 De Nouvelles EPP ont été initiées en 2016:
 EPP processus droits des patients
 EPP processus prise en charge des patients en fin de vie
 EPP sous forme de questionnaire:connaissance des usagers
 EPP qualité de prise en charge du patient
 Indicateurs de suivi:
 Taux de satisfaction globale : 75%
 Taux de présence de la personne de confiance :100% au moment de la visite
 Indicateurs Hôpital numérique conformes aux attendus
 21 réclamations écrites en 2015
 En 2015:Nombre de demandes de dossiers de moins de 5 ans:41,le délai de traitement est de 5,5 jours.

Nombre de demandes de dossiers de plus de 5 ans:36,délai moyen de traitement est de 8,1 jours.
Enquêtes sur la satisfaction des patients et/ou de l'entourage diligentées par la secrétaire qualité, les aides soignantes ou IDE

A / AGIR

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

Les actions qui ont été mises en place pour répondre aux risques prioritaires identifiés dans le compte qualité sont les suivantes:

1concernant l'information des patients:défaut de recueil de la personne de confiance:Rédaction d'une nouvelle feuille de recueil plus lisible et de couleur.

La sensibilisation des personnels et praticiens a été efficace car le taux est de 100%(audit fait par la RMQGR en février 2017) Au moment de la visite,les dossiers analysés dans les services et aux archives étaient également tous conformes.Une "check list" entrée/sortie a été élaborée pour répondre à cette obligation.

2concernant le consentement et la participation des patients:défaut d'information des patients sur le bénéfice/risques et le recueil du consentement éclairé:Le taux de bénéfices/risques et consentement éclairé était de 80% au moment de la visite contre 74% en 2016.Les dossiers analysés dans les services étaient conformes aux attendus.Une "check list" entrée/sortie a été élaborée pour répondre à cette obligation.

Les praticiens ont été sensibilisés en CME.

3 concernant les restrictions de libertés individuelles:Le non respect de prescription et de surveillance des restrictions de libertés individuelles.

Les risques ont été identifiés à partir de la cartographie des risques conforme à celle préconisée par la HAS.Les actions mises en place ont consisté à revoir totalement la procédure.Une feuille de surveillance des contentions a été réalisée.Un flyer d'information a été créé afin de transmettre au patient et son entourage les modalités de restrictions des libertés individuelles.Ce flyer ainsi que celui informant sur la personne de confiance sont à la disposition des patients à l'accueil de la Clinique.

Un audit est actuellement en cours de suivi.

La démarche d'amélioration continue est en progression sur ces risques témoignant la dynamique du processus.

60% des recommandations formulées sur la thématiques ont été mises en place.

Des actions d'amélioration ont été mises en place en regard des résultats des EI,des plaintes et réclamations , de l'analyse des risques .

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

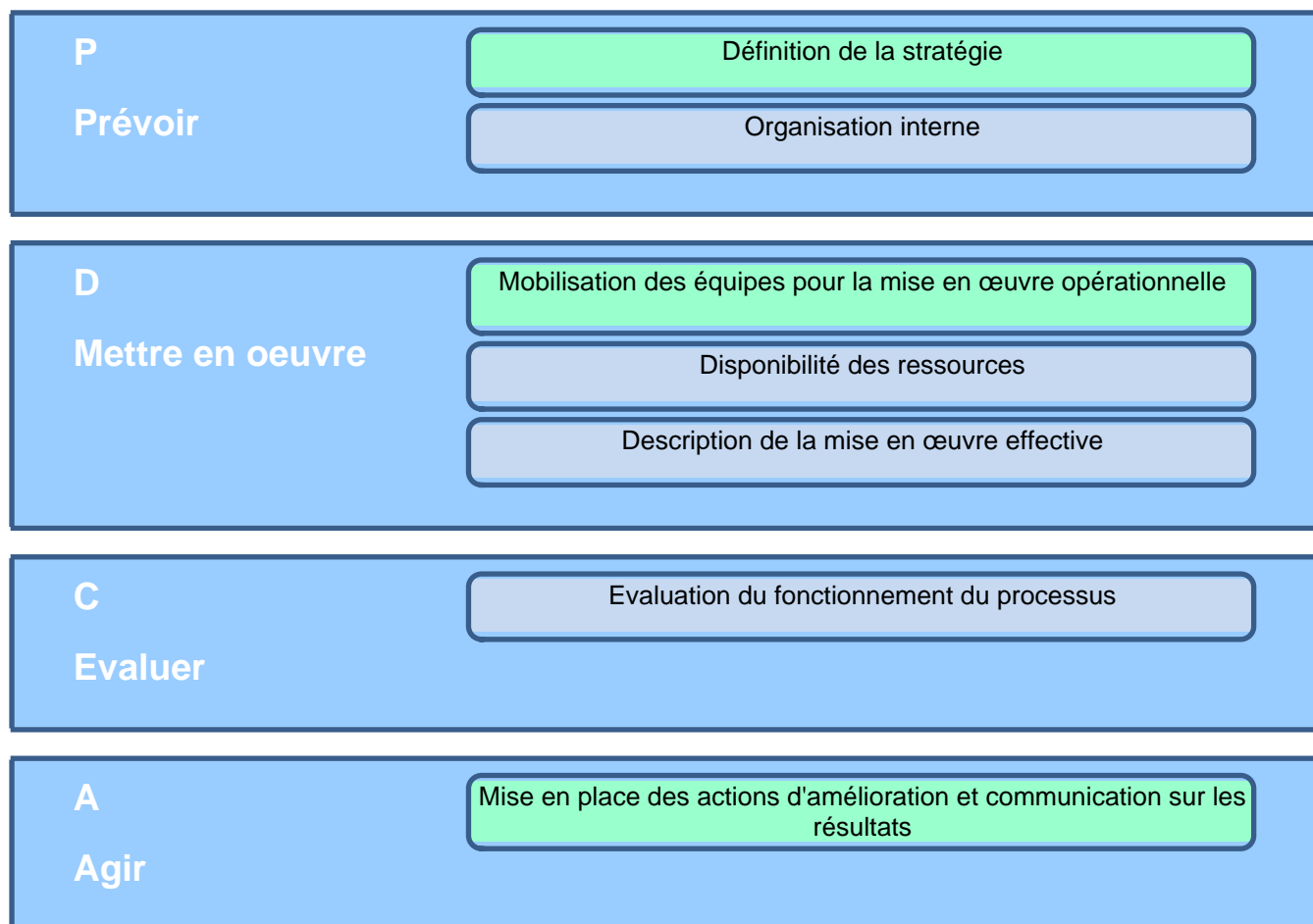
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique du TER a décliné dans sa note d'orientation stratégique d'octobre 2016 des objectifs de prise en charge du parcours patient dans les spécialités chirurgicales qu'elle assure. Elle intègre les orientations stratégiques définies dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2012- 2017 et répond aux besoins de la population. La clinique du TER assure une activité de chirurgie ambulatoire (40 places), de semaine (34 lits) et de chirurgie complète (33 lits et 8 de soins continus) pour les spécialités d'ophtalmologie, d'orthopédie, d'ORL et de viscéral notamment. Elle a établi de nombreuses conventions avec les établissements voisins de la région.

Une analyse des différents parcours au travers de RMM, de patients traceur, de réclamations et d'audits a permis d'identifier les risques prioritaires relevés dans le compte qualité :

- Document de sortie incomplet
- Défaut de prise en charge du patient âgée poly pathologique
- Défaut de prise en charge des troubles nutritionnels
- Retard dans la prise en charge dès l'admission dans l'unité de soins

Des plans d'actions ont été définis au regard des risques identifiés pour la prise en charge des populations particulières telles que les personnes âgées, les enfants, et les patients pris en charge pour obésité. Un projet de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie (RAC) est en cours de formalisation.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur et la présidente de la CME de la clinique sont les pilotes stratégiques du processus « Parcours patient », ils sont très impliqués dans la mobilisation des médecins notamment lors des CME. Ils sont secondés au niveau opérationnel par les responsables de secteurs. Les fiches de postes sont formalisées.

Les pilotes opérationnels coordonnent le déploiement sur le terrain à travers de projets de soins propres à chaque secteur d'activité, service de semaine, hospitalisation complète et unité de surveillance continue et ambulatoire.

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre des actions prioritaires (effectif et compétence) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Une diététicienne a été recrutée en vue de renforcer la prise en charge du risque nutritionnel en particulier chez la personne âgée. Elle intervient également dans le cadre de la prise en charge de l'obésité.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés et intégrés au plan de formation institutionnel comme notamment l'obésité, la dénutrition et la prise en charge de la douleur chez le sujet âgé. Un parcours d'intégration est défini pour tout nouvel arrivant.

Les règles de présence, de garde et d'astreinte sont opérationnelles afin d'assurer la continuité des soins. Le planning de présence médicale et paramédicale est accessible aux professionnels.

La prise en charge de l'urgence vitale est organisée et connue des professionnels de terrain. La clinique du TER a établi des conventions avec des établissements de la région en cas de recours à des avis spécialisés notamment pour les avis gériatriques et psychiatriques.

La gestion des interfaces par les responsables de secteur est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels de la clinique, des autres établissements mais également de la ville. La coordination des informations nécessaires à la prise en charge est réalisée grâce au dossier patient informatisé et au logiciel SIGEMS en lien avec le service des admissions.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels mettent en œuvre les procédures de prise en charge des patients selon leur secteur d'activité de l'admission jusqu'à la sortie. Ainsi pour la prise en charge ORL des enfants handicapés il existe une fiche de liaison spécifique entre le centre d'hébergement de l'enfant et la clinique. Concernant les interventions orthopédiques pour les patients de plus de 75 ans, un bilan gériatrique est organisé à l'hôpital de Quimperlé avec évaluation médicale et sociale. De même le parcours des patients hospitalisés pour une chirurgie bariatrique est défini au sein de l'établissement conformément aux recommandations.

Lors de l'arrivée du patient, l'identité est systématiquement contrôlée par le service des admissions et contrôlée une nouvelle fois avec identification de patient porteur de BMR avérée ou d'un handicap (mental, physique ou sensoriel). Dans ces deux cas le bracelet d'identité est de couleur différente afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels à avoir une attention particulière.

Les professionnels rencontrés connaissent les risques identifiés dans le compte qualité et les projets développés dans la clinique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs nécessaires sont disponibles dans les secteurs d'activité. Les besoins en personnel sont identifiés en fonction des programmes opératoires et de fermeture de lits lors des périodes de vacances et permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients.

Des professionnels référents sont identifiés dans les services (médicament, tutorat des stagiaires, stomathérapeute, DU prise en charge de la douleur, dénutrition...).

Les ressources tant en locaux qu'en matériel (ordinateur, chariot de soins, armoire à pharmacie...) sont disponibles et adaptés. Les chambres à deux lits sont toutes équipées d'un paravent.

Dans les secteurs d'activité, les procédures ou autres documents sont accessibles aux professionnels via le logiciel Blue medi et un classeur mural accroché dans les postes de soins. Des protocoles de prise en charge spécifique par type d'intervention sont rédigés et connus des professionnels.

Le déploiement du dossier informatisé facilite la transmission des informations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les vérifications de terrain et les audits de patients traceurs ont confirmé que les professionnels mettent en œuvre l'organisation des parcours patients.

L'accueil du patient est organisé selon des modalités définies depuis le service des admissions jusqu'à l'arrivée dans le service. Une check-list est réalisée lors de l'admission afin de s'assurer que les étapes sont respectées. Un bloc note est remis au patient lors de sa consultation afin de préparer son admission. Pour les enfants et les parents, un document appelé « Parcours enfant » leur est remis.

Une attention particulière est portée sur l'accueil des personnes atteintes d'un handicap avec identification de cible dans le dossier de soins. Une fiche de liaison spécifique est établie et suit le patient de son entrée à sa sortie. Le recueil de l'identification des besoins et des habitudes de vie est tracé dans le dossier. Le projet de soins est formalisé avec le patient notamment pour les prises en charge particulières (chirurgie bariatrique, personne âgée et enfant). Pour les autres prises en charge, la présence du patient bien qu'effective, n'est pas toujours tracée.

Les observations médicales sont tracées dans le dossier. Un audit du dossier patient réalisé en octobre 2016 montre que le taux de traçabilité est en très nette progression.

Le risque suicidaire est évalué par les équipes de soins à partir d'une échelle. La conduite à tenir en cas de repérage est connue des professionnels. La clinique du TER a signé une convention avec un établissement de Larmor en cas de nécessité de transfert du patient.

Pour les personnes âgées, le risque de dénutrition est évalué dès l'entrée, le poids est noté systématiquement dans le dossier du patient, un recueil des apports alimentaires est réalisé par les aides-soignantes, ainsi que le calcul de la clairance de la créatinine pour l'analyse pharmaceutique. Le risque de chute est identifié grâce au score Vigichute et des actions de prévention et d'information sont mises en place.

Des actions d'éducation à la santé sont déployées en particulier pour les patients porteurs de stomie pour lesquels une fiche éducative personnalisée est mise en place et pour les patients sous Pradaxa®.

Le retour à domicile ou le transfert de patient en SSR ou en HAD sont organisés en associant le patient et son entourage et les professionnels d'aval, les demandes de SSR ou d'HAD peuvent être réalisées via le logiciel ORIS. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient et tracés dans le dossier informatisé sur la check-list de sortie. Le courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval, le niveau de conformité de l'indicateur IPAQSS montre une progression constante.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique du TER assure l'évaluation du parcours patient sur la base d'audits réguliers sur l'ensemble du processus et le suivi des indicateurs IPAQSS. Les audits sont réalisés par les professionnels des services en collaboration avec le service qualité, les responsables de services et la pharmacienne. Deux patients traceurs ont été réalisés dans le service des soins continus et pour un patient d'orthopédie. Un tableau de bord des EPP est régulièrement suivi.

A l'initiative de la présidente de CME, deux audits de pertinence sont en cours : prise en charge en ambulatoire dans le cadre d'une cholécystectomie et la prescription des bilans pré-opératoires.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées systématiquement dans le PAQSS et reprennent les actions correctives du compte qualité.

La communication des résultats se fait par le biais du journal interne, par affichage et lors de réunions avec les responsables de service.

Les indicateurs nationaux sont affichés dans les postes de soins et dans les espaces de circulation ou les

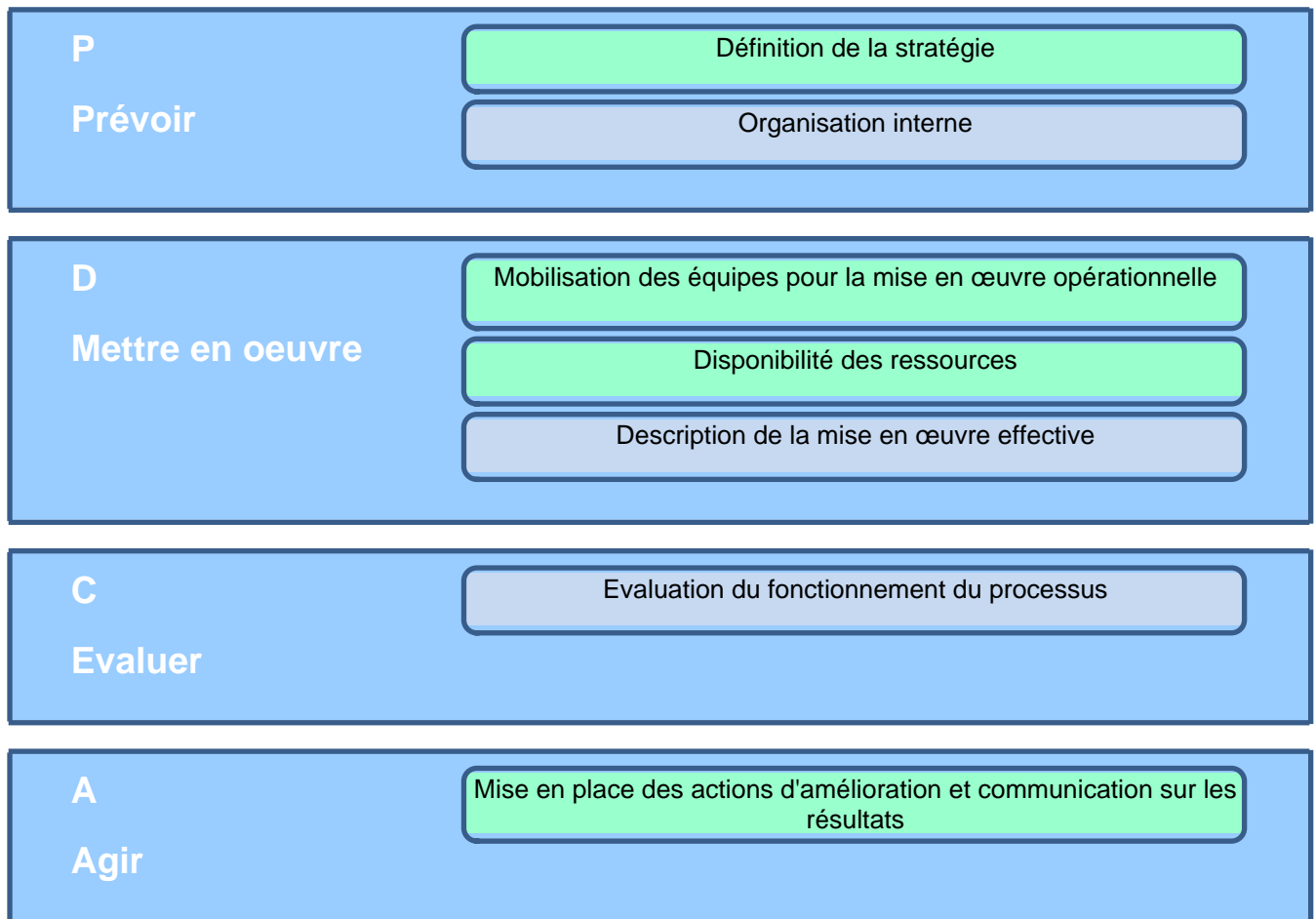
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion du dossier patient est définie et a été présentée aux instances. Une analyse des risques liés au dossier patient a été effectuée par un groupe pluriprofessionnel comprenant le médecin DIM, le médecin coordinateur des risques, les responsables de secteur, les référents dossier, à partir du recueil des événements indésirables, des résultats des indicateurs IQSS et des indicateurs propres de la cellule de régulation, débouchant sur la réalisation d'une cartographie prenant en compte les différentes étapes de la gestion du dossier et les deux supports papier et informatique utilisés. Ces risques ont été intégrés au PAQSS et les principaux tels que le risque de mélange de documents de dossier, les prescriptions médicales, la mise à jour de l'observation médicale, la remise des documents de sortie sont retrouvés dans le Compte Qualité. Trois étapes à risque ont été identifiées: la consultation d'anesthésie, la SSPI, les services. La gestion du dossier est définie dans un guide déjà existant et réactualisé en mars 2017 en intégrant le dossier informatisé, détaillant la composition du dossier, le parcours du patient et de son dossier, l'archivage et la conservation, les responsabilités des acteurs, l'évaluation, qui a été présenté aux instances CME et COPIL.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par un cadre et responsable de la régulation, référent du dossier informatisé et du système d'information et de l'identitévigilance, une infirmière régulatrice et la responsable Qualité responsable de l'archivage et de la communication du dossier. Les rôles sont définis, les fiches de poste établies. Une cellule de régulation des dossiers est en place à proximité de l'accueil administratif, comprenant les deux infirmières en charge de l'informatisation du dossier et une secrétaire régulatrice de la programmation. Les besoins en formation ont été identifiés: formation des soignants et des praticiens au dossier informatisé, aux transmissions ciblées; elles sont intégrées au plan de formation. Les règles de tenue du dossier, définies dans le guide et dans le manuel d'utilisation du logiciel dossier patient ont été diffusées et expliquées en réunion de service, réunions de personnel, réunions médicales. L'informatisation déployée à partir de décembre 2015 après une phase de paramétrage est actuellement effective dans les secteurs d'hospitalisation complète, hospitalisation de semaine, en unité de surveillance continue; seul le secteur ambulatoire ne l'est pas encore. Toute l'information est disponible dans le dossier informatisé sauf le dossier d'anesthésie (consultation pré-anesthésique et surveillance per-opératoire) en l'absence de passerelle entre logiciels d'anesthésie et logiciel dossier; la mise en place de la passerelle est en cours au moment de la visite des experts-visiteurs. Les services sont équipés d'ordinateurs portables sur charriot, des ordinateurs sont en place dans les salles de bloc.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les référents dossier ont impulsé le déploiement du dossier informatisé, effectué la formation intégrale des soignants et des praticiens, sensibilisé les utilisateurs au risque d'erreur; elles s'assurent au quotidien de la conformité des pratiques et suivent de nombreux indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations à l'informatisation ont été suivies et les vérifications en service lors des audits de thématique et des patients traceurs ont montré que les professionnels s'étaient approprié l'outil informatique et maîtrisaient le classement des documents. La formation est complétée par la mise à disposition de fiches Mémo: processus IDE, processus médecin, saisie des observations.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs du dossier sont intégrés en temps utile et il existe une première check-list de complétude des items administratifs lors de la pré-admission, une seconde de complétude des documents médicaux lors de l'admission, une troisième de complétude des documents de sortie. L'actualisation de l'observation médicale est effective pour toutes les spécialités avec en particulier une fiche spécifique pour l'orthopédie. Le compte-rendu opératoire est intégré en cours de séjour et remis au patient à la sortie. Le dossier de soins est renseigné en temps réel, les prises en charge par kinésithérapeutes ou diététiciennes sont tracées. Le dernier recueil d'indicateur IQSS "tenue du dossier patient" avant informatisation avait mis en évidence des lacunes en terme de conformité des prescriptions médicamenteuses et de rédaction du traitement de sortie et du compte-rendu d'hospitalisation; une évaluation récente sur les mêmes bases effectuée en orthopédie et ophtalmologie a permis d'accéder à

un taux de conformité nettement amélioré.
Après vérification de complétude, passage en DIM pour codage, le dossier est archivé selon numéro de séjour. L'archivage est effectué sur site dans un local sécurisé pour l'année précédente et l'année en cours et externalisé pour les dossiers antérieurs.
La procédure de demande de communication du dossier patient est établie; elle mentionne les modalités spécifiques d'accès au dossier (ayants droits, mineurs, patient sous tutelle...). Le patient est informé des droits d'accès à son dossier via le livret d'accueil de la clinique et dans la charte de la personne hospitalisée. Une affiche d'information sur la gestion des plaintes et réclamations, les demandes d'accès au dossier, les rôle/composition/ coordonnées des membres de la CRUQPC, a été installée dans tous les lieux d'accueil du public (hall d'entrée, consultations...). La Responsable qualité est chargée des relations avec les usagers et référente pour les demandes d'accès au dossier. Les délais d'accès du patient à son dossier sont suivis , communiqués en CRUQ, conformes à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un recueil spécifique des dysfonctionnements en matière de classement du dossier a récemment été mis en place afin de cibler les actions de prévention à mettre en place. Les indicateurs IQSS sont recueillis et diffusés aux équipes médicales et soignantes. La cellule de régulation dispose d'indicateurs de mélange de documents, de manque d'informations, de discordance entre le dossier d'anesthésie et les fiches d'hospitalisation, de taux d'événements indésirables liés au dossier. Un CREX spécifique a été consacré au mélange de documents. Une EPP est consacrée à la tenue du dossier. Des rapports d'évaluation ont été établis concernant la prévention du mélange de documents, la tenue du dossier, les dysfonctionnements survenant avant l'admission du patient, la tenue du dossier avant archivage.

A / AGIR

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

L'analyse des risques a permis la mise en place de plans d'action suivis par les infirmières régulatrices avec des indicateurs définis. La mise en place de fiches d'observation spécifiques à l'orthopédie a facilité la mise à jour des observations médicales. L'utilisation d'étiquettes patient avec code-barre a permis d'optimiser le classement des documents scannés. Des outils d'aide à la prescription avec protocoles adaptables ont permis d'augmenter le taux de conformité des prescriptions.

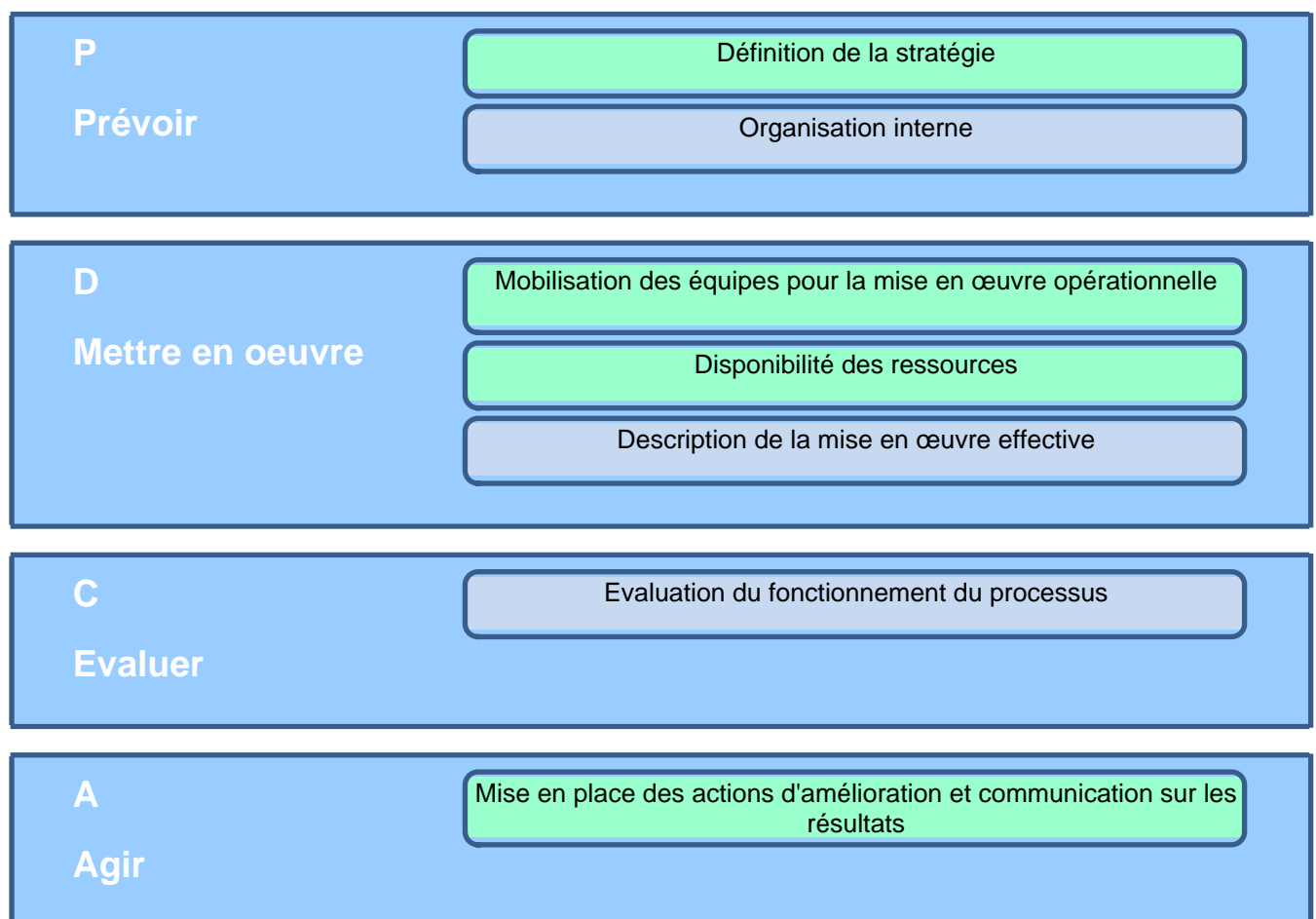
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 du TER a défini sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse qui constitue l'axe 3 de la note d'orientation stratégique d'octobre 2016 et l'axe 5 du projet qualité sécurité de soins 2016-2020. La politique a été validée en Comedims.

Un manuel qualité de la PUI décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de la clinique. Il s'applique à toutes les étapes de la prise en charge et à tous les professionnels concernés.

La clinique du TER a établi sa cartographie des risques à partir de l'analyse des fiches d'évènements indésirables et de l'analyse du processus avec la méthode AMDEC, des indicateurs IPAQSS, notamment la conformité de la prescription médicamenteuse et des évaluations internes. L'établissement a identifié trois risques prioritaires dans le compte qualité:

- Non respect des bonnes pratiques d'administration des médicaments
- Absence d'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet
- Non respect des bonnes pratiques de prescription

Les plans d'actions associés aux risques prioritaires sont intégrés dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins

La prise en charge du médicament chez la personne âgée fait l'objet d'une attention particulière.

ORGANISATION INTERNE

La clinique du TER a défini une organisation pour piloter le processus « management de la prise en charge médicamenteuse ». Les pilotes de cette thématique sont le coordinateur des risques associés aux soins et la pharmacienne responsable de la PUI, présidente du Comedims et pharmacovigilante.

Des fiches de postes et de mission sont formalisées.

Une organisation est mise en place entre la responsable qualité, la pharmacienne et les responsables de service pour une analyse des fiches d'évènements indésirables chaque semaine.

La permanence pharmaceutique est assurée : en cas d'absence de la pharmacienne, la clinique du TER a recours à un pharmacien remplaçant. De même lors des absences du préparateur en pharmacie. Un gestionnaire des DMI est identifié au sein de la PUI

En dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, une armoire de dépannage est accessible dans le sas de la pharmacie. La clé de cette armoire est rangée dans l'armoire à pharmacie du secteur de surveillance continue au deuxième étage de la clinique. Les modalités d'approvisionnement sont définies et connues des professionnels.

Les locaux de la pharmacie sont sécurisés à l'aide de digicode et de fenêtres en verre blindé.

Le livret thérapeutique a actualisé, des outils d'aide à la prescription sont disponibles pour les médecins (Vidal, Antibio'clic et aide EMED). Des procédures connues des professionnels décrivent les étapes du circuit du médicament.

Le déploiement du logiciel de prescription informatisé EMED est cours sur chaque spécialité, la prochaine étape sur le secteur ambulatoire est prévue pour mai-juin 2017. L'analyse pharmaceutique est réalisée par la pharmacienne pour les prescriptions informatisées des secteurs d'hospitalisation complète et de semaine.

La gestion des interfaces est organisée entre la PUI et les différents services concernés. Des formations sont organisées en interne par la pharmacienne ou des laboratoires et via le e-learning.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont communs à l'ensemble de la clinique quel que soit le secteur d'activité. Sous l'impulsion de la pharmacienne et des responsables de service la mobilisation des équipes est effective. Dans chaque service une IDE référente est identifiée, sa fiche de mission est rédigée. Elle assure le relais des informations auprès de ses collègues pour les équipes de jour et de nuit.

L'analyse des évènements indésirables est assurée avec les professionnels concernés et les plans d'actions sont définis. Les IDE participent régulièrement à des audits. Les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques.

Les médecins prescripteurs sont sensibilisés à la conformité de la prescription médicamenteuse lors de la CME et à la réévaluation de l'antibiothérapie lors de leur arrivée. Ils sont formés sur les secteurs d'hospitalisation complète, de semaine et au bloc opératoire à l'utilisation du logiciel EMED.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion, le rangement et le stockage des médicaments sont organisés. L'identification des

médicaments à risques dans l'armoire à pharmacie du service de soins continu et en SSPI est effective. Dans chaque service, les injectables sont séparés des formes orales. Les stupéfiants sont rangés dans l'armoire à pharmacie dans un tiroir sécurisé.

Les ressources en personnel pour la PUI et les services de soins sont assurées. Les matériels sont adaptés dans les postes de soins en termes d'armoires et de chariots de médicaments fermant à clé et d'ordinateurs. L'informatisation de la prescription est effective en hospitalisation et en cours pour le secteur de chirurgie ambulatoire. En cas de panne informatique une procédure connue des professionnels décrit l'organisation pour accéder aux plans d'administration des médicaments.

La documentation est disponible sur la base documentaire Blue Médi, elle est connue des professionnels.

Le chariot d'urgence est adapté, sécurisé par scellé, vérifié et entretenu. Sa traçabilité est effective. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence.

Le suivi des médicaments périmés est assuré mensuellement par une IDE dans chaque service en lien avec la pharmacienne.

Les réfrigérateurs des salles de soins sont équipés de sonde thermique permettant le relevé des températures.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les procédures institutionnelles. La continuité du traitement est assurée de l'admission jusqu'à la sortie. La gestion des traitements personnels des patients est organisée : les traitements sont isolés dans des casiers nominatifs et tracés dans le dossier de soins et restitués à la sortie. Si le traitement est poursuivi lors de l'hospitalisation, le réapprovisionnement est assuré par la pharmacie. Dans l'ensemble des services, la dispensation repose sur une dotation globale.

La distribution des médicaments est réalisée à partir de piluliers ; il n'a pas été retrouvé de médicament déconditionné ni de plaquette découpée. Pour l'armoire de dépannage dans le sas de la PUI, la pharmacienne a organisé un système d'étiquette assurant la traçabilité du lot et de la dénomination du médicament si la plaquette doit être découpée.

L'informatisation de la prescription est complète en secteur d'hospitalisation de semaine et d'hospitalisation complète : la traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel par les IDE, les motifs de non administration d'un médicament sont notés.

Les professionnels sont formés et sensibilisés à la déclaration des événements indésirables. La liste des médicaments à risque est affichée sur l'armoire à pharmacie du service de soins continue et en SSPI.

Les IDE ont participé à une chambre des erreurs durant la semaine sécurité des patients où 7 erreurs en lien avec la prise en charge médicamenteuse devaient être identifiées. En 2016, 24 professionnels ont été formés à la prévention des erreurs de préparation et d'administration d'un médicament au pousse seringue électrique, 22 à la prévention des erreurs médicamenteuses liées aux insulines « Never event insuline », ainsi qu'à l'utilisation des bouteilles d'oxygène et l'utilisation du Kalinox®. Les professionnels peuvent consulter en temps réel des informations délivrées par la PUI sur leur ordinateur.

La réévaluation de l'antibiothérapie est effective à partir du logiciel EMED.

L'information donnée au patient est tracée dans le dossier informatique, une éducation à la santé est formalisée pour les patients sous anticoagulant oral.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les fiches d'événements indésirables donnent lieu à une analyse sous forme de RMM ou de CREX.

De nombreux audits et EPP sont réalisés sur l'ensemble du circuit du médicament. Un tableau de bord suit l'état d'avancement.

Un audit des bonnes pratiques de prescription réalisé en début d'année après sensibilisation et formation des médecins au logiciel de prescription montre une nette progression de la conformité de la prescription.

A / AGIR

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

Le programme d'actions de la prise en charge du circuit du médicament intègre les différentes évaluations réalisées les audits de conformité et l'analyse des risques, les résultats du suivi du CBUS et des indicateurs qualité.

Les actions d'amélioration sont retrouvées dans le PAQSS reprenant les actions correctives mentionnées dans le compte qualité.

Les indicateurs nationaux sont affichés dans les services et dans les espaces de circulation ou les salles d'attente à destination des usagers. La communication des actions correctives est faite lors du Comedims et présentée en CME.

Le relais de l'information est assuré auprès des personnels paramédicaux par la pharmacienne, les responsables de services et les référents pharmacie de service.
Des plaquettes d'information sont à disposition des patients.

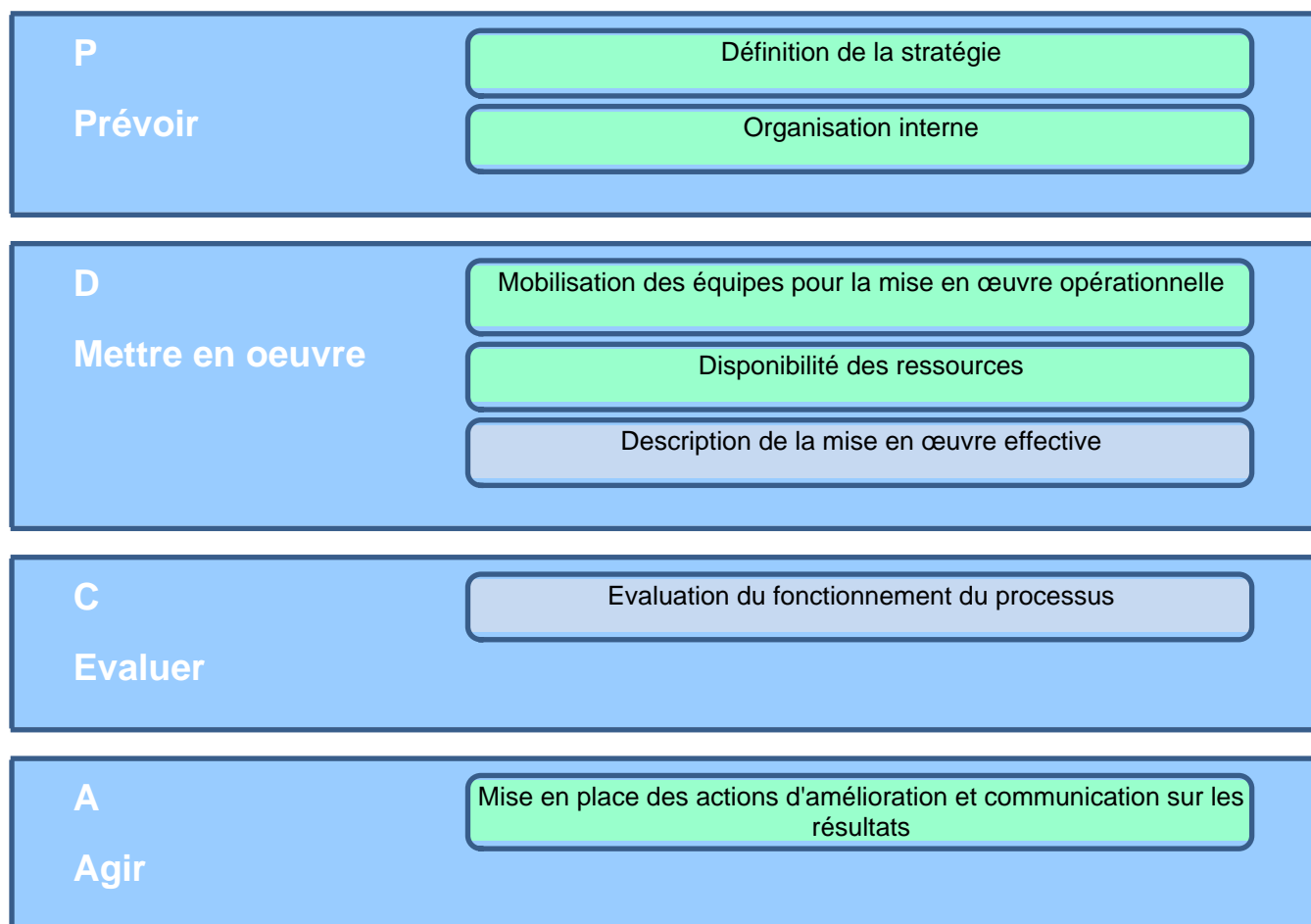
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le plateau technique mis en service en 2008 se compose d'un bloc opératoire de 11 salles dont 9 ISO 5 pour la chirurgie ophtalmologique, orthopédique, vasculaire, gynécologique, viscérale et ORL et 2 ISO 7 pour la stomatologie et les endoscopies coliques; et de 22 postes de SSPI. L'ancien bloc opératoire est utilisé comme centre d'explorations fonctionnelles dans lequel sont effectués les endoscopies gastriques et bronchiques sans anesthésie et des actes de chirurgie dermatologique sous anesthésie locale.

La politique Qualité-Gestion des risques du secteur interventionnel est élaborée par le conseil de bloc.

Une cartographie des risques spécifiques a été élaborée de manière pluri-professionnelle avec hiérarchisation et les risques principaux sont retrouvés dans le Compte Qualité tels que la non-disponibilité d'un dispositif médical, le non-respect de la programmation opératoire, le non-respect des modalités de mise en oeuvre de la check list . Il en découle un plan d'actions structuré intégré au PAQSS; les actions sont suivies avec un référent désigné.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par le Conseil de bloc qui est l'instance permettant la prise de décisions nécessaire à l'organisation et au bon fonctionnement du bloc opératoire, il est constitué de l'ensemble des praticiens de la clinique du Ter, ainsi que des membres de son bureau en place, il se réunit 4 fois par an. Le comité de bloc est l'instance qui ordonnance et valide le programme opératoire de la semaine suivante, en adéquation avec les principes définis dans la charte de bloc. L'encadrement est assuré par deux responsables de plateau technique dont l'un est gère le matériel et la stérilisation et l'autre la programmation et les plannings.

La charte de fonctionnement du Bloc est formalisée après avoir été remodelée et validée en CME : les différents modes de prise en charge et les responsabilités sont décrits en incluant l'intégration des urgences. Les ressources humaines sont définies par secteur en fonction de la réglementation et des besoins. Les formations spécifiques au secteur interventionnel sont intégrées au plan de formation général.

Les procédures de management et de support ont été rédigées par les responsables de secteur en collaboration avec l'infirmière hygiéniste pour les procédures d'hygiène.

Le système informatique est intégré au système général avec mise à disposition sur de nombreux postes informatiques des logiciels de documentation, de programmation, de dossier patient; sont seulement déployés en stérilisation les logiciels de traçabilité de la stérilisation et de gestion des DMI.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le personnel est impliqué dans le fonctionnement du secteur, participe à l'élaboration des protocoles, est sensibilisé à la déclaration des événements indésirables. L'évaluation des compétences est réalisé lors des entretiens annuels. Des audits de pratique sont réalisés en matière d'hygiène. La sensibilisation est effectuée lors de réunions de service, ou inter-services bloc-ambulatoire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La participation des soignants aux formations est effective : formation à l'acte transfusionnel, à l'utilisation de matériel, incendie, gestes et postures...La formation des nouveaux arrivants est réalisée lors d'un parcours d'intégration avec rencontres multiples, avec livret d'accueil remis et tutorat. Les documents sont d'accès facile sur le logiciel documentaire et les vérification de terrain ont montré que la recherche était maîtrisée; chaque salle opératoire est munie de son propre poste informatique.

Les locaux datant de 2008 sont extrêmement vastes, avec de larges couloirs de circulation, de grandes salles bénéficiant de la lumière du jour, de grands espaces de stockage (un arsenal pour deux salles). Le plan d'ensemble comporte un double circuit excluant les croisements de matériel avec une une salle de pré-désinfection pour deux salles d'opération. Deux ascenseurs sont dédiés au transfert des patients et un à la communication avec la stérilisation située deux étages en dessous.

La stérilisation dispose de locaux adaptés permettant le respect de la marche en avant avec salle de lavage et pré-rinçage, salle de conditionnement, 4 laveurs, 4 autoclaves et une vaste salle de stockage en surpression.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit patient est conforme aux attendus en matière d'hygiène avec brancardiers externes, sas d'accueil, plateaux internes ou brancards.

Le programme opératoire est actuellement élaboré par le chef de bloc à partir de la saisie des données

fournies par les secrétariats médicaux dans le logiciel de programmation opératoire. Lors du comité de bloc du jeudi, le programme opératoire pour la semaine suivante est organisé et validé, en tenant compte des différents types d'anesthésie, des impératifs d'hygiène, de sécurité, des ressources humaines, du matériel et des possibilités d'accueil en Salle de Surveillance Post Interventionnelle. Le programme est présenté le vendredi matin en réunion de coordination pour validation, évaluation des risques patients, organisation des transferts en USC

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est renseignée et intégrée au dossier papier, la qualité de son remplissage a été évaluée régulièrement entre 2012 et 2014. Un audit a été renouvelé en mars 2016 en ophtalmologie conduisant à la mise en place récente d'une procédure de mise en oeuvre visant à renforcer la phase de time-out et à harmoniser les pratiques.

Le fonctionnement de la SSPI est assuré par des infirmières formées à cette activité. La validation informatisée de sortie sur score d'Aldrete est effective. L'évaluation de la douleur est tracée.

Une référente PCR est en place, la cartographie des zozs a été établie en collaboration avec un prestataire extérieur, la médecine du travail et l'APAV; le suivi des dosimétries active et passive est effectué.

Les prélèvements environnementaux sont effectués sur planning de l'infirmière hygiéniste par un prestataire externe, à périodicité définie. Le traitement d'air est suivi et régulé par la responsable bio-médicale avec report des pressions-hygrométrie-température au service biomédical.

La traçabilité des DMI est assurée par une gestionnaire dédiée sur un logiciel propre, en pharmacie et dans le dossier patient.

L'interface avec les unités d'hospitalisation est organisé, la transmission des informations sur support dédié est effective.

La continuité des soins est assurée par astreinte du personnel et des praticiens.

Le service ambulatoire se compose de 40 lits et 3 fauteuils, fonctionnant du lundi au vendredi de 7h à 20h, sous la responsabilité d'une cadre de service. Le dossier patient est exclusivement en version papier, préparé et contrôlé par une infirmière coordinatrice. La transmission des informations service ambulatoire-bloc se fait sur une fiche de liaison intégrée au dossier. L'appel de la veille et du lendemain est en place. La sortie se fait après validation de score et est signée par les praticiens. La régulation de l'activité est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations régulières sont menées notamment concernant le temps d'attente au bloc, la satisfaction des patients, le pourcentage d'événements indésirables déclarés dans le secteur interventionnel. Plusieurs EPP ont été réalisées concernant l'effectivité de l'appel du lendemain en ambulatoire, la tenue de la check list, la prévention des douleurs post-opératoires pour plusieurs types d'interventions, l'antibioprophylaxie, l'organisation péri-opératoire de l'anesthésie et de la chirurgie en ambulatoire, la préparation cutanée de l'opéré, la traçabilité de l'information sur la réflexion bénéfice-risque.

Outre les indicateurs IQSS tenue du Dossier d'Anesthésie et tenue du Dossier Patient dont les très bons résultats sont stables, plusieurs indicateurs semestriels ou trimestriels sont recueillis: temps d'attente moyen du patient en orthopédie, tenue de la Check List, traçabilité de l'information service-bloc, traçabilité de l'heure d'induction.

Les indicateurs quantitatifs d'activité, taux d'activité par praticien, de vacation offerte, d'occupation des salles... sont suivis régulièrement sur un tableau de bord. Le taux d'événements indésirables du secteur est suivi mensuellement. Des RMM sont en place par spécialité ainsi que des CREX généraux ou spécifiques.

A / AGIR

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

A la suite des évaluations, plusieurs plans d'actions ont été définis et suivis notamment concernant la redéfinition des missions des acteurs du bloc opératoire, la réalisation régulière d'enquêtes de satisfaction, la redéfinition des modalités de mise en oeuvre de la check list, l'alimentation régulière du tableau de bord des indicateurs. Ces actions sont intégrées au PAQSS réajusté périodiquement. Le suivi en est organisé (indicateurs, référent). La diffusion et la communication des résultats est effectuée par réunions de service ou inter-service, affichage, cahier de transmission, staffs de régulation, cellule hebdomadaire de traitement des événements indésirables.

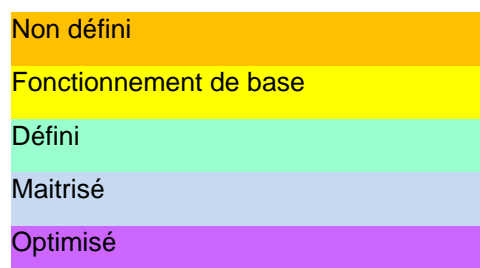
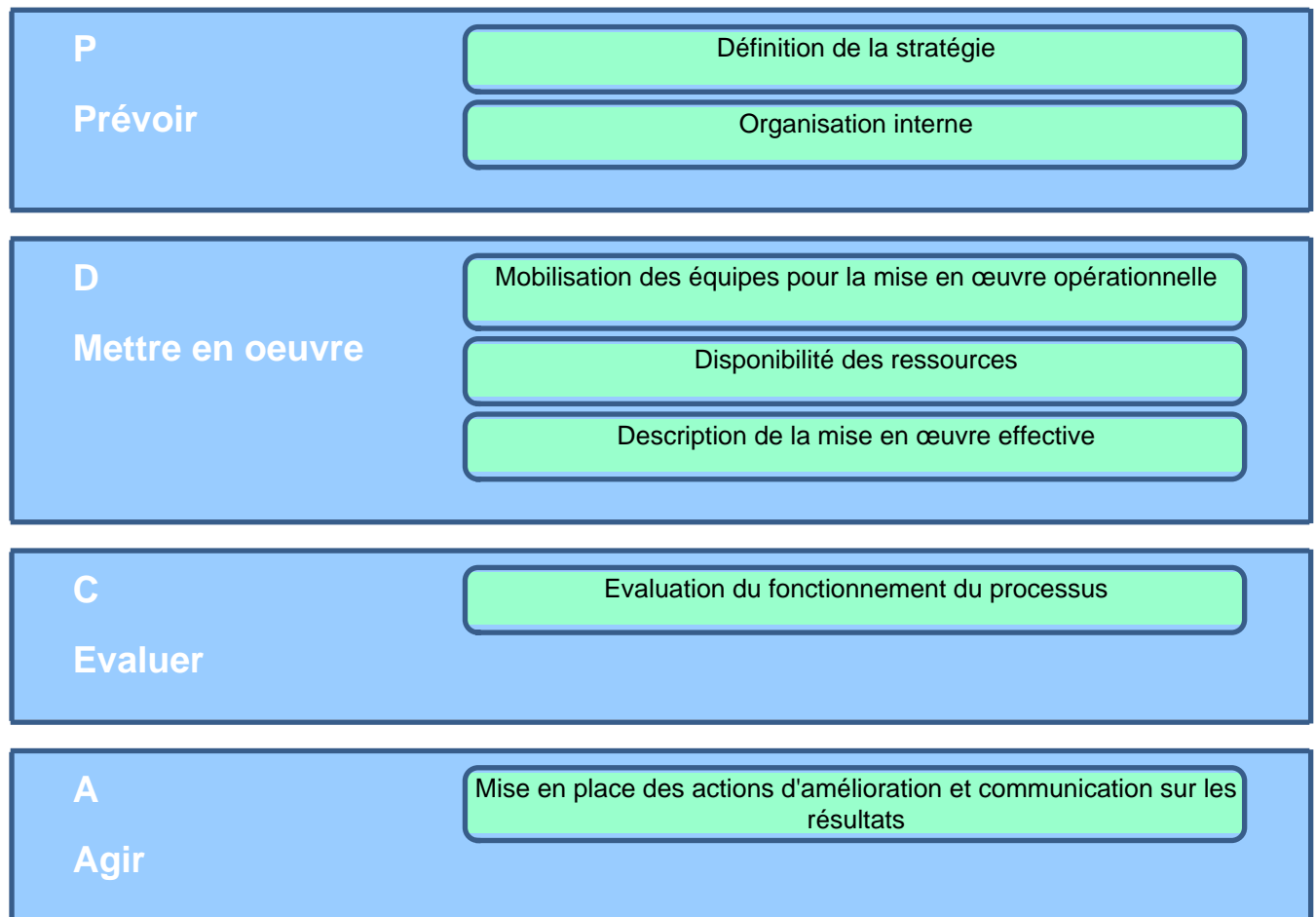
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie concerne surtout l'endoscopie digestive et également bronchique, les actes d'endoscopie urinaire ne sont plus effectués. L'activité est effectuée dans deux blocs distincts, le traitement des endoscopes étant centralisé au bloc du 3ème étage.

La politique Qualité est formalisée et a été présentée aux instances. Une cartographie spécifique a été élaborée après analyse des événements indésirables avec notamment des risques liés au défaut d'organisation de l'interface entre les deux blocs générant des dysfonctionnements de programmation et le non respect des règles de maîtrise d'exposition des agents aux risques professionnels. Ces risques ont débouché sur des plans d'action suivis, intégrés au PAQSS et sont retrouvés dans le compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation spécifique selon le type d'endoscopie : les coloscopies sous anesthésie au bloc opératoire général du 1er étage, les fibroscopies gastriques et bronchiques sans anesthésie dans le centre d'explorations fonctionnelles au 3ème étage.

Les règles de fonctionnement relatives à l'activité d'endoscopie sont définies dans deux Chartes distinctes élaborées sur la même trame, décrivant l'organisation et le fonctionnement du secteur.

Le pilotage commun récemment instauré est assuré par la responsable du plateau technique avec une infirmière adjointe assurant la régulation du bloc 3ème étage et la programmation des actes d'endoscopie sans anesthésie. Les ressources humaines sont affectées par secteur, infirmières tournant entre les deux blocs et agents de traitement des endoscopes avec la stérilisation.

Des formations spécifiques ont été intégrées au plan de formation: formation au traitement des endoscopes, formation à l'activité endoscopique et à l'hygiène en endoscopie.

Les procédures en lien avec l'activité endoscopique ont été identifiées et rédigées concernant notamment le traitement des endoscopes, les prélèvements des endoscopes, le circuit et le transport des endoscopes, le traitement après réparation.

Le matériel nécessaire à chaque spécialité est en place avec un suivi et une maintenance assurée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le personnel du bloc général et du bloc d'explorations fonctionnelles a bénéficié de formations adaptées, il est impliqué dans le fonctionnement des secteurs. Les procédures, formations et sensibilisations à l'hygiène en endoscopie ont été menées par l'infirmière hygiéniste et la responsable d'exploration fonctionnelle.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations spécialisées ont été suivies par les agents de traitement des endoscopes. La documentation comprend les procédures de traitement et d'hygiène des endoscopes; elle est d'accès facile sur le logiciel documentaire, maîtrisé par les professionnels. Le pool des endoscopes, comportant gastroscopes adultes et pédiatriques, duodéno-scopes, coloscopes, fibroscope pour intubation difficile, fibroscopies bronchiques, est en adéquation avec l'activité. La maintenance est organisée, les contrôles effectués.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'information des patients est assurée par la remise d'un document émanant de la Société Nationale de Gastro-entérologie signé, intégré au dossier et archivé.

La programmation des coloscopies est intégrée à la programmation du bloc central, validée en comité de bloc; celle des fibroscopies gastriques et bronchiques est gérée par la responsable du centre d'exploration fonctionnelle après réception des demandes émanant d'un gastro-entérologue temps plein dans l'établissement et d'un temps partiel.

Le traitement des endoscopes est effectué dans un local dédié avec d'une paillasse semi-automatique à 6 bacs et d'un soloscope; le séchage est manuel. Le cycle, sa validité et sa conformité sont tracés. La validité du traitement de 12h impose un second traitement matinal avant utilisation. La traçabilité de l'endoscope utilisé, de son traitement, de l'acte réalisé est effective et intégrée au dossier patient.

Le taux de conformité des endoscopes suivi annuellement est très satisfaisant

Les prélèvements bactériologiques sont effectués à périodicité définie par l'infirmière hygiéniste sur les endoscopes, l'eau des bacs; une vigilance particulière est observée en retour de maintenance.

Les patients bénéficiant d'une coloscopie sont pris en charge dans le circuit ambulatoire, les fibroscopies

sont prises en charge en externe dans le bloc du 3ème étage.
Des check list spécifiques pour l'endoscopie digestive et bronchiques sont en place, leur utilisation n'a pas été évaluée.
Le centre d'exploration fonctionnelle du 3ème fonctionne sans anesthésiste sur place; les procédures de prise en charge d'une urgence vitale interne sont en place, le numéro d'appel d'urgence du médecin anesthésiste de garde est affiché en de nombreux points, le charriot d'urgence comporte un nécessaire d'intubation.
Le compte rendu endoscopique est dicté en temps réel, intégré au dossier dans les 24h et transmis crypté au médecin traitant.
La continuité des soins est assurée par une astreinte des agents de traitement et des infirmières de bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs quantitatifs d'activité sont suivis, la satisfaction des patients évaluée, les événements indésirables propres au secteur recueillis et analysés. L'infirmière hygiéniste a réalisé en 2015 l'audit « endoscopie » du GREPHH. Il a permis d'analyser le système documentaire (procédures), d'évaluer les ressources matérielles et humaines (formations), et d'observer les pratiques en matière de prévention du risque infectieux. La tenue du dossier patient dans le secteur endoscopie a été évaluée. L'utilisation de la check list spécifique n'a pas été évaluée. Une EPP a été consacrée à la bonne application de protocoles de traitement des endoscopes. Des RMM de secteur sont organisées.

A / AGIR

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

Des actions de régulation d'activité ont été mises en place par limitation du nombre d'examens par vacation, la charte du secteur endoscopie élaborée, le port des équipements de protection individuelle des agents de traitement suivi (lunettes de protection). L'harmonisation de fonctionnement entre les deux secteurs est en cours par étapes, la mise en place d'un pilotage commun est réalisée mais pas encore celle d'un Comité d'endoscopie.