



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE DU COTENTIN

**Avenue du thivet
50120 Equeurdreville - Hainneville
NOVEMBRE 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	58

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

POLYCLINIQUE DU COTENTIN	
Adresse	Avenue du thivet 50120 Equeurdreville - Hainneville
Département / région	MANCHE / NORMANDIE
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	500002233	SA POLYCLINIQUE DU COTENTIN	Avenue du thivet 50120 Equeurdreville - Hainneville
Etablissement de santé	500002357	POLYCLINIQUE DU COTENTIN	Avenue du thivet 50120 Equeurdreville - Hainneville

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	94	11
SSR	SSR	20	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Création du GCS de moyens Partenaires Santé Cotentin avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin Protocole de coopération entre le Centre Hospitalier Public du Cotentin et la Polyclinique du Cotentin pour l'attractivité du Cotentin Protocole reprenant en annexes les différentes conventions énumérées ci-dessous Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin : Convention de complémentarité et de coopération Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin

Contrat relais relatif à la prise en charge des urgences de chirurgie vasculaire et thoracique
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Convention constitutive du Centre de Coordination en Cancérologie du Territoire Nord-Ouest qui organise plusieurs réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) commune entre les deux établissements
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Convention de prêt de dispositifs médicaux chirurgicaux
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Convention de mobilisations de moyens en cas de pandémie grippale
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Convention de carcinologie en gynécologie et en urologie permettant permettant des interventions médicales croisées
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Convention de coopération pour les examens anatomopathologiques (janvier 2013)
 Convention de complémentarité et de coopération avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin
 Contrat commun tripartite pour le transport des produits sanguins labiles
 Création d'un GIE IRM public-privé sur le site de Valognes du CHPC : Centre Hospitalier Public du Cotentin, la Polyclinique du Cotentin et SELARL Imagerie Médicale Saint Quentin
 Convention avec les structures présentes sur le site de la Polyclinique : Imagerie médicale de la Bucaille
 Convention avec les structures présentes sur le site de la Polyclinique : Centre de Scintigraphie
 Conventions avec les structures présentes sur le site de la Polyclinique : Cabinet de pathologie SCP Angers Bernard-Bernadac
 Conventions avec les structures présentes sur le site de la Polyclinique : Laboratoire d'analyse médicales SELAS Dynabio Unilabs
 Convention avec le CHU de Caen dans le cadre de l'activité d'AMP Pérennité de l'activité d'AMP
 Convention avec le CHU de Caen dans le cadre de l'activité d'AMP Transfert d'embryons en vue de leur accueil par un couple tiers
 Convention avec l'EFS

 Convention avec les autres établissements du département : Centre de rééducation de Korian-Lestran
 Convention avec les autres établissements du département : Centre de réadaptation cardio-vasculaire William HARVEY
 Convention avec les autres établissements du département : Hôpital de Carentan

Regroupement / Fusion	La Société Anonyme (SA) Polyclinique du Cotentin est passé en Société par Actions Simplifiée (SAS) en juin 2016. La décision a été actée lors de l'AG du 02/06/16
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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 ou personne âgée	Chirurgie en hospitalisation complète	Cancer	Programmé	/	MCO
2	Enfant	Chirurgie ambulatoire	A définir	Programmé	/	MCO
3	Adulte	SSR polyvalent	Prothèse totale de genou chez un patient de 60 ans	Programmé	/	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

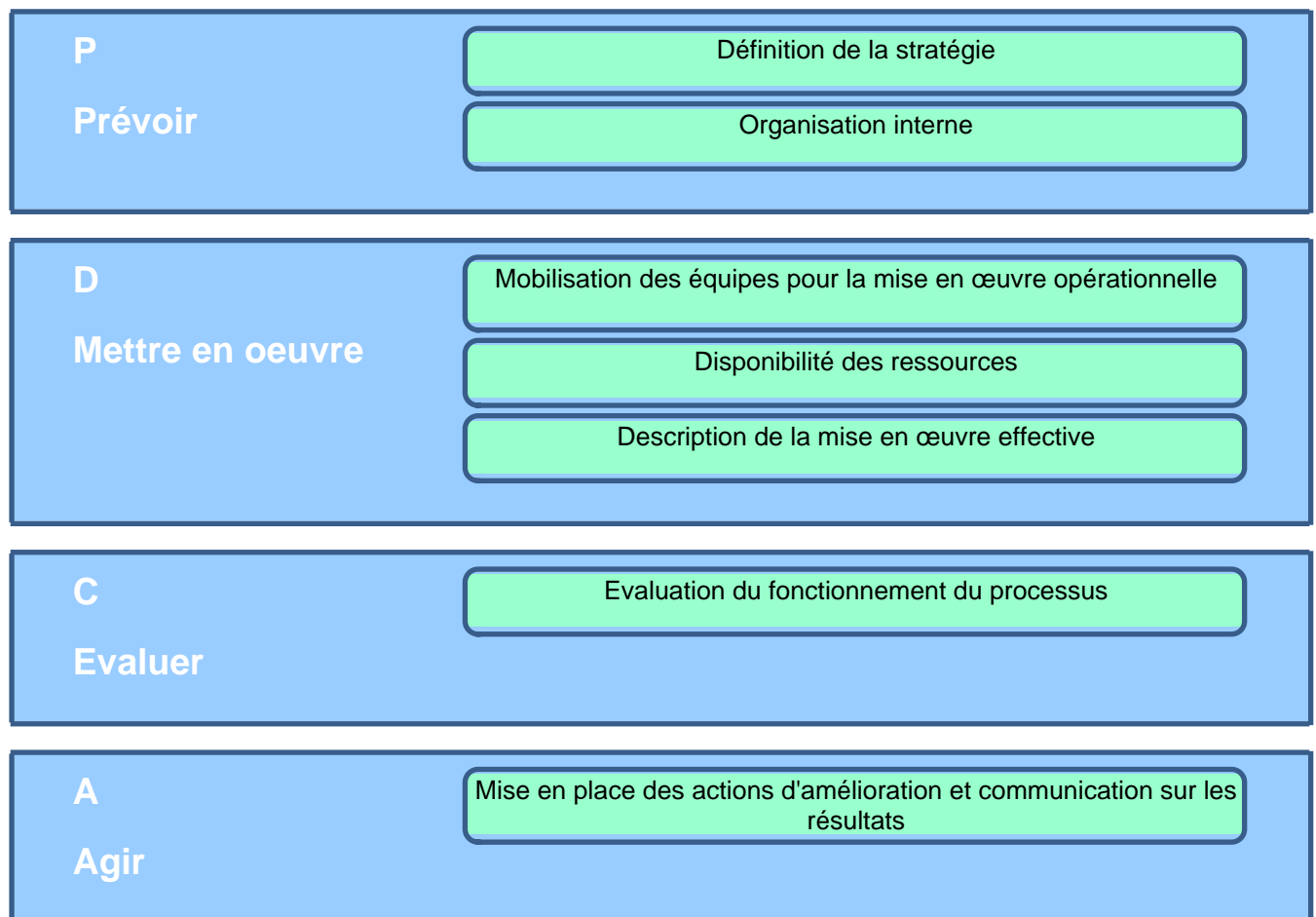
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins est inscrite dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2015-2019.

La politique décline 4 axes portés par la direction, le corps médical et l'ensemble des managers : faire de la qualité un outil de management dans l'ensemble des services, maintenir un haut niveau de certification et des résultats d'indicateurs conformes aux exigences en permettant aux professionnels de s'approprier les démarches, approfondir la démarche qualité et gestion des risques, promouvoir l'évaluation et favoriser les retours d'expériences.

La politique décline également la démarche EPP de l'établissement.

Elle intègre en particulier, comme obligations légales et réglementaires les vigilances réglementées, l'élaboration du plan blanc et des plans de crises.

La politique est présentée aux instances selon un calendrier défini.

Une identification des besoins et des risques a été conduite sur la base de cartographies de processus.

Différentes méthodes (APR, grille du réseau qualité bas Normandie, grille FHP) ont été mises en œuvre pour identifier dans un deuxième temps les risques résiduels.

La démarche a impliqué par processus les groupes pilotes, composé principalement des professionnels de terrain, des managers, des membres des sous commissions de la CME et du service qualité.

Les indicateurs (IQSS, CPOM, EPP...), les résultats des indicateurs I Satis, des enquêtes de satisfaction, les résultats de RMM, de CREX, la réglementation, ont contribué à l'analyse a posteriori ; l'établissement n'a pas eu de recommandations en V 2010.

Le compte qualité institutionnel issu de la hiérarchisation et de la priorisation des risques des différents processus, après identification des mesures de traitement est intégré au plan qualité gestion des risques de la clinique. Ce plan comporte majoritairement les modalités de mises en œuvre.

Le compte qualité a mobilisé, par processus, les professionnels de tous les secteurs de façon pluri-disciplinaire et le top management.

Le plan qualité gestion des risques est présenté aux instances selon un calendrier défini (périodiquement en CME, 2 fois par an au COPILGDR, 2 fois par mois au COPIL ...).

ORGANISATION INTERNE

La clinique a mis en place une organisation pour piloter le processus.

La directrice, le président directeur général, chirurgien dans la clinique et le président de la CME conduisent le pilotage stratégique avec l'appui du COPILGDR qui se réunit deux fois par an en session plénière.

Cette instance propose la politique, valide le plan qualité gestion des risques et veille à la cohérence des actions.

Le CODIR composé d'une partie des membres du COPILGDR se réunit quant à lui de façon bi-mensuelle pour suivre l'avancée de la démarche.

Des sous commissions de la CME sont mises en place (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS...).

Les vigilances réglementées (pharmacovigilance, hémovigilance, biovigilance, matériovigilance et AMP) sont réunies dans le COVIRIS.

Les vigilants sanitaires sont identifiés en terme de biovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance et AMP.

Les instances disposent d'un règlement de fonctionnement et les missions sont définies.

Les alertes sanitaires ascendantes et descendantes sont organisées.

Le service qualité est composé d'un responsable qualité chargé de la communication et coordonnateur de la GDR et d'un assistant qualité.

Ces professionnels disposent de fiches de postes et assurent l'expertise méthodologique auprès des professionnels.

Sur le plan opérationnel, différents groupes de travail pluri-professionnels impliqués dans les thématiques (équipe opérationnelle d'hygiène, groupe bienveillance, dossier patient) complètent le dispositif.

L'établissement organise la réponse aux besoins.

En termes de ressources humaines, les pilotes et copilotes ont été nommés sur l'ensemble des processus, impliquant le corps médical et les managers.

Les formations sur les outils (CREX, RMM...) sont programmées au plan de formation.

Les ressources documentaires sont organisées.

Il existe des procédures de déclarations des EI, un protocole d'annonce de dommage liés aux soins, un plan blanc et plan de crise, une charte de non punition, des protocoles méthodologiques.

Les ressources matérielles répondent au besoin : logiciel dédié pour le recueil des EI, logiciel dédié de gestion documentaire, site internet, etc...support d'information (bulletin qualité...).

L'organisation des interfaces entre processus est précisée un tableau.

La présence des managers dans la plupart des instances, dans le pilotage des processus, et dans les groupes de travail contribuent à la coordination des informations et à la cohérence des actions.

La coordination des vigilances, de la veille sanitaire et de la gestion globale de la qualité et de la GDR est organisée par le manager qualité coordonnateur des risques.

L'organisation de la gestion des plaintes et des réclamations est coordonnée par la responsable qualité, la direction et la CDU.

Il existe un interface avec l'EFS pour la sécurité transfusionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche qualité gestion des risques est accompagnée par le service qualité, la direction, le corps médical et les managers.

Les professionnels déclinent les actions du plan qualité de façon transversale selon les thématiques. La mise en œuvre des actions est déployée sur les secteurs concernés.

Il existe par ailleurs des référents de thématique dans les secteurs permettant ainsi une meilleure appropriation de la démarche ; référent douleur, hygiène, informatique.

Les professionnels ont la culture de déclarations des EI.

La démarche est connue, comme en témoignent les rencontres terrain en SSR et en chirurgie.

Le service qualité informe les déclarants des suites qui sont données sur le logiciel dédié.

Les indicateurs internes (satisfaction des usagers...) et les IQSS sont communiqués par voie d'affichage dans les unités de soins.

Les sous commissions de la CME et les groupes de travail se réunissent périodiquement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles pour conduire le processus.

La cellule qualité est opérationnelle.

Elle accompagne les professionnels et organise les formations aux outils et méthodes, parfois avec des partenaires du territoire comme l'AFM ou le réseau bas normand.

L'organisation de l'approvisionnement de produits sanguins est en place au niveau du bloc opératoire et les professionnels sont formés à la gestion.

La gestion documentaire est opérationnelle dans tous les secteurs d'activité, disponible sur informatique.

Les plans de crise dont le plan blanc sont disponibles et le plan de sécurisation pour partie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues par les managers sont connues des professionnels et mises en œuvre.

Les actions qualité GDR sont mises en œuvre par les 11 groupes travaillant sur les thématiques V2014, le CLAN, le CLIN, le CLUD, principalement.

Les déclarations d' EI à partir de l'outil informatique est effectif.

De janvier 2018 environ 200 EI ont été déclarées par les professionnels des différents métiers et secteurs et 98 % d'entre elles étaient traitées lors de la visite.

Les RMM et les CREX sont réunis selon le règlement intérieur.

Les RMM sont effectives depuis 2008 et les CREX depuis 2014.

Le corps médical conduit de longue date des RMM, ouvertes à l'ensemble des professionnels.

Un CREX institutionnel est également réuni à périodicité.

Les professionnels médicaux et soignants rencontrés témoignent de l'effectivité des réunions et de leur participation.

La CME suit les EPP en lien avec le responsable qualité qui prépare les documents de séance.

Le plan de formation est effectif.

Pour la V 2014, 62 % des IDE et 57 % des ASQ ont été formés à la méthode processus et PDCA, et 70 % des professionnels ont été formés au nouveau logiciel de gestion documentaire.

Les professionnels s'approprient les tableaux d'indicateurs notamment les indicateurs de satisfaction des patients, publié chaque par mois.

La réponse aux plaintes de patients et aux réclamations est effective et impliquent les secteurs concernés. Les indicateurs de suivis sont communiqués en CDU.

Les usagers participent au sein de la CDU, à l'évaluation de la satisfaction des patients.

La CDU contribue à faire évoluer la grille de recueil comme cela a été le cas dernièrement sur les repas.

Le plan blanc est actualisé et des exercices de simulation ont eu lieu sous l'impulsion de l'ARS.

Les alertes sanitaires montantes et descendantes sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement conduit des évaluations notamment à l'aide d'indicateurs.

La clinique recueille les IQSS et participe au recueil e-satis.

Une enquête de notoriété a été réalisée avec les étudiants d'un IUT, sur la ville de Cherbourg.

La clinique conduit des EPP sur le fonctionnement de ses processus (gestion documentaire, nombre de déclarations EI par service et par domaine...).

Des audits sont planifiés et donnent lieu à un suivi d'indicateurs.

Trois patients traceurs ont été mis en œuvre récemment avec les professionnels dans le cadre de la V2014.

A / AGIR

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

Le plan qualité GDR est réajusté en fonction des résultats obtenus. Il l'a été par exemple suite aux 3 patients traceurs ou suite aux RMM, CREX et différents audits.

Lors de la visite, l'établissement a communiqué l'actualisation de son compte qualité et de son plan d'actions QGDR.

Les résultats des actions sont communiquées aux professionnels par les managers de soins (bloc

opérateur et endoscopie, services hospitalisation complète et ambulatoire...) et par le bulletin qualité diffusé périodiquement ainsi qu'aux instances.

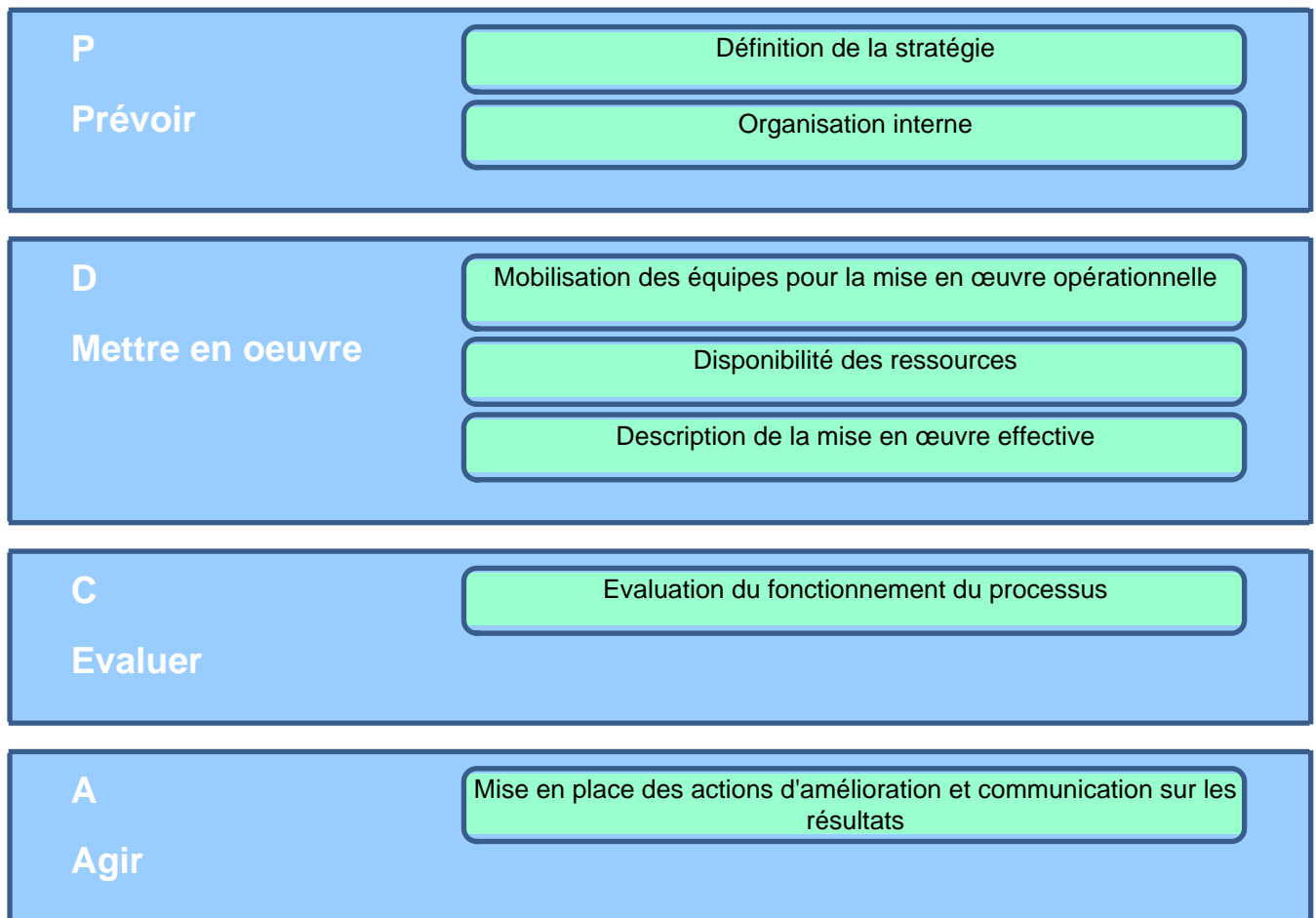
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Il existe à la polyclinique du Cotentin une organisation et des moyens adaptés définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.

L'établissement suit la méthodologie préconisée pour le remplissage du compte qualité par thématique. Celui-ci est automatiquement alimenté par les indicateurs du TBIN (indicateurs obligatoires diffusés publiquement, et indicateurs optionnels). Une inspection de l'ARS en 2014 a validé le bilan LIN.

Il est attendu a minima de l'établissement, que chaque indicateur obligatoire diffusé quand sa valeur est en deçà des exigences, soit relié à la fois à un risque, un plan d'action, et au suivi de celui-ci. Compte-tenu du caractère très structurant des indicateurs du TBIN sur cette thématique, et parce qu'ils sont calculés à partir d'un bilan complet (BILAN LIN) interrogeant les organisations, les moyens et les actions, leur analyse contribue au repérage des risques et l'identification des actions correspondantes sur la plupart des domaines ayant un impact dans la prévention et la maîtrise des infections nosocomiales (IN).

La politique de l'établissement établit les objectifs en matière de prévention et de maîtrise des infections associées aux soins et définit son programme d'actions en lien avec les résultats notamment des indicateurs.

Ce programme d'action comporte notamment, la lutte contre les infections nosocomiales, le maintien de son bon niveau des indicateurs BILAN LIN que l'implication quotidienne de l'EOH et des membres du personnel a permis, la prévention de la diffusion des BHR, l'optimisation du tri des déchets, l'amélioration de l'efficacité du bionettoyage dans les services de soin et le bloc opératoire, la poursuite de la sensibilisation sur la réévaluation de l'antibiothérapie et sa traçabilité, l'amélioration de la gestion des événements épidémiques intégrés au plan blanc.

La cartographie des risques est conçue en deux temps, une cartographie des dangers (événements redoutés) à chaque étape de la prise en charge, puis une cartographie spécifique des risques infectieux, centrée sur les risques résiduels hiérarchisés selon la méthode HAS et déclinés en plans d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Il existe une organisation mise en place pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux avec des ressources affectées à la mise en œuvre de la politique : des ressources humaines (notamment EOH, référent antibiotique), des ressources matérielles, des ressources informatiques et des ressources en formation.

Le plan de formation comporte des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux, et au bon usage des antibiotiques. Il est complété en fonction des besoins émis par la manager avec les professionnels lors de leur entretien annuel. Il est ensuite validé par le COPIL.

Des procédures et des protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux sont élaborés. Ils concernent notamment l'hygiène des mains (éducation du personnel, équipements des unités, suivi de la consommation en SHA, évaluation des pratiques, la prévention des infections associées aux gestes invasifs : sonde urinaire, cathéters veineux périphériques, cathéters veineux centraux, chambre implantable, dispositifs sous cutanés).

Ils concernent également l'organisation des conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi) avec l'EOH et la CME.

Une procédure d'alerte est validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie et modalités de contrôles de prescriptions antibiotiques définies.

Il existe un protocole sur l'antibiothérapie de 1^{ère} intention pour les principaux sites d'infection.

Le plan blanc en cas de risque épidémiques est défini. Il existe des modalités de gestion des épisodes épidémiques notamment mobilisation de l'ensemble des acteurs chargés de la gestion d'une crise (direction, encadrement, gestionnaire du risque ...).

Il existe une procédure d'information rapide entre le laboratoire de biologie, le secteur d'activités, et l'EOH (modalités de transmission de l'information d'une colonisation ou d'une infection d'un patient)

porteur d'une BMR).

La prévention des ISO concernant la bonne préparation cutanée, de l'opéré, le bon usage de l'antibioprophylaxie est organisée selon les protocoles de la SFAR. Pour la prévention des ISO, des protocoles et outils d'aide à l'observance des mesures de prévention du risque péri-opératoire (préparation cutanée, bon usage de l'antibioprophylaxie, surveillance clinique, démarches EPP/ préparation cutanée et antibioprophylaxie) sont disponibles.

D'autres protocoles sont relatifs à l'hygiène spécifique au bloc opératoire et endoscopique.

La politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux est organisée et des moyens adaptés sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.

Il y a un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) pluridisciplinaire composé de 12 personnes et présidé par un chirurgien orthopédiste. Y participent notamment la pharmacienne titulaire d'un DU d'hygiène hospitalière, le médecin biologiste, la responsable des soins des services de chirurgie, soins externes, ambulatoire et SSR, un médecin anesthésiste réanimateur (MAR), le médecin du travail, la référente hygiéniste et l'assistante qualité.

Une EOH constituée de la pharmacienne, d'une IDE référente en hygiène détaché 12 heures par mois.

Les pilotes du processus ont des missions et des fonctions définies.

Le CLIN a pour mission d'organiser et de coordonner la surveillance continue des infections survenues dans l'établissement et de coordonner les activités de l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène hospitalière (EOH). Il doit élaborer une politique de lutte contre le risque infectieux, donner son aval sur les aménagements des locaux et les achats d'équipements, mettre en place un programme de formation sur la prévention du risque infectieux et sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), soumettre les programmes d'actions et les bilans à la CME, veiller à l'existence d'un volet sur les antibiotiques dans le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

Les conditions d'hygiène optimales des locaux (missions, responsables, protocoles, suivi) sont organisées avec l'EOH en lien avec le CLIN et la CME.

Il y a une infirmière référente en hygiène dans chaque secteur de l'établissement.

Les carnets sanitaires de l'air et de l'eau sont régulièrement contrôlés.

Concernant la gestion de l'air et de l'eau, elle est assurée par des prestataires extérieurs.

La gestion du linge est également assurée par un prestataire extérieur. Dans les secteurs interventionnels, les tenues sont à usage unique. Une charte du visiteur insiste sur les conditions élémentaires d'hygiène.

Les circuits et la prise en charge des DASRI sont organisés dans toutes les unités visitées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).

L'EOH, correspondant en hygiène, est responsable du signalement des Infections Nosocomiales (IN) et s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Le pharmacien, référent antibiotique, le microbiologiste, les cadres de santé, et les autres professionnels sont impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales.

Les moyens dédiés à la lutte contre les IN concerne les compétences (EOH, correspondants hygiène dans chaque unité de soin), le système information, les équipements (mise à disposition des produits hydro-alcooliques (PHA) dans les chambres des patients, équipements de protection du personnel, etc.) et les formations (formation effective des professionnels et personnels en hygiène hospitalière).

Des dispositifs de prévention sont mis en place.

Les EIAS sont déclarés sur la GED, et les professionnels ont été sensibilisés et formés à la déclaration.

Des CREX et RMM pluridisciplinaires consacrés aux risques infectieux sont régulièrement réunis.

Des actions correctives sont identifiées et analysées si nécessaires avec les responsables qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les compétences concernent l'EOH, le correspondant en hygiène dans chaque unité, le référent antibiotique, et sont connues des professionnels.

Un médecin infectiologue rédacteur de nombreux protocoles est reparti à Caen en septembre 2017.

Pour pallier cette carence, un GCS a été constitué avec le service de maladies infectieuses du CHPC (Centre Hospitalier Public du Cotentin).

Il existe également à l'ARS de Normandie une cellule NORMANTIBIO avec laquelle l'établissement est en contact et une surveillance sanitaire du CCLIN Ouest.

L'établissement participe au réseau de surveillance WEB-AES Ouest.

Les professionnels sont régulièrement formés à l'hygiène, notamment des locaux et à la prévention du

risque infectieux. Des formations au bon usage des antibiotiques des nouveaux prescripteurs, aux professionnels permanents ou temporaires sont réalisées régulièrement. Les IDE du bloc opératoire sont régulièrement formés à la prévention des risques infectieux au bloc opératoire.

Des formations sont organisées lors de la Semaine de la sécurité du patient sur l'hygiène des mains et avec la chambre des erreurs, un outil ludique d'amélioration des pratiques, de la qualité et de la sécurité des soins.

Ils participent aux journées annuelles de sensibilisation et de formation organisées par l'ARS et le réseau RRH, réseau Régional d'Hygiène au CHU de CAEN.

Des documents (procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux) sont accessibles et connus des professionnels (protocoles, guide de bon usage des antibiotiques). Des ressources matérielles sont mises à disposition des personnels : solutions hydro-alcooliques dans les couloirs et les chambres des patients, équipement de protection en cas de nécessité.

Du matériel est disponible dans le cadre de la prévention de la transmission soignés/soignants (matériel de sécurité pour gestes invasifs, équipements de protection individuelle).

La surveillance vaccinale des professionnels, comme le système de déclaration des AES sont assurés en collaboration avec le service de santé au travail, et le protocole de prise en charge en urgence des AES est partout affiché.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

Les règles de maîtrise du risque infectieux (en matière notamment de bio nettoyage, hygiène des mains, tenues professionnelles, etc.) sont respectées.

Le bio nettoyage est internalisé. Les protocoles sont régulièrement revus. Des audits et des formations sont organisés.

La stérilisation est située dans le bloc opératoire. Les autoclaves sont récents. Le parc de matériel est suffisant.

La prise en charge des AES est en place selon un protocole. Le médecin du travail des personnels de l'établissement participe au CLIN et veille à la mise à jour de leur calendrier de vaccination. La vaccination contre la grippe est proposée tous les automnes. Une IDE du service externalisé de médecine du travail titulaire d'une licence de santé au travail est particulièrement impliquée dans la prévention des AES. Les résultats d'un audit seront restitués au personnel du bloc opératoire en juin.

Une démarche préventive liée à l'air au bloc opératoire et aux secteurs d'activités est mise en place : surveillance microbiologique ou du taux d'empoussièrement, seuil d'alerte défini, protocole de conduite à tenir, maintenance préventive dans les secteurs à traitement d'air maîtrisé, une démarche préventive concernant l'eau (surveillance microbiologique du réseau d'eau chaude, seuil d'alerte défini, protocole de conduite à tenir, maintenance préventive du réseau d'eau chaude sanitaire).

L'organisation mise en place permet le respect des conditions optimales d'hygiène des locaux, mise en place avec l'EOH, incluant la formation à l'hygiène des locaux des professionnels, l'évaluation régulière de l'application régulière des procédures et protocoles de bio nettoyage des locaux.

La gestion du linge et des déchets est conforme dans toutes les unités visitées.

L'isolement des patients porteurs de BMR est réalisé dans un secteur dédié.

Des procédures de signalement interne et externe des infections nosocomiales et de gestion de crise sont mises en place. Il existe des enquêtes de prévalence ou d'incidence, surveillance des IN, système de déclaration des AES.

L'EOH est destinataire des données de la surveillance des infections du site opératoire (ISO), et participe au réseau régional de surveillance.

Les résultats de surveillance sont présentés aux secteurs concernés et à la CME pour renforcer la lutte contre les infections nosocomiales et prévenir les BHR.

La polyclinique du Cotentin s'est engagée depuis 17 ans dans la lutte contre les infections nosocomiales appelées encore infections associées aux soins.

Afin de répondre aux exigences réglementaires, la polyclinique du Cotentin s'est organisée pour maintenir un haut niveau de qualité des indicateurs issus du bilan de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Le Comité de Lutte contre les infections nosocomiales a instauré : une politique de surveillance des patients à risques, une politique de prévention, une politique de formation continue des professionnels, une politique d'évaluation du processus. Le CLIN se réunit 3 fois par an.

Bien que la Normandie soit relativement épargnée par la prolifération des bactéries hautement résistantes, le CLIN a instauré une vigilance particulière et renforce la prévention et la surveillance de la survenue de ces BHR.

La mise en œuvre des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux est en lien avec l'EOH.

L'accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie est organisé. Il y a un référent en antibiothérapie dans l'établissement éventuellement partagé entre plusieurs établissements, dont les compétences sont adaptées aux missions et actualisées régulièrement et dont le temps dédié à l'activité est adapté.

Une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est en place : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre, dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la

résistance aux antibiotiques, etc.

Il existe d'une liste d'antibiotiques ciblés dans l'établissement impliquant une dispensation nominative, la réévaluation à 48-72H, le suivi de la consommation.

Des modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue sont tacitement établies.

La connexion informatique entre les secteurs d'activités, les prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie est effective.

La prescription des antibiotiques est informatisée et la traçabilité de l'argumentation pour toute antibiothérapie poursuivie plus de 7 jours est réclamée.

La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective dans le dossier du patient bien que le logiciel du DPI ne permette de rappel automatique. L'établissement utilise la grille de réévaluation de l'antibiothérapie à la 72ème heure éditée par l'OMEDIT de Poitou-Charentes. Une EPP sur l'antibiothérapie (molécule, posologie, durée, réévaluation à 72H) a montré un résultat positif dans 78% des dossiers en 2018. Les médecins sont sensibilisés par la pharmacienne en CME.

La surveillance de la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportées à l'activité, et la participation à un réseau de surveillance de la consommation des antibiotiques est en place. Les résultats sont restitués aux secteurs d'activité/disciplines, et à la CME.

La surveillance des BMR est effective. Il existe une liste de BMR prioritaires et une politique de dépistage des BMR, actualisées tous les 5 ans, fonction des facteurs de risque du patient, de la discipline ou du secteur d'activités de prise en charge du patient. (Document daté et validé)

L'information au patient (patients colonisés ou infectés par une BMR, protocole précisant l'information à donner au patient porteur) est organisée.

Des procédures permettant à l'EOH de vérifier la mise en place des précautions recommandées en cas de colonisation ou d'infection à BMR, vérification tracée, des procédures d'information de la colonisation ou de l'infection par une BMR lors de transfert, inter, intra et en cas de réadmission sont réalisées.

En cas de colonisation ou infection du patient porteur d'une BMR, les règles de maîtrise du risque infectieux (en matière notamment de bio nettoyage, hygiène des mains, tenues professionnelles, etc.) sont respectées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs permettent la meilleure organisation de la lutte contre les IN et les infections du site opératoire (ISO) : indicateurs IQSS liés ICALIN2, ICA-LISO, ICSHA 2.

L'évaluation (recueil d'indicateurs et démarches d'EPP) associe une démarche d'analyse approfondie des causes d'un EIAS.

Des démarches EPP (préparation cutanée et antibioprophylaxie) sur ces thèmes sont réalisées. Une EPP sur la réévaluation de l'antibiothérapie et sa traçabilité est régulièrement suivie.

Un audit sur les AES est réalisé par une IDE du service inter entreprises de médecine de travail de la Manche et les résultats seront communiqués en CME en juin 2018.

En endoscopie, un audit a été réalisé en février 2018.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les actions entreprises concernent notamment l'amélioration de la gestion des événements épidémiques intégrés au Plan Blanc, l'amélioration de l'efficacité du bio nettoyage dans les services de soins et au bloc opératoire, la poursuite de la sensibilisation sur la réévaluation de l'antibiothérapie et sa traçabilité et l'amélioration du système de déclaration des événements indésirables.

D'autres actions sont mises en œuvre permettant la connaissance et la mobilisation des professionnels sur des sujets prioritaires tels que : la mise en œuvre des recommandations en matière d'hygiène des mains, la mise en œuvre des pratiques liées à la prévention des infections associées aux gestes et la mise en œuvre du protocole de prescription d'antibiotiques de première intention des principaux sites d'infection, des protocoles concernant la réévaluation de l'antibiothérapie (évaluation de l'antibiothérapie à 48-72H, argumentation dans le dossier patient pour toute antibiothérapie dépassant 7 jours).

Des démarches d'amélioration portent sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux comme l'analyse des causes d'EI graves, des audits de la démarche de pertinence de la prescription des

antibiotiques.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Des informations sont délivrées sur la politique d'hygiène des mains : posters, intranet/internet, dans le livret d'accueil des nouveaux professionnels, le livret d'accueil des patients et le bulletin qualité de l'établissement. En interne, sur les résultats obtenus des démarches EPP et indicateurs et leur analyse servant à définir collectivement les plans d'actions et permettant d'ajuster les objectifs d'amélioration

Auprès du public sont mis à disposition par affichage les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et notamment du TBIN.

Les échanges individuels permettent de cibler le questionnement sur le métier du professionnel et son rôle dans le dispositif.

L'établissement a fait de la communication un axe stratégique à part entière de sa politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques.

Par le biais du bulletin qualité mensuel, les professionnels sont informés de l'ensemble des démarches qualité et gestion des risques de l'établissement. C'est également l'occasion de valoriser le travail des professionnels investis dans cette démarche.

Le service qualité assiste également systématiquement à chaque instance ou commission permettant de suivre l'ensemble des actions engagées.

Enfin, plusieurs campagnes de prévention organisées tout au long de l'année permettent d'aborder la gestion des risques de manière ludique et de s'adresser au plus grand nombre (semaine de la sécurité du patient, journées hygiène des mains...).

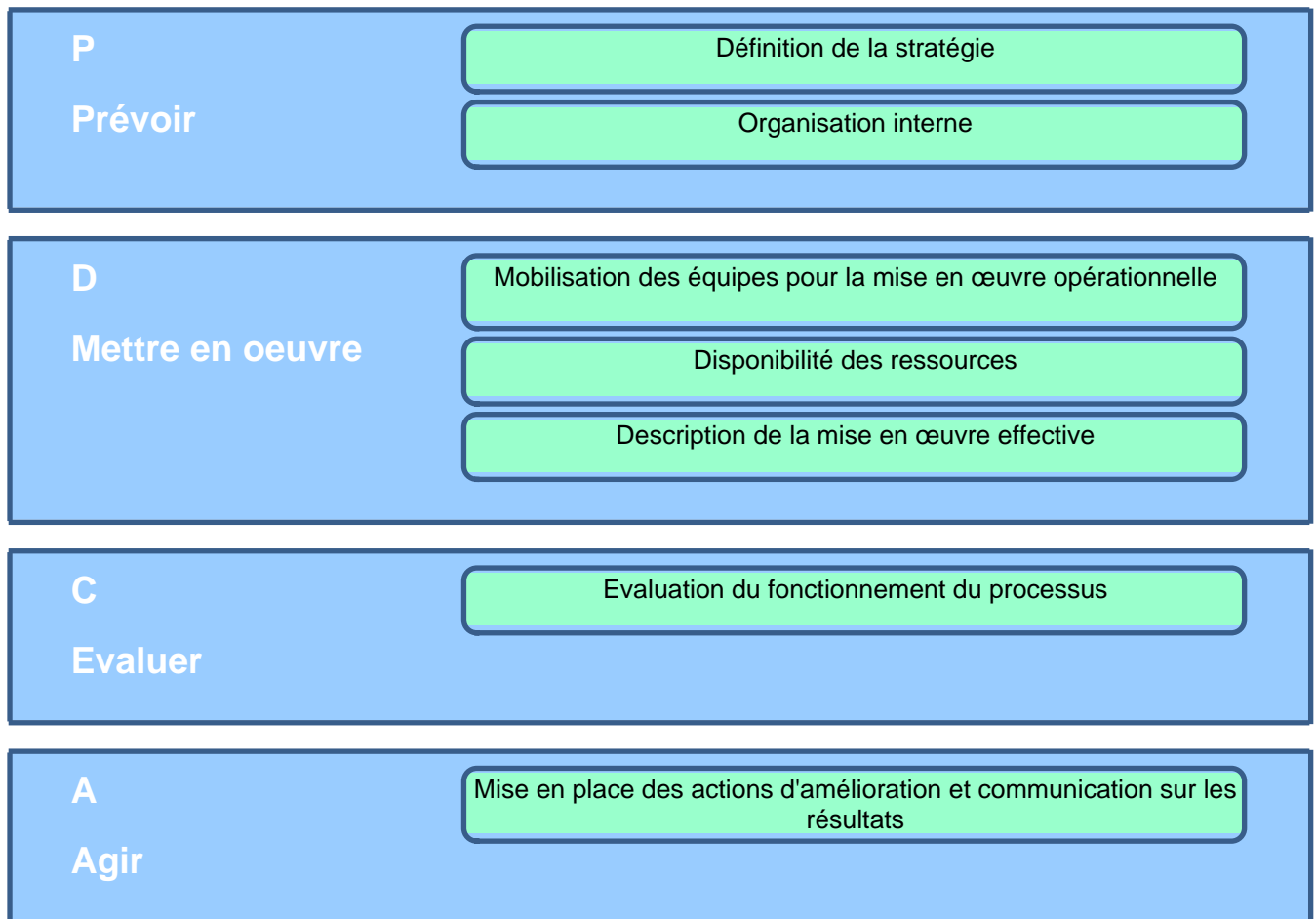
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet d'établissement 2015-2019 inscrit le respect des droits du patient comme valeur de la prise en charge.

Les orientations stratégiques sont déclinées dans le programme qualité gestion des risques (PAQS) en termes d'amélioration de la satisfaction du patient, de prise en charge de la fin de vie, du patient atteint de la maladie d'Alzheimer, de l'information du patient sur le rôle de la personne de confiance et sur le rôle des usagers.

La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont déclinées dans les orientations du projet de soins.

La clinique a identifié ses risques sur la base d'une cartographie du processus.

Les indicateurs nationaux, les indicateurs internes, la réglementation, l'analyse des risques a posteriori ont contribué à l'analyse.

Une cartographie des risques résiduels a été établie à partir de la grille du réseau qualité Normandie, reprenant les critères du manuel V 2014 sur la thématique.

Cette cartographie a permis la mise en évidence des risques résiduels, prioritaires côtés avec la grille de la HAS, après identification des éléments de maîtrise (risque à surveiller) et d'établir le compte qualité.

Le compte qualité est intégré au plan d'action du processus et dans le PAQS institutionnel, comportant majoritairement les éléments de suivis (pilote, échéancier...).

Le PAQS est présenté périodiquement à la CME et en CDU et de façon bi-annuelle au COPILQGDR .

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour assurer le pilotage du processus.

Le responsable qualité, le manager des soins, un représentant des usagers copilotent le processus avec les membres de la CDU.

Un groupe de professionnels est en appui pour mettre en œuvre le plan d'action qualité gestion des risques et les actions visant la bientraitance.

Une convention organise la coordination dans le cadre des soins palliatifs de l'équipe mobile des soins palliatifs de Cherbourg.

Le CLUD est en place concernant la prise en charge de la douleur.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, documentaires et matériels.

Le responsable qualité a en charge les plaintes et les réclamations pour la direction.

Les médiateurs médicaux et non médicaux sont nommés au sein de la commission de conciliation.

Les actions de formation sont planifiées en lien avec la CDU.

Des actions sont reconduites depuis plusieurs années.

La gestion documentaire comporte les éléments utiles aux patients (document d'information) et aux professionnels (protocoles sur la douleur, les réclamations/plaintes, le recueil de la personne de confiance, des directives anticipées ...).

La clinique a déposé un plan d'accessibilité et s'est donc engagé à la mise en œuvre d'un programme d'amélioration sur le plan architectural et des locaux dans les cinq ans à venir.

Le site internet de l'établissement contribue à l'information du patient, des usagers et de l'entourage.

Les interfaces du processus avec les autres thématiques sont définies sur un tableau communiqué aux pilotes.

La participation des managers qualité et des soins aux différents processus assure également la coordination des actions.

Le SI participe à la confidentialité des informations comme en témoigne les pré-requis des indicateurs Hôpital numérique.

Cependant, les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies ni diffusées. L'établissement dispose d'un protocole relatif au traitement et à l'évaluation des informations préoccupantes concernant les mineurs en danger ou en risque de danger sur le territoire de la Manche, signé entre les différents partenaires dont le conseil départemental de la Manche, la préfecture et les tribunaux concernés.

Ce protocole conservé à la direction n'a pas fait l'objet d'une déclinaison institutionnelle à disposition des professionnels.

Par ailleurs, il n'existe pas non plus de conduite à tenir concernant les adultes et les incapables majeurs.

L'établissement a identifié ce risque dans son compte qualité et le bilan des situations à risque est en cours de réalisation par le groupe référent de la thématique.

Le manque d'informations à disposition des professionnels est de nature à retarder ou empêcher le repérage d'une situation à risques et la réponse à apporter au patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes de la thématique mettent en œuvre une déclinaison transversale du PAQS avec le groupe rattaché à la thématique, le groupe pluri-professionnel représentant les secteurs concernés par la prise en charge. Ce groupe de professionnels qui était par ailleurs impliqué dans une EPP sur les chutes a été, en effet reconduit pour mettre en œuvre le projet de bientraitance.

Les professionnels de tous les services de soins sont impliqués dans la diffusion du questionnaire de satisfaction à la sortie du patient, ce qui permet d'avoir un taux de retour représentatif (65 % pour 2017).

La démarche est ancienne et les professionnels ont de longue date, connaissance des éléments de satisfaction du patient par un affichage mensuel des résultats, ce que confirme les visites terrain en SSR et en chirurgie.

L'évaluation récente des pratiques professionnels sur la base des patients traceurs a impliqué les professionnels de terrain.

Le service qualité et les managers de soins communiquent sur les indicateurs par voie d'affichage et des actions d'amélioration sont définies si nécessaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, la clinique met à disposition les ressources humaines, documentaires et matérielles.

Les plans de formation 2017 et 2018 comportant des formations sur la thématique (troubles cognitifs, maltraitance ou éthique) sont mis en œuvre.

Par ailleurs, des actions de sensibilisation des professionnels sont planifiées à partir d'une vidéo réalisée en interne dans le cadre de la bientraitance.

Les représentants des usagers sont intégrés à la CDU et les médiateurs médicaux et non médicaux (titulaire et suppléant) ont été nommés.

Sur le plan documentaire, les livrets d'accueil actualisés sont disponibles ainsi que les questionnaires de satisfaction.

Le livret d'accueil met à disposition des patients, les informations réglementaires (dommages liés au soins, CDU, personne de confiance, etc.) selon un protocole établi.

Les professionnels disposent également de documents d'information du patient, afin de recueillir leur consentement éclairé dans les situations qui le nécessitent : anesthésie, intervention chirurgicale, transfusion...

Les professionnels disposent de protocoles pour mettre en œuvre les droits du patient.

A titre d'exemple, il existe des protocoles analgésiques en particulier sur la prise en charge de la douleur post-opératoire et des outils de mesure de type échelle de douleur... Un protocole sur le recueil des plaintes et des réclamations est protocolé. Le protocole sur le recueil de la personne de confiance a été actualisé au regard de la réglementation de même que le recueil des directives anticipées.

Les locaux permettent le respect de la confidentialité (ligne de confidentialité, locaux dédiés à l'admission...), de la dignité et de l'intimité du patient (chambres équipées pour accueil des personnes handicapées).
Lorsque cela est nécessaire les professionnels ont à disposition des matériels ADHOC : paravent pour les chambres à 2 lits par exemple.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dès la consultation chirurgicale, le patient reçoit les informations nécessaires à sa prise en charge. Un document d'information et de consentement aux soins est remis.

Il en est de même pour le consentement à l'anesthésie, lors de la consultation.

Le livret d'accueil est remis au patient lors de la pré-admission par le service administratif, les personnels de soins s'assurent de sa bonne appropriation à l'admission.

A l'admission, les professionnels contrôlent la remise du livret et des informations faites au patient et recueillent la personne de confiance comme en témoigne l'indicateur IQSS pour 2016.

Bien que le recueil des directives anticipées ne soit pas généralisé, ce droit est connu des professionnels rencontrés comme en témoigne la visite en SSR par exemple, service dans lequel les professionnels ont eu à mettre en œuvre les directives anticipées écrites par une patiente.

L'information du patient durant son séjour est réalisée par les professionnels comme cela est confirmé par l'analyse des questionnaires de sortie.

La participation du patient et de son entourage est recherchée pour la mise en œuvre de son projet thérapeutique, comme cela a été constaté lors des patients traceurs.

Pour les patients mineurs, le recueil du consentement des deux parents est mis en œuvre.

La contention physique du patient est réalisée sur prescription médicale et réévaluée.

La traçabilité de la douleur est effective comme le confirme les patients traceurs et l'indicateur IQSS pour la campagne 2016.

Les professionnels recueillent les plaintes du patient lorsque cela est nécessaires et font le lien avec le manager qualité chargé de la communication.

Le traitement des plaintes est effectif et les délais de réponse sont suivis par le service qualité avec la CDU.

Des mesures visant le respect de la dignité et de l'intimité des patients sont mises en œuvre au quotidien dans les pratiques par les professionnels. Lors des soins d'hygiène par exemple les paravents sont installés dans les chambres.

L'information au patient et à son entourage est délivrée dans le respect de la confidentialité : les ordinateurs portables sont fermés si nécessaire et la délivrance de l'information orale est réalisée dans un climat propice à l'écoute et au respect de la confidentialité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits, de la satisfaction du patient et de son entourage sur la base d'outils identifiés en lien avec la CDU.

Notamment par les questionnaire de sortie, les enquêtes e-satis et de notoriété réalisées par une université locale auprès de la population de Cherbourg.

La conduite de patient traceur intègre un questionnement sur les droits du patient, la démarche est récente.

La CDU et les professionnels sont informés périodiquement des résultats.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre notamment suite aux résultats des indicateurs : indicateurs IQSS ou suivis dans le cadre des audits internes et des patients traceurs.

Le compte qualité a été actualisé lors de la visite.

Pour suivre la mise en œuvre des actions, l'établissement communique régulièrement auprès des usagers partie prenante du pilotage et en CDU lors des réunions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

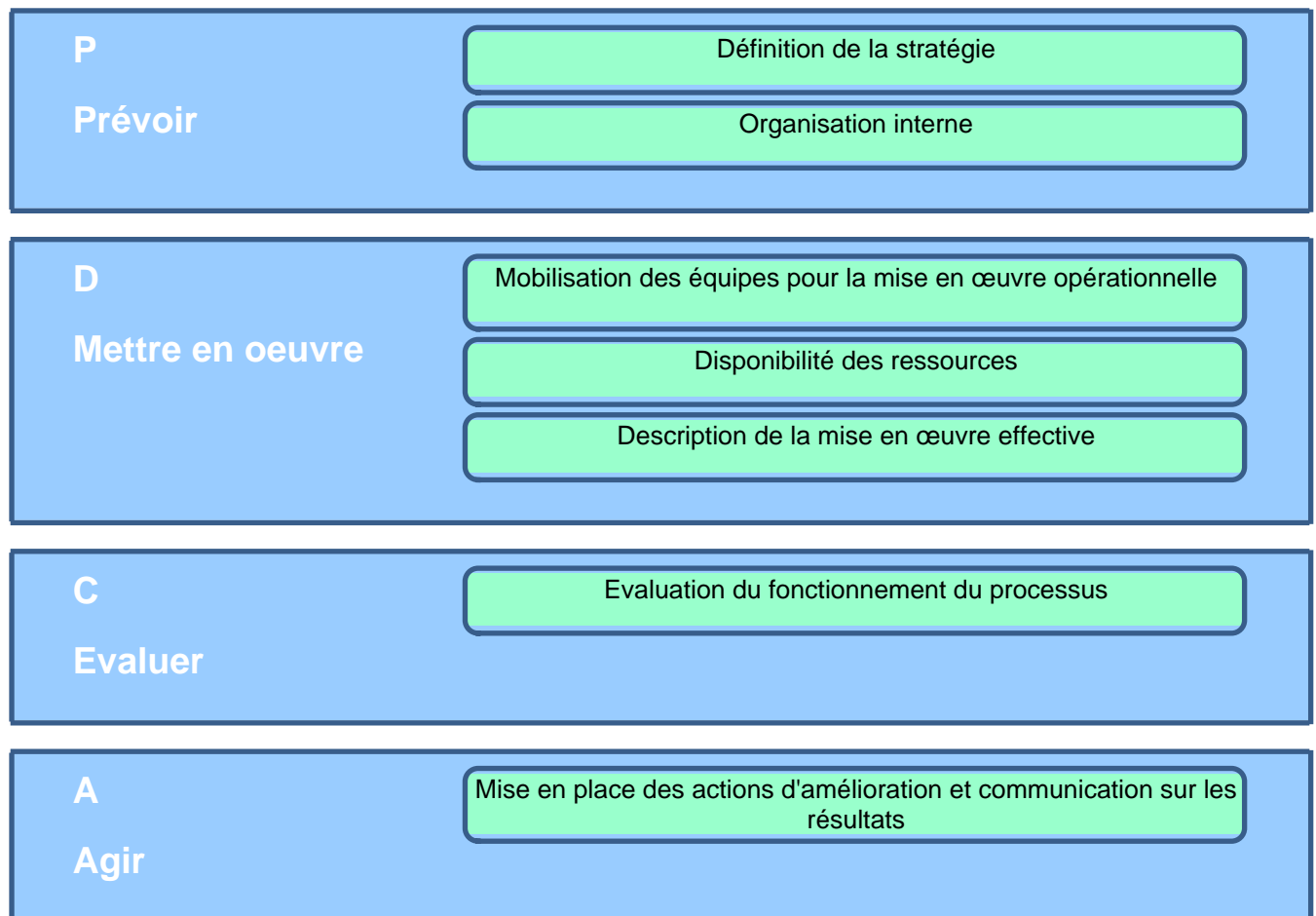
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau stratégique par une analyse territoriale, dans le cadre du schéma régionale des soins, du projet d'établissement et du CPOM, et au niveau de l'établissement au regard d'une analyse des différentes étapes de prise en charge sur le parcours de santé du patient, avec intégration des secteurs à risques, des types de population (enfants, personnes âgées, personnes atteintes de handicap..), des pathologies traitées et des typologies de parcours (ambulatoires, hospitalisation complète et de semaine, et SSR). Il est en mesure de prendre des patients en fin de vie sans unité de soins palliatifs dédiée. L'établissement s'est intégré dans des démarches d'éducation thérapeutique et d'actions éducatives du patient et s'oriente dans les programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire, en cas de besoin.

La politique d'amélioration du parcours du patient est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et formalisé dans le projet d'établissement 2015-2019.

Le projet d'établissement s'inscrit dans un processus d'amélioration de l'offre de soins s'exerçant tant sur le plan externe qu'interne. Il tient compte du contexte sanitaire local, régional et national. Son élaboration s'est effectuée dans un cadre national et local riche en événements marquants, en nouveaux partenariats et en analyses contextuelles.

En effet, le projet stratégique s'est appuyé, au moment de sa conception, de la réflexion engendrée par la conclusion du CPOM avec l'ARS de Normandie, d'un changement de directeur et par le constat d'un manque de praticiens sur le territoire en nombre et en spécialités.

Plusieurs coopérations sont signées et d'autres projets en cours d'élaboration afin de maintenir et de développer une offre de services de santé permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

L'objectif principal de l'établissement est de participer activement à l'amélioration continue de l'offre de soins prodiguée aux habitants du territoire. Pour ce faire, la polyclinique du Cotentin se doit de conforter et renforcer sa position d'établissement de santé en chirurgie toutes spécialités (à l'exception de la neuro-chirurgie et de la chirurgie cardiaque) et en soins de suite et de réadaptation sur son territoire à court, moyen et long terme.

Le projet d'établissement a reposé sur la mobilisation, le travail puis la validation d'un maximum d'acteurs de l'établissement : Assemblées Générales, Commission Médicale de l'établissement, personnel soignant et administratif, usagers, partenaires sociaux, etc...

L'établissement a souhaité intégré une démarche stratégique, participative et consensuelle, de motiver et responsabiliser les praticiens et les professionnels à l'atteinte de ses objectifs stratégiques de développement de croissance, de faciliter les relations et conditions d'exercice pour les acteurs sur la base d'un "livre de route" négocié et partagé, d'améliorer l'organisation de l'établissement dans la prise en charge du patients et d'attester de la qualité des soins dispensés sur un prisme technique, psychologique et social.

Cette politique a été validée par la CME et les instances de l'établissement. Elle est révisée annuellement. Elle définit les orientations en matière de parcours et de coordination des acteurs et le développement et la pérennisation d'activités.

Pour réaliser l'analyse de ses risques au niveau de l'établissement, l'établissement a utilisé les résultats des questionnaires de satisfaction de sortie des patients, les résultats de l'enquête e-satis, des résultats d'enquêtes de notoriété réalisés par une IUT, les plaintes et réclamations, les résultats des audits, et indicateurs IPAQSS, des CREX, des RMM, des résultats de la précédente certification, des patients traceurs et de l'écoute des professionnels.

Les risques ont été hiérarchisés selon une méthode définie au niveau institutionnelle avec la définition d'objectifs de qualité attendus à chaque étape. Des priorités d'amélioration ont été fixées. Chaque risque a été priorisé selon une échelle de cotation : gravité, fréquence et niveau de maîtrise. Un indice de priorisation des risques a donc été calculé. Au regard de la cotation de l'IPR, une hiérarchisation des actions est réalisée en 3 niveaux. Les risques identifiés dans le compte qualité sont ceux définis comme critique en terme de qualité et de sécurité des soins et ceux évalués par une maîtrise insuffisante

La polyclinique du Cotentin est un établissement de santé privé, chirurgical et de soins de suite et de réadaptation située sur la commune de Cherbourg et fait partie des 4 établissements de santé du Territoire (centre hospitalier Public du Cotentin, Korian l'estran et la fondation Saint Sauveur).

Située sur une presqu'île, la clinique, en qualité d'établissement de recours, se doit de satisfaire les besoins de 45 % de la population du département qui sont concentrés autour de la ville de Cherbourg en Cotentin, capitale économique et bassin de vie majeur du département mais également principale « zone à risque » NRBC. L'établissement de structure récente s'est doté progressivement de moyens médico-techniques intégrés tel que le laboratoire d'analyses médicales, l'unité d'imagerie médicale et de radiologie, un service de scintigraphie (2005), un cabinet d'expertise dans le domaine des maladies infectieuses et tropicales, un cabinet de cardiologie (2006) ainsi que la présence d'un centre d'urgences SOS Médecins (2005).

Elle s'est également dotée de deux extensions, l'une en 2006 pour accueillir le service de soins de suite

et de réadaptation et la seconde en 2010 afin de recevoir les cabinets de consultation des différents praticiens attachés à l'établissement. Depuis le 1er janvier 2016, une troisième phase de travaux a permis d'agrandir la surface occupée par le laboratoire d'analyses médicales et d'offrir à SOS Médecins non plus 2 mais 3 bureaux de consultation dans un espace plus convivial.

La polyclinique du Cotentin est dotée de toutes les autorisations nécessaires à des interventions chirurgicales : autorisation en chirurgie, autorisation en chirurgie carcinologique toutes spécialités, autorisation en chirurgie esthétique, autorisation des activités cliniques d'assistance médicale à la procréation et autorisation en soins de suite et réadaptation....

L'établissement a une autorisation de 94 lits d'hospitalisation complète, dont 5 lits de surveillance continue, de 11 places de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire et de 20 lits de SSR à orientation post-chirurgicale. Mais en avril 2014, une restructuration appropriée face à la forte progression de l'accueil en ambulatoire a été mise en place avec 43 lits en hospitalisation complète, 15 lits en hospitalisation de semaine (accueil du mardi midi au vendredi midi), 36 lits et places en ambulatoire, la possibilité étant réservée d'ouvrir instantanément 15 places supplémentaires. Cette organisation lui permet d'intervenir dans les meilleures conditions possibles dans de nombreux domaines de chirurgie : digestive, urologique, orthopédique, vasculaire, thoracique, gynécologique, maxillo-faciale, plastique, ophtalmologique, endoscopique, gastro-entérologie, stomatologie, oto-rhino-laryngologie, assistance médicale à la procréation.

Les unités de soins ont été définies pour garantir et préserver des facteurs essentiels à la prise en charge globale du malade : sécurité et sécurité des soins, convivialité, confort et proximité.

L'établissement s'est doté d'unités d'hospitalisation complète (chirurgie et SSR) et de semaine, ambulatoire, d'un secteur de surveillance continue, d'un bloc opératoire et plateau technique de kinésithérapie, d'un secteur de soins externes.

Pour répondre aux besoins des activités réalisées au sein de l'établissement et d'en assurer la sécurité, un dépôt de sang relais et d'urgences a été installé. L'éloignement entre la Polyclinique le site de référence de l'EFS à Saint-Lô rend indispensable sa mise en place dans l'établissement.

Au sein de la polyclinique du Cotentin, SOS Médecin assure la prise en charge de toute personne se présentant pour une consultation médicale urgente, que ce soit sur rendez-vous ou de manière spontanée

Pour éviter de multiples déplacements et optimiser les processus de prise en charge en cours de séjour, un service d'imagerie médicale intégré à l'établissement permet de réaliser, sur place, les examens nécessaires aux hospitalisés (radiologie, échographie, mammographie, scanographie). Une vacation libérale est ouverte aux radiologues de la polyclinique du Cotentin au sein du service IRM du Centre Hospitalier Public du Cotentin (CHPC).

Un service de scintigraphie est ouvert depuis 2005 sur le site de la Polyclinique du Cotentin. Il permet de pratiquer les actes tels que la scintigraphie osseuse, thyroïdienne, pulmonaire, myocardique d'effort et de repos, rénale, cérébrale...

Le laboratoire de biologie et de F.I.V effectue les analyses nécessaires au traitement des malades avant une hospitalisation ou pendant une hospitalisation. Il est structuré et organisé pour intervenir en toutes circonstances avec des moyens très perfectionnés. Il inclut également, pour l'ensemble du département, les activités d'assistance médicale à la procréation

Dotée de l'ensemble de ces moyens et structures, la Polyclinique du Cotentin est un établissement majeur de l'offre de soins, principalement chirurgical, du territoire Nord Ouest de Normandie et ce, en complémentarité avec le Centre Hospitalier Public du Cotentin, le Centre de rééducation Korian L'Estran à Siouville, le Centre William HARVEY, le Centre Hospitalier Universitaire de Caen et le Centre de cancérologie François BACLESE pour ne citer que les principaux.

La démographie médicale est identifiée comme un risque dans la région, avec un affaiblissement de la densité et un vieillissement des médecins en exercice. La polyclinique du Cotentin est confrontée à de problématiques de recrutement de chirurgiens.

La polyclinique du Cotentin a concrétisé des relations de partenariat avec les acteurs locaux et régionaux dans l'objectif de construire un réseau et une offre globale de soins (PRADO orthopédie, CARSAT : retour à domicile, réseau Douleur Basse Normandie, mineur en danger adhésion au protocole de la Manche...).

Une convention de complémentarité et de coopération a été signée le 16 juin 2005, entre la polyclinique du Cotentin et le centre hospitalier Public du Cotentin. Accueil de l'urgence, la réanimation, l'urologie (renforcé en juillet 2010 avec la signature d'une convention en chirurgie carcinologique en gynécologie et urologie), la chirurgie vasculaire & thoracique (renforcée par un contrat relais signé en octobre 2005). Les soins de suites, une convention spécifique portant sur les examens anatomo-pathologiques (01/2013).....

Des conventions avec les autres structures présentes sur le site avec le centre d'imagerie médicale de la Bucaille (Les bilans et diagnostics d'imagerie médicale pré et post-opératoires des patients hospitalisés dans l'établissement par exemple), avec le centre de scintigraphie qui porte principalement sur les bilans et diagnostics d'imagerie médicale pré et post-opératoires des patients hospitalisés dans l'établissement, une convention avec le cabinet de pathologie d'Angers qui porte sur les prélèvements et les analyses réalisés au cours des phases pré, per et post-opératoires des patients hospitalisés dans l'établissement, une Convention avec le laboratoire d'analyses médicales et une convention avec l'EFS

Des conventions avec les autres établissements du département ont été signées : une convention avec le centre de rééducation et de réadaptation de Korian-L'Estran à Siouville-Hague, une convention avec le centre de réadaptation cardio-vasculaire William HARVEY qui porte sur la coopération en matière de soins de rééducation cardio-vasculaire, une convention avec l'Hôpital

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage stratégique du parcours patient est assuré par le directeur, le président de la CME, le PDG.

Le pilotage opérationnel est assuré par le président de la CME et le manager des soins et 3 praticiens. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué comprenant des praticiens, IDE et AS avec une représentativité de chaque service. Ce groupe a bénéficié d'un accompagnement méthodologique et de la présence d'un membre de la cellule qualité à chaque réunion. 7 réunions ont été organisées pour mener l'analyse de cette thématique. La méthode utilisée pour analyser les risques est une méthode APR simplifiée. Le choix des risques et les actions prioritaires insérés dans le compte qualité a été réalisé par le groupe de professionnels.

Les rôles et responsabilités impliqués ont été définis dans les fiches de poste et missions.

Les ressources en effectif et compétences sont en adéquation avec les besoins et la réglementation (IDE, IBODE, IADE, Kine, psychologue, diététicienne...). Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement. Les besoins en formation continue sont identifiés par l'encadrement, au regard des projets menés par les différentes instances et lors des entretiens annuels.

Des compétences spécifiques pour assurer la coordination des acteurs dans un parcours organisé ou pour assurer une prise en charge adaptée sont identifiées : formation plaies et cicatrisation, patients en fin de vie, hypnose, douleur, prise en charge ambulatoire, journée soins en onco, gestes d'urgences, personnes non communicants, prise en charge de la démence.....

Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Les thèmes retenus ont été douleur, soins palliatifs, plaies et cicatrisation, hypnose....

L'intégration des nouveaux arrivants et des stagiaires fait l'objet d'un processus organisé (tutorat, mise à disposition de documents..)

Les processus sont identifiés et formalisés. Des chartes de fonctionnement sont élaborées : ambulatoire, bloc opératoire... Des chemins cliniques sont élaborés pour la hernie depuis 2007 et pour la cholécystectomie depuis 2012. L'élaboration de chemin clinique pour la chirurgie proctologique est en projet. Par ailleurs, il est prévu d'élaborer un passeport ambulatoire pour la prise en charge en aval et en amont du séjour.

Les procédures en lien avec les activités sont identifiées, formalisées, adaptées à l'établissement. Elles sont intégrées au dispositif de gestion documentaire dématérialisé de création récente. Les procédures intégrées sont à jour. Les professionnels ont participé à leur réactualisation. Ces procédures sont accessibles dans chaque unité de soins.

Des documents d'information pour les professionnels sont identifiés et mis à leur disposition : guide de pansements, liste préférentielle de médicaments pour la personne âgée, des conduites à tenir, des protocoles d'utilisation.... ainsi que des éléments liés à la coordination et à la continuité des soins comme la liste de garde, la liste des coordonnées, les plannings, les programmes opératoires....

Les documents d'information des patients sont mis à disposition : livret d'accueil ambulatoire et hospitalisation avec des consignes à suivre pendant le séjour et à la sortie, les fiches d'information sur les interventions, le retour à domicile, des supports d'actions éducatives comme bien vivre avec sa prothèse.

Le système directeur du système d'information prend en compte le dossier patient, le projet trajectoire, le logiciel de gestion documentaire, le dossier administratif. Le dossier patient informatisé est effectif. Les interfaces mises en place permettent la continuité et le partage des informations de la consultation d'anesthésie à son hospitalisation. Par ailleurs, les praticiens ont un accès au dossier patient informatisé de leur bureau de consultation en ville ainsi que de leur domicile. La priorité de l'établissement a été de développer des liens-interfaces entre les différents logiciels. L'établissement a opté également pour la mise en place d'une plateforme téléphonique dédiée aux médecins généralistes et une plateforme de réservation de consultation pour les patients, un portail internet, la télémedecine (téléconsultation). Un projet d'accès au dossier pharmaceutique est en gestation.

Le transport des patients est organisé. Le transfert des patients de l'unité de soins au bloc opératoire est assuré par une équipe de brancardiers. Le transfert des patients entre SSPI et l'USC est assuré par le brancardier et l'IDE de l'USC. Les autres transferts dans l'établissement sont assurés par les soignants. Les transports des patients vers d'autres établissements ou pour le retour à domicile est assuré par des prestataires de transport.

Toutes les compétences sont mobilisées pour assurer les interfaces entre les secteurs d'activités (conseil de bloc, affichage de programme opératoire, planification des soins, répartition des patients par praticien, staff pluridisciplinaire en SSR ...) et entre les acteurs (assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute).

Les liens ville hôpital, axe de développement priorisé par l'établissement (médecins traitants, les libéraux, les professionnels de ville ...) les réunions régulières de concertation parcours, la participation aux RCP sont prévues avec les intervenants extérieurs. La communication est renforcée grâce à l'organisation de colloques, d'EPU, d'un journal « Horizons ». Ce journal « horizons » expose les nouvelles technologies, les améliorations dans les prises en charge, la rédaction est assurée par les praticiens de l'établissement.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours patient. Il communique auprès de son équipe, s'assure de la conformité des pratiques. Il impulse une dynamique d'amélioration au sein de son secteur par son positionnement de proximité. Chaque vendredi, il organise une réunion d'échanges avec les soignants

Les professionnels s'impliquent dans l'élaboration des protocoles, l'organisation des patients traceurs (orthopédie et gynéco de la chirurgie vers le SSR), aux CREX, aux RMM, aux évaluations et aux audits, à la déclaration des EI, aux actions d'amélioration à mener suite aux résultats des questionnaires de satisfaction.

Les résultats des indicateurs et des évaluations sont portés à la connaissance des professionnels via la gestion documentaire informatisée, intranet de l'établissement, et les réunions organisées. Ces résultats sont aussi communiqués à la CME, CLUD, CLIN, CLAN, QAVIRIS, CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs répondent aux besoins. Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite (cardiologue, équipe mobile de soins palliatifs...). Les professionnels en poste sont formés et notamment à la prise en charge des urgences vitales, à la prise en charge des populations vulnérables (patients en fin de vie, plaies et cicatrisation, soins palliatifs, prise en charge des populations spécifiques ...). Pour 2017, les actions se sont orientées sur de nombreux domaines avec la douleur, les soins oncologie de support, la cohésion d'équipe, travailler et soigner la nuit, faire face aux situations d'urgences, se nourrir aux âges extrêmes....

Les ressources documentaires sont à disposition et d'accessibilité aisée : le logiciel mis en place récemment a une ergonomie facilitante. Pour chaque consultation de document, un enregistrement de la prise de connaissance est réalisé et ceci grâce à l'attribution pour chaque professionnel d'un code d'accès sécurités par un mot de passe. Une mesure du taux de maîtrise des documents est ainsi facilitée. Les protocoles sont très nombreux : admission en SSR, admission au soins externes, prise en charge des urgences, prise en charge des patients hospitalisation et en ambulatoire, recommandations en cas de patients avec troubles de déglutition, prise en charge des patients dénutris, prise en charge des patients en fin de vie, conduite à tenir en cas de tentative de suicide, protocole de réhabilitation précoce lors colectomie... des protocoles de soins.

Des documents d'information sont remis aux patients : livret d'accueil avec intégration de consignes, fiches d'informations sur les interventions et les consignes à suivre suite à l'intervention...

Les ressources matérielles sont mises en disposition et en lien avec les prises en charge : matériel informatique en nombre, fixe et mobile, accessible, matériel adapté aux soins : lève personne, matériel en lien avec le handicap, matériel de rééducation, chariot d'urgence, Le matériel d'urgence vitale est opérationnel et disponible dans tous les secteurs de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients.

L'organisation des parcours concerne l'ensemble des étapes de prises en charge de la consultation à la sortie pour un mode d'hospitalisation complète ou ambulatoire, ou en soins externes, les activités chirurgicales des différentes spécialités, et d'anesthésie, les activités de soins de suite et de réadaptation orientées principalement vers des prises en charges de patients opérés de l'établissement.

Un travail sur l'identification du risque suicidaire a été réalisé avec la mise en place d'un rapprochement avec le centre hospitalier, une convention d'accès aux urgences psychiatriques, l'intervention d'une équipe mobile et l'aide aux prescripteurs pour mieux évaluer et accompagner les patients à risque.

Une organisation est en place pour identifier les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle : prise en charge nutritionnelle péri opératoire, dépistage de la dénutrition en pré opératoire pour certaines prises en charge. Une diététicienne met en place des actions de sensibilisation des équipes sur les régimes hyper protidiques sur l'importance de la traçabilité et le suivi des pesées pour certaines pathologies. Toutes ces actions sont suivies par le CLAN. Des actions d'éducation sont mises en œuvre auprès des patients par les IDE.

Les prises en charge sont adaptées aux patients ayant un handicap (locaux et matériels adaptés, participation d'une association réseau pour vie autonome..), aux enfants (matériels adaptés, accompagnement des parents, produits médicamenteux, bracelet d'identification de couleur, autorisation d'opérer signée par les 2 parents...) aux patients dénutris, aux personnes âgées, aux personnes atteintes de troubles Alzheimer (lit bas, accompagnement de la famille, localisation dans le service à proximité du poste de soins, surveillance accrue...), patients en fin de vie avec une convention avec EMAP ... Des RCP sont organisés dans le cadre des prises en charge des patients en fin de vie.

L'organisation de la permanence des soins est assurée : un tableau de présence avec un système de gardes et d'astreintes pour les anesthésistes, les chirurgiens, les Ide de bloc. La permanence est assurée 24/24h

La prise en charge des urgences vitales est mise en oeuvre. Le dispositif est adapté. Des règles d'appel sont fixées et connues par les professionnels. Un matériel opérationnel (chariot, défibrillateur..) est disponible dans chaque unité. Il est contrôlé régulièrement selon le protocole. Les professionnels connaissent le contenu du chariot et la conduite à tenir. Des actions de simulation ont été organisées.

Les réunions de concertations pluri professionnelles sont mises en place en SSR. Le Chirurgien orthopédiste est médecin référent en SSR. Des points hebdomadaires sont organisés.

L'établissement a défini une politique du patient traceur en décembre 2017 dans laquelle sont formalisées la stratégie, les moyens pour effectuer un patient traceur, et la communication. Cette démarche s'inscrit dans le programme d'amélioration institutionnelle et fait partie intégrante de cette thématique et des EPP. Le programme des patients traceurs validé par la CME a contribué à l'amélioration des pratiques de soins par l'implication des professionnels, la valorisation du travail des équipes. Les professionnels rencontrés lors des patients traceurs ont manifesté leur intérêt pour cette méthode d'évaluation des pratiques. Un patient traceur a été réalisé en orthopédie (PTH) et en secteur ambulatoire en février 2018. Les professionnels sont formés par la cellule de référents « patient traceur ».

Les conditions d'accueil du patient sont formalisées, mises en œuvre : remise d'un livret d'accueil ambulatoire ou hospitalisation, à chaque étape de la prise en charge, les rôles de chaque professionnel sont clairement définis. L'accueil est adapté au patient adulte, personne âgée et enfant. Chaque patient reçoit une information sur les conditions de prise en charge aux consultations, en pré admission lors de son entrée sur le déroulement du séjour par les professionnels concernés : agent administratif, secrétaire, l'IDE et/ ou AS de chaque unité. Les délais prévisionnels de séjour sont annoncés au patient. L'organisation de l'accueil en programmé et en non programmé en hospitalisation comme en soins externes fait l'objet d'un protocole. Ce protocole est connu des professionnels et respecté.

La mise en œuvre des procédures liées à l'identification est effective : vérification de la concordance entre l'identité du patient et les documents d'entrée, la prescription d'actes, pose de bracelet, mise en place de check-list au bloc, contrôle effectif par chaque professionnel.

A l'entrée du patient, l'IDE vérifie la complétude du dossier patient et récupère tous les documents y compris l'ordonnance du traitement personnel.

L'accueil de l'entourage est facilité : horaires de visite affichés, possibilité d'hébergement en accompagnement, présence d'un parent dans la chambre..).

Pour chaque entrée de patient que ce soit en chirurgie comme en SSR, chaque professionnel recueille des informations pour réaliser un bilan initial de l'état de santé : recueil de données réalisées par les IDE et AS, évaluation du degré d'autonomie et de dépendance, évaluation des troubles cognitifs... visites d'un médecin ou chirurgien, visite de pré anesthésie, visite d'un kinésithérapeute, évaluation risque de dénutrition, recueil poids taille IMC, évaluation du risque escarre, évaluation la douleur, évaluation sociale... L'évaluation initiale est systématique et tracée.

Pour la personne âgée et la chirurgie orthopédique, dès la consultation une évaluation de la dépendance, et une évaluation des troubles cognitifs sont réalisés. Le risque de déglutition est systématique pris en compte pour toute personne âgée et en ORL.

Un projet personnalisé de soins est mis en œuvre en SSR dès l'entrée. Il prend en compte la réflexion bénéfique risque, est adapté à chaque patient. Le patient est intégré à son élaboration. Des actions d'amélioration ont été formalisées dans le cadre du PAQSS 2017-2018 de type sensibilisation des professionnels pour sa réévaluation au fil du séjour.

Tout au long du séjour, des évaluations de l'état de santé sont réalisées par les soignants et les médecins. Elles sont tracées dans le dossier patient informatisé : évaluation de la douleur, suivi alimentaire, évaluation risque escarres, risque de chutes, bilan de l'état du patient, les observations médicales... Ces informations sont tracées en temps réel et partagées avec l'ensemble des professionnels. Des réajustements du projet personnalisé de soins sont également réalisés et tracés.

Des actions éducatives sont menées sous forme d'actions ciblées (apprentissage de gestes Prothèse de hanche par exemple, sur les traitements AVK, sur les régimes, diabète, risque de chutes...). Une IDE référente stomie assure des consultations en pré opératoire pour les patients candidats à certaines chirurgies comme le bricker, la colostomie. Des aides sont organisées en cas de difficultés d'appareillages avec la planification de deux rendez-vous à 15 jours. Des actions d'éducatives sont réalisées pour l'auto sondage. Deux IDE référentes participent du dispositif d'annonce.

Les prescriptions d'examen de laboratoire de biologie sont argumentées, datées et signés. Les résultats sont transmis par une interface « logiciel ». Ils sont incrémentés dans le dossier patient.

Il en est de même pour les examens et transmission des résultats d'imagerie.

Pour les patients en ambulatoire, un appel de la veille est réalisé par un agent de logistique qui rappelle les consignes et l'appel du lendemain, il est réalisé par une AS.

La sortie du patient est organisée.

Dès l'entrée du patient, une date prévisionnelle est identifiée. Elle permet de préparer la sortie du patient soit vers un autre établissement, soit vers le SSR soit à domicile. Les patients opérés à la clinique et nécessitant un séjour en SSR sont transférés dans le SSR de l'établissement. Le service SSR est informé très en amont de l'hospitalisation dans ce secteur par la cellule de réservation des lits. Les professionnels du SSR ont un accès aux données du dossier patient de chirurgie ce qui permet de préparer l'entrée du patient et aussi de prendre connaissance des soins réalisés. Le SSR prend des patients par Trajectoire également.

Pour les patients transférés dans un autre établissement ou pour un patient transféré en HAD, une fiche de mutation destinée aux professionnels d'aval est réalisée par les soignants.

Il existe une cellule de régulation des lits au sein de l'établissement.
 La sortie et le transfert sont organisés avec l'association des professionnels d'aval. Il n'y a pas d'assistante sociale au sein de l'établissement d'où la mise en place d'un maillage d'aide à domicile (amputés, chirurgie vasculaire). L'établissement est inscrit dans une démarche PRADO en orthopédie (PTH et PTG) et REAC. Le patient et son entourage sont intégrés à la préparation de la sortie. Pour le recours à l'HAD, l'établissement se rapproche du centre hospitalier.
 Les documents de sortie sont remis au patient à la sortie : compte rendu d'hospitalisation, traitement de sortie avec l'ordonnance, les consultations, le régime... Un compte rendu d'hospitalisation est transmis au médecin traitant dans les meilleurs délais. Les résultats d'examen et les radios sont remis aux patients. Le document de sortie a fait l'objet d'un axe d'amélioration 2017-2018.
 La continuité et la coordination des soins est assurée : planification des entrées, planification de opérations, planification des examens, dossier patient unique accessible pour tout professionnel sur chaque ordianteur (IDE, AS, kiné, diététicienne, médecins...), dossier de consultation, transmission inter équipe soignante, visites périodiques des médecins, temps d'échanges ...
 Un questionnaire de sortie est remis à chaque patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'efficacité du processus est mesurée par le recueil des indicateurs nationaux : satisfaction des patients (e-satis), qualité de tenue du dossier patient, du dossier d'anesthésie, la présence et la qualité du CRH, l'évaluation et la traçabilité de la douleur, le dépistage des troubles nutritionnels (poids, IMC et variation de poids avant l'hospitalisation).
 Et par le recueil d'indicateurs d'activité et de processus, suivis en continu : taux global de chirurgie ambulatoire, de SSR et de chirurgie, taux d'appel du lendemain en ambulatoire, taux d'appel la veille de l'intervention en ambulatoire, nombre de chutes déclarés, modes d'entrées en SSR, mode de sortie en MCO....
 Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés au sein du QAVIRIS, réunions de direction.
 Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration est réalisé une fois par an, au moins. Les résultats sont communiqués aux professionnels
 Les EPP réalisées ou en cours sur le parcours patient sont : Améliorer la qualité des informations transmises à la sortie (lettre de liaison), améliorer la prise en charge des patients dénutris (repérage tracé dans le bulletin d'hospitalisation en viscéral), évaluer la PEC de la cure d'hernie en ambulatoire par un chemin clinique (2007) et cholécystectomie en 2012, améliorer la mise en œuvre du projet thérapeutique en SSR, sécuriser la sortie en ambulatoire (manager des soins intégrer au comité de bloc opératoire), évaluer et prévenir le risque de chute pour les patients de plus de 80 ans en chirurgie ortho et vasculaire et en SSR, évaluer la pertinence des sorties en ambulatoires

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le PAQSS institutionnel.
 Les actions 2017 réalisées ont porté sur la douleur avec amélioration de la traçabilité des évaluations, renforcement des compétences par les actions de formation, élaboration d'un protocole sur la conduite à tenir pour les patients à risque ; sur le dépistage des troubles nutritionnels avec l'intégration du dépistage systématique dans les bulletins d'hospitalisation ; sur l'identitovigilance avec la réalisation d'audit mensuel de port de bracelet en SSR ; sur l'amélioration de la lettre de liaison et la traçabilité du projet personnalisé de soins...
 L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires.
 La politique Parcours patient et EPP – patient traceurs est réajustée en fonction des résultats. Le programme d'amélioration est réajusté annuellement.
 Les résultats des évaluations et des actions menées sont diffusées aux professionnels via intranet, lors des instances, réunions d'équipe et aux usagers.

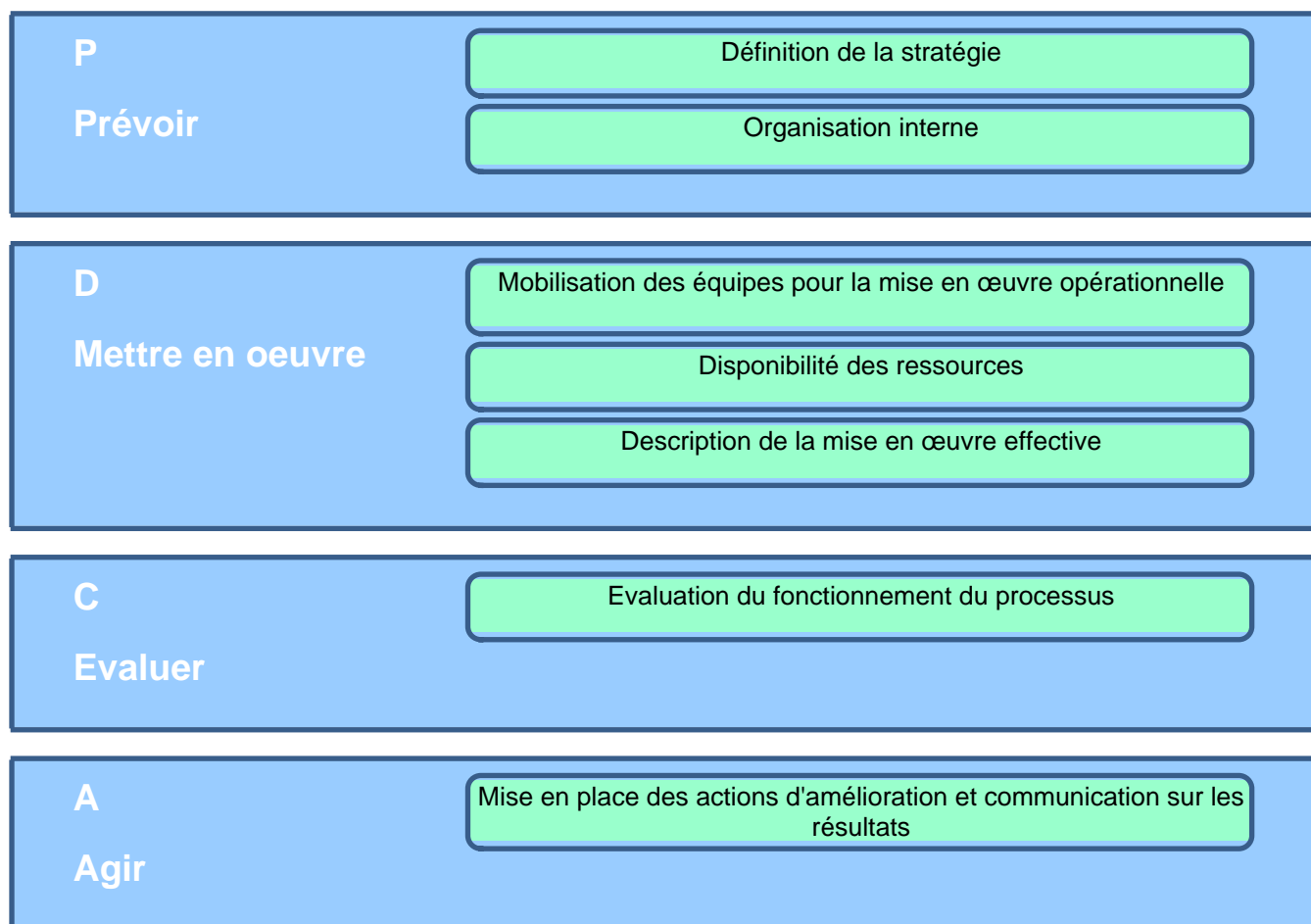
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une politique du dossier patient sur la base de la réglementation. Elle précise les modalités de mise en œuvre, les orientations stratégiques, en terme d'amélioration des supports et de développement des passerelles entre logiciels.

L'établissement a organisé l'information et l'accès du patient à son dossier.

L'identification des besoins de la thématique a été réalisée à partir d'une cartographie du processus, établie sur toutes les étapes du circuit du dossier patient.

La cartographie des dangers réalisée ensuite, selon une méthode apparentée à la méthode APR, a mis en évidence les événements redoutés cotés selon la grille HAS, ce qui a permis d'établir la cartographie des risques résiduels (risques à surveiller) après évaluation des éléments de maîtrise.

Les indicateurs IQSS, les indicateurs Hôpital Numérique (HN), les indicateurs internes sur le suivi de la traçabilité du dossier, la réglementation ont alimenté l'analyse.

Cette cartographie a servi à la rédaction du compte qualité intégré au PAQS de la thématique et de l'établissement. Les modalités de mise en œuvre sont définies dans le PAQS (échéance, pilote, indicateurs de suivis...).

La démarche a impliqué l'ensemble des professionnels du groupe pilote du processus.

La politique dont la dernière mise à jour date de décembre 2017 et le PAQS sont présentés en CME et en comité de pilotage qualité gestion des risques (tous les deux ans pour le PAQS, tous les 4 ans pour la politique).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus.

Le médecin DIM, le manager des soins assurent un co-pilotage, avec l'appui d'un groupe pluri-professionnels représentant les différents secteurs concernés (IDE, TIM, RAQ, médecin réanimateur...).

Au regard de ses besoins et de ses risques, l'établissement a défini les ressources humaines, documentaires et matérielles.

Le médecin réanimateur intégré au groupe de travail dispose de compétences reconnues en informatique. Une IDE référente dispose d'un temps dédié pour contribuer à la formation des professionnels de soins et au paramétrage de l'outil informatique.

Le médecin DIM organise la formation des médecins à l'utilisation du dossier.

Par ailleurs, le plan de formation prend en compte, ponctuellement, les besoins des utilisateurs. Le plan de formation comporte les demandes des professionnels comme en témoigne par exemple le plan de formation 2017 avec la planification d'une formation au module de soins.

Le plan 2018 prévoit également des formations sur la traçabilité des informations pour les professionnels de santé (transmissions ciblées)

La gestion documentaire informatisée comporte les règles de gestion et d'organisation du dossier patient jusqu'à sa destruction y compris en mode dégradé. La procédure sur l'accès du patient à son dossier est formalisée.

La veille réglementaire et la mise à jour des procédures sont suivies par le médecin DIM à travers son réseau professionnel.

Une charte informatique fixe les responsabilités des professionnels.

Les interfaces du processus dossier patient avec les autres thématiques sont établis et diffusés dans un tableau pour organiser la coordination des actions entre les pilotes.

La mise à disposition et l'adaptation des moyens (portable, tablettes et ordinateur..) est assurée en continue entre la direction et les pilotes du processus, en fonction des besoins des utilisateurs.

Le schéma directeur du système d'information, actualisé en 2015, prend en compte les évolutions du dossier patient informatisé.

La maintenance et les sauvegardes du système informatique sont assurées par contrats, selon un

périmètre défini (maintenance et dépannage des logiciels par exemple).

Par ailleurs, la participation aux différents travaux, du manager qualité et du manager des soins, contribue à assurer la coordination entre le processus dossier patient et les processus concernés comme par exemple, les droits du patient, le parcours patient ou encore l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Un logiciel assure également les passerelles entre les différentes modules de spécialités (anesthésie, administration, dossier de soins, consultation, laboratoire ...) pour permettre un accès sur tous les secteurs d'activités (hospitalisation complète, ambulatoire, bloc opératoire, consultation....) et entre tous les professionnels concernés par la traçabilité des informations.

Une connexion avec la radiologie, permet également la consultation des radios en directe par le praticien.

Le dossier transfusionnel en version papier, a été établi avec l'EFS et répond à la réglementation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction communique de façon périodique sur la démarche dans un bulletin qualité. A titre d'exemple, le bulletin d'avril 2018 fait un point sur l'EPP dossier patient.

Les services sont destinataires des résultats des audits internes sur le dossier patient (traçabilité du projet thérapeutique, etc.) auxquels certains professionnels sont associés.

Les professionnels participent également à la gestion des EI.

Pour les cinq premiers mois de l'année 2018, 20 déclarations EI ont été enregistrées, émanant des différents secteurs (bloc opératoire, administration, SSR, service de soins ...) et la majorité de celles-ci a été traitée avec les professionnels par exemple en CREX.

Les plans d'action sont mis en œuvre de façon transversale et collégiale.

Le groupe de professionnels participant au pilotage de la thématique conduit les actions d'amélioration pour l'établissement. C'est ainsi, par exemple, qu'à été conduit le paramétrage du projet de soins personnalisé ou la lettre de liaison qui se substituera au courrier de sortie et au compte rendu d'hospitalisation actuels prochainement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, documentations, en matériels sont disponibles dans les secteurs.

L'établissement, en absence d'informaticien sur le site a organisé le recours à cette compétence en externe, pour le dépannage des professionnels dans un délai acceptable.

L'IDE référente en informatique dispose d'un planification des formations qu'elle conduit auprès des professionnels paramédicaux en particulier. De nouveaux supports ont été paramétrés.

La formation des médecins à l'utilisation du dossier est réalisée par le médecin DIM.

Les services utilisateurs disposent d'ordinateurs portables, tablettes, ordinateur fixe en quantité suffisantes aux dires des professionnels.

Le local des archives est conforme à la réglementation en terme de sécurisation de stockage.

Sur le plan documentaire, la nouvelle version du logiciel met à disposition des professionnels les procédures utiles aux professionnels, sur l'accès du patient à son dossier, le circuit du dossier patient de la consultation à la destruction, le dossier administratif, la composition du dossier de soins en chirurgie, en SSR, en anesthésiologie ainsi que des procédures concernant le SI (plan de reprise d'activité du système d'information, fonctionnement en mode dégradé...).

Concernant le patient, les informations sur ses droits d'accès à son dossier sont inscrites dans le livret accueil remis à l'admission.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les règles de gestion du dossier patient ainsi que les modalités de communication en temps utile.

A l'admission, la traçabilité des données personnelles (identité, etc...) du patient est établie selon les règles définies, par le secrétariat des entrées. Ce secrétariat contrôle par ailleurs la conformité des pré -

admissions établies en urgence par les services de soins, en dehors des heures ouvrables, ce que confirment les visites terrain en SSR, chirurgie et au secrétariat.

La traçabilité des informations recueillies depuis la visite pré-anesthésique, lors du passage au bloc opératoire et en SSPI est confirmée par les patients traceurs.

L'établissement conduit également une EPP sur le suivi de la visite pré-anesthésie dont l'indicateur recueilli en mai 2018 témoigne d'un taux de conformité favorable.

Une EPP mise en place suite à la campagne de recueil de tenue du dossier patient de 2016 témoigne également d'un taux favorable de la traçabilité du projet du projet thérapeutique, notamment en SSR.

Concernant le courrier de sortie, l'établissement a réalisé le paramétrage d'une lettre de liaison pour tendre vers une amélioration de son indicateur "délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation". Cet outil vise à remplacer le courrier de sortie et le compte rendu opératoire, conformément à la réglementation. Les mesures de mises en œuvre sont en cours.

La traçabilité des données paramédicales est effective, ce que confirment les patients traceurs (IDE, kinésithérapeute ...).

L'archivage des dossiers est réalisé par les secrétariats en lien avec le DIM, dans le local dédié. Les dossiers sont conservés trente ans avec le dossier transfusionnel en version papier.

L'accès, en cas de besoin, est réalisé selon la procédure en vigueur.

Les conditions d'accès du patient à son dossier sont mises en œuvre par le service qualité à la demande du patient ou des ayants droits. Le suivi est réalisé avec la CDU sur la base d'indicateurs pour les dossiers de moins et de plus de cinq ans. Les délais moyens respectent les délais réglementaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la gestion du dossier patient, notamment sur la base d'indicateurs est conduite au sein de la clinique.

L'établissement suit les indicateurs IQSS sur la tenue du dossier patient et du dossier d'anesthésie et répond aux pré-requis des indicateurs hôpital numérique.

Dans le cadre des EPP et de 3 patients traceurs mis en œuvre récemment, il poursuit l'évaluation du processus sur le PPS et la VPA notamment.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont conduites par l'établissement suite notamment aux évaluations.

Le programme des EPP suivi périodiquement et en particulier par la CME, conduit l'établissement à réaliser des actions d'améliorations sur l'évolution des supports informatiques.

Dans le cadre de son compte qualité, actualisé au moment de la visite, l'établissement a poursuivi ses actions d'amélioration.

L'ensemble des actions prioritaires sur la thématique est en cours et/ou réalisé ou en amélioration continue.

Les professionnels ont connaissance ponctuellement au suivi des indicateurs par le bulletin qualité et aux informations transmises par le manager des soins et le RAQ et sont associés le cas échéant aux AA (Analyse EI, actions du PAQS...).

Les représentants des usagers en CDU (majoritairement présents aux réunions de l'instance) sont informés périodiquement sur le suivi des indicateurs et sur les actions d'amélioration et annuellement dans le bilan de l'instance.

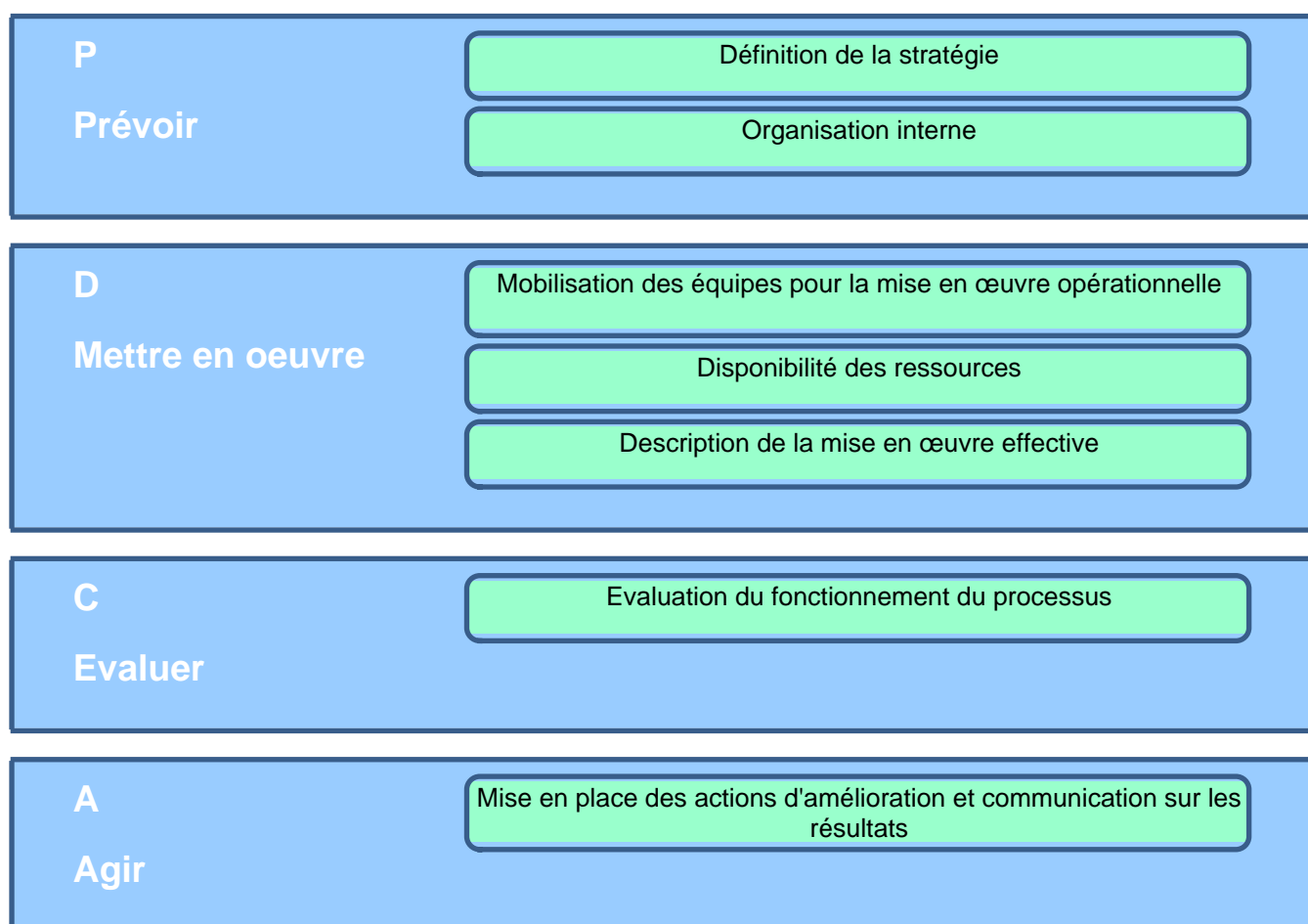
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 polyclinique du Cotentin a analysé ses besoins et les risques sur le processus « circuit médicament » au regard de ses missions et moyens grâce à l'utilisation de données et avec la participation des professionnels à l'identification des besoins et des risques. Les activités de cet établissement sont orientées sur la chirurgie et le SSR. Les activités ne nécessitent pas de secteur de reconstitution de cytotoxiques.

Pour l'élaboration de la cartographie des risques, le groupe de travail a utilisé les données issues des résultats des audits réalisés sur les étapes du processus du circuit du médicament, le suivi du contrat de bon usage du médicament, le suivi de la dernière certification, des résultats de l'outil Médiéval, des résultats des indicateurs IQSS (ICATB prescription et administration des médicaments), des indicateurs numériques (% de prescriptions informatisées), des résultats des CREX sur les erreurs médicamenteuses, des exigences réglementaires du 6 avril 2011, des actions proposées dans le cadre des EPP réalisées et en cours, des RMM, des bilans des instances et des retours des professionnels.

L'analyse des risques est réalisée au regard de chaque étape du circuit du médicament, des risques spécifiques liés aux médicaments à risque utilisés, des populations accueillies (personne âgée, enfant, patients dénutris, adulte), des voies d'administration, des risques liés à l'organisation (inter équipe, nouveau arrivant, des stagiaires...), des risques liés à l'informatisation par la gestion des interfaces, les risques liés à l'identification du patient ainsi que ceux liés aux incidents techniques.

L'établissement s'est fixé comme priorité 2017-2018 l'analyse des risques et la mise en place de moyens de maîtrise liés à la gestion des stocks et des périmés de la PUI aux unités de soins, la gestion du traitement personnel de son entrée jusqu'à sa sortie et le lien avec la ville et les never events.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie institutionnellement (APR) et analysés avec les professionnels. La méthode est présentée sous le mode PDCA avec une conception fonctionnelle par l'identification de toutes les étapes du circuit. Les événements redoutés sont identifiés, puis les causes et conséquences par un groupe de professionnels multidisciplinaires. La criticité (fréquence par la gravité) est déterminée. Le dispositif de niveau de maîtrise est décrit au regard de chaque risque. Une règle de calcul est déterminée pour déterminer le niveau de criticité résiduelle avec une priorisation des actions. Les niveaux de difficultés de mises en œuvre sont identifiés en tenant compte des contraintes techniques, financières, humaines, compétences et stratégiques.

L'établissement a fixé ses priorités d'actions au regard des objectifs d'amélioration précis en tenant compte des aspects réglementaires, du suivi du contrat de bon usage, des indicateurs IQSS, des risques liés à l'informatisation, la sécurisation des médicaments à risques, des situations à risques et des populations à risque et la continuité du traitement tout au long de son séjour et parcours de soins.

L'établissement a fait le choix d'identifier dans le compte qualité des sujets prioritaires couvrant la période 2017-2018 : la gestion des stocks et des périmés, les règles de 5B, les liens avec la ville à renforcer nécessaire pour poursuivre la pratique de conciliation médicamenteuse engagée depuis 2016.

La sécurisation du circuit du médicament est un objectif prioritaire pour la polyclinique du Cotentin.

Une politique qualité "circuit des médicaments et des DMS" a été établie pour la période 2017-2018 avec des objectifs précis, des indicateurs de suivi et un suivi de la mise en œuvre des actions. Les principaux objectifs d'amélioration sont de satisfaire aux exigences du contrat de bon usage établi pour la période 2014 – 2018, satisfaire aux exigences de la certification V2014, et améliorer les bonnes pratiques de prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé.

La stratégie institutionnelle est développée dans les orientations stratégiques 2012-2017, le schéma du système d'information défini en 2015 version 3, et la politique qualité et sécurité des soins pour la période 2016-2018.

Inscrit dans le schéma du système d'information, l'informatisation est effective (prescription, administration, gestion PUI, interfaces avec le dossier patient, accès aux données biologiques..).

La politique en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles est validée par la COMEDIMS sous-commission de la CME, la CME. Elle est révisée annuellement.

La mise en œuvre de cette stratégie est déclinée dans un programme institutionnel d'actions d'amélioration. Il est formalisé, priorisé et unique, il est doté d'objectifs d'amélioration présenté aux instances (COMEDIMS, CME, QUAVIRIS, CLAN, CLUD, CLIN...).

Le choix et la hiérarchisation des actions s'appuient sur le bilan des analyses des événements indésirables, des actions en lien avec le CPOM et contrat bon usage, des résultats des indicateurs, de la cartographie des risques, des résultats des audits internes et externes, des retours des professionnels et des instances, un volet antibiothérapie. Le plan d'actions est découpé en plusieurs volets : les médicaments dont les antibiotiques, les DMS et la stérilisation. Le plan d'actions est intégré au PAQS institutionnel et suivi par le QAVIRIS. Le programme répond au contexte et aux spécificités de l'établissement.

Chaque action répond à un objectif d'amélioration, un responsable est identifié, un échéancier est fixé, et des modalités de suivi sont fixés (indicateurs).

La communication de la politique, du programme d'actions et du compte qualité est organisée. Elle est faite au cours de réunions, lors des temps d'échanges avec les équipes, via le site intranet et le site extranet, lors des instances et par la diffusion d'un bulletin qualité. La communication est également réalisée auprès des usagers.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a nommé le pharmacien Gérant, pilote du processus et responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il est également référent antibiotique, référent pharmacovigilant, référent du dépôt de sang et hémovigilant et hygiéniste. Il a en charge de piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions. Ses responsabilités sont définies dans une fiche de poste. Il est assisté d'un copilote « médecin anesthésiste ». La participation médicale dans ce processus est forte.

Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis (préparateur en pharmacie, pharmacien, IDE, correspondant hémovigilance, médecin).

Au regard des objectifs fixés, l'établissement s'est organisé pour répondre à ses besoins et atteindre les objectifs.

La prise en charge des populations à risque, des médicaments à risque et des situations à risque est prévue.

Pour les populations à risque comme la personne âgée, l'établissement a prévu des modalités d'adaptation et d'aide à l'administration, des surveillances de bilans biologiques, des justes prescriptions. Pour les enfants, des modalités d'adaptation à l'administration et la mise à disposition par la PUI de dosages prédéfinis.

Pour les médicaments à risque, une organisation pour la gestion de médicaments à risque est établie : une liste actualisée, suppression des médicaments à risque de confusion, conditionnement unitaire, stockage contrôlé des médicaments et des solutés en unités de soins, étiquetages des médicaments à risque et hautement à risque, des seringues au bloc.

Pour les situations à risque, l'établissement a engagé des mesures de prévention et de protection pour éviter les risques liés aux professionnels occasionnels (stagiaires), aux nouveaux arrivants, ceux liés à l'organisation et aux interruptions de tâches.

L'établissement s'est inscrit dans un projet régional sur la conciliation médicamenteuse. La conciliation médicamenteuse est engagée depuis 2016. Elle prend en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle repose sur le partage d'informations et la coordination pluri professionnelle. La conciliation médicamenteuse est réalisée systématiquement dès l'admission du patient. Les données issues de la consultation anesthésie permet le recueil d'informations sur le traitement médicamenteux en amont de l'hospitalisation. Des liens ville hôpital sont mis en place (appel du médecin traitant, pharmacie de ville ou établissement adresseur, entretien avec le patient). Elle contribue à assurer la continuité médicamenteuse et le prise en compte du traitement personnel par la recherche d'informations sur le traitement médicamenteux, la réalisation d'un bilan médicaments et l'organisation d'échanges. L'établissement n'a pas d'accès au dossier pharmaceutique à ce jour.

Les besoins en effectifs et compétences en fonction des besoins, des risques et de la réglementation ont été identifiés et notamment pour assurer la permanence pharmaceutique. Un pharmacien à temps plein est assisté par un préparateur à temps plein, d'un agent administratif et de deux manutentionnaires. En cas d'absence du pharmacien, son remplacement est assuré. Des aides ponctuelles sont mises à disposition par le recrutement de professionnels en CDD pour mener des quelques heures par semaine pour mettre en place le système plein vide dans les unités, action définie dans le PAQS 2017-2018.

La répartition des compétences est conforme à la réglementation : la prescription est réalisée par les médecins, une liste de prescripteurs habilitée mise à jour est disponible à la PUI, la dispensation est assurée par le pharmacien et les préparateurs en pharmacie, la préparation et l'administration des médicaments par les IDE.

Les besoins en formation continue sont identifiés. Les actions de formation inscrites au plan de formation sont la sécurisation médicamenteuse, les erreurs médicamenteuses, la conciliation médicamenteuse, la prise en charge de la douleur, l'hypnose conversationnelle, la personne âgée. Les besoins sont identifiés par le pilote du processus et également par le responsable d'unité lors des entretiens individuels. Ils tiennent compte des besoins de service, des exigences réglementaires, des techniques et des bonnes pratiques.

Il existe un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants. Un guide d'accueil est remis à l'agent. Un tutorat est organisé.

Pour chaque prescripteur, une formation sur l'utilisation du logiciel de prescription a été organisée.

L'organigramme de la PUI est défini et actualisé. Il est intégré à l'organigramme général de l'établissement. Un règlement intérieur définit l'organisation de la PUI et les règles d'accès.

En dehors des heures d'ouverture de la PUI et en cas de besoins urgents, l'établissement a mis en place des accords de permanence pharmaceutique avec la PUI du centre hospitalier de Cherbourg ainsi que des accords signés avec la PUI de ville pour assurer le dépannage entre 17h30 et 19h30. En interne, une dotation pour besoins urgents en l'absence de pharmacien est définie. Cette organisation fait l'objet d'une procédure concertée, écrite, datée et connue de tous

L'établissement a élaboré les documents de type protocoles, procédures et outils nécessaires à l'organisation et au déploiement du processus. Les organisations sont formalisées : organisation de la PUI, la gestion des erreurs médicamenteuses, les processus logistiques et cliniques, la gestion des

médicaments à risque. Un manuel qualité, créée en janvier 2018, décrit le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la polyclinique. Par ailleurs, il décrit toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse.

Les protocoles sont issus de références réglementaires et de bonnes pratiques élaborés par les professionnels concernés. Ils sont à jour, validés et mis à disposition dans une base documentaire dématérialisée récemment déployée. Chaque prise de connaissance ou lecture d'un protocole par un professionnel fait l'objet d'un enregistrement.

Toutes ces ressources sont accessibles sur la gestion documentaire informatisée.

Des outils d'aide actualisés et validés à destination des professionnels sont mis à disposition : livret thérapeutique, Vidal, protocoles thérapeutiques, liste de médicaments à risque ou sous surveillance rapprochée, liste préférentielle de médicaments adaptés aux sujets âgés.

Des documents d'information des patients sont créés et mis à disposition par les IDE : les AVK, les antibiotiques, le traitement personnel sous forme de plaquettes, de flyers, de notes remis aux patients. Une note sur le traitement personnel est insérée dans chaque livret d'accueil en hospitalisation complète et en ambulatoire.

Les ressources matérielles nécessaires au regard des risques et besoins sont identifiés.

Les équipements répondent aux besoins (sécurité, hygiène et en nombre). L'organisation de la PUI répond aux besoins de l'activité avec un sas de livraison, une zone de retrait des médicaments, des postes dédiés de préparation des système plein vide, un espace dédié aux stockages des médicaments, un espace pour les DMS, des espaces de logistiques et administratifs. Un ascenseur réservé aux médicaments et DMS du bloc opératoire relie la PUI au bloc opératoire. Il n'existe pas de reconstitution de cytotoxiques. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place pour les appareils de conservation des médicaments. Le frigo est muni d'un système de contrôle des températures embarqué avec relai téléphonique sur le téléphone du pharmacien et du technicien. Une alarme est reliée à l'accueil.

Le schéma directeur du système d'information intègre l'information du circuit du médicament et la consultation électronique des résultats de biologie directement depuis la PUI afin de réaliser les analyses pharmaceutiques des prescriptions, l'informatisation du plan de soins, l'interface entre le dossier patient et le dossier anesthésie. Il est prévu de doter la PUI d'un logiciel de requêtes afin d'extraire des données pour le suivi des actions. Les médecins ont un accès au dossier patient de leur domicile afin de réaliser les prescriptions médicales.

100% des prescriptions médicamenteuses sont informatisées.

Le lien ville hôpital via le dossier pharmaceutique n'est pas mis en place. Le lien ville hôpital est réalisé par appel téléphonique et transmis des données par fax.

La gestion des interfaces entre la PUI et les différents secteurs de soins, médico-techniques, logistiques et administratifs est organisée notamment pour l'organisation de la permanence pharmaceutique, la gestion des avis pharmaceutiques, les règles de dispensation, d'acheminement des médicaments.

La dispensation est organisée comme suit : délivrance nominative pour les médicaments de type ATB et sous surveillance rapprochée, et les stupéfiants. Les médicaments sont en distribution globalisée selon une dotation définie et en système plein vide, une délivrance nominative par piluliers préparés journalièrement par les IDE de nuit en hospitalisation de chirurgie et de SSR.

Une organisation est mise en place pour la déclaration des erreurs médicamenteuses. Elle est commune aux déclarations des évènements indésirables. La déclaration est informatisée sur un support unique. Chaque professionnel dispose d'un accès individuel. Afin d'améliorer la déclaration des erreurs médicamenteuses et le suivi des actions, un comité de retour d'expérience se réunit tous les 2 mois. Il a pour mission d'organiser le recueil des erreurs médicamenteuses et EPR, d'analyser périodiquement de manière approfondie les déclarations et d'identifier les actions correctives et préventives, de réaliser des enquêtes ponctuelles, de communiquer les résultats. Le CREX s'appuie sur un groupe de professionnels comprenant un pharmacien, un médecin, responsable d'unité, IDE, RAQ GDR. Les comptes rendus sont communiqués par le bulletin qualité pour l'ensemble des professionnels et une information plus ciblée pour les personnes présentes au CREX et concernées par l'erreur médicamenteuse.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de secteur communiquent auprès de leurs professionnels sur les actions menées dans le cadre de ce processus. Il impulse une démarche dynamique d'amélioration au sein de leur secteur avec l'aide, l'accompagnement des professionnels de la PUI et le responsable qualité. L'établissement a défini la responsabilité de l'encadrement « manager » pour la déclinaison et la communication auprès des équipes des objectifs institutionnels. Le manager des soins est pilote « parcours patient », membre du groupe « médicaments », « dossier patient ». Le manager des soins et du bloc opératoire sont membres du comité de pilotage qualité. Le relai avec l'équipe est assuré.

Les professionnels rencontrés lors des visites d'investigations sont informés des risques identifiés, des objectifs et des plans d'actions pour leur secteur. Certains d'entre eux ont participé au groupe de travail et aux audits. Ceci montre la dynamique engagée par les managers au niveau de leur secteur.

Les managers participent à l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, des évènements indésirables, aux démarches d'évaluation (CREX, EPP, audits), à l'élaboration de protocoles et aux actions

d'amélioration à mettre en œuvre. Les professionnels participent au recueil et à l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, à la déclaration et à l'analyse des EI, aux démarches EPP. Ils ont accès aux résultats des audits, des indicateurs.

Le manager s'assure du respect des bonnes pratiques. Il organise des points hebdomadaires avec les équipes. Il favorise la participation des professionnels à la mise en œuvre des actions d'amélioration, communique sur les résultats des indicateurs. Les temps d'échange, le bulletin qualité, l'accès à l'intranet en favorisent la circulation de l'information.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel. L'effectif de la PUI est composé d'un pharmacien à temps plein, 1 préparateur en pharmacie, une aide préparatrice de 2 heures par semaine, un agent administratif et 2 manutentionnaires.

Les professionnels bénéficient de formations et d'actions de sensibilisation sur la prise en charge médicamenteuse. Les actions de formation intégrées au plan de formation sont réalisées : sécurisation médicamenteuse par un organisme externe agréé DPC, les CREX, la conciliation médicamenteuse organisée par l'ARS, la semaine sécurité avec la chambre des erreurs, les règles de bonne utilisation du logiciel de prescription et d'administration, formation douleur, la participation à des congrès, la participation aux journées OMEDIT. Le pharmacien organise des actions de formation et de sensibilisation au sein de l'établissement. Des actions de sensibilisation sont également menées par les laboratoires.

Les procédures et protocoles sont issus de documents de référence (réglementation et recommandations). Ces documents sont disponibles et accessibles grâce à la gestion documentaire informatisée d'installation récente. Des outils d'aide, des notes d'informations, des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles thérapeutiques sont mis à disposition : livret thérapeutique, vidal, recommandations sur les pathologies et traitements correspondants, liste préférentielle de médicaments adaptés aux sujets âgés, prévention de la iatrogénie, protocoles post opératoires, antalgie, antibiotiques... et des notes d'informations produites par le pharmacien pour les prescripteurs et les soignants des unités de soins.

Les locaux et ressources matérielles sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de la PUI, des unités de soins. Ils sont sécurisés.

Le stockage des médicaments est réalisé dans des armoires adaptées situées également dans des locaux sécurisés. Les armoires sont munies de digicode ou de clef. Les médicaments pour besoins urgences sont stockés et sous contrôle. Les substances comme les stupéfiants sont détenus dans des coffres sécurisés dans les armoires fermant à clef.

Le système de rangement est adapté : armoires fixes ou mobiles, un étiquetage réglementaire, un système plein vide mis en place récemment, stockage du Méopa vertical en PUI.

Les médicaments à risque et hautement à risque font l'objet d'un rangement dans une armoire spécifique (AVK, injectables, hypertonique, médicaments pour la pédiatrie) en unité de chirurgie. Pour le SSR, ils sont identifiés par un étiquetage spécifique et stocké avec les autres médicaments. Le nombre de médicaments à risque en SSR est inférieur à celui de la chirurgie.

Des réfrigérateurs sont installés dans chaque unité et en PUI pour le maintien des médicaments thermosensibles. Ils font l'objet d'une surveillance des températures avec traçabilité quotidienne ou enregistrement en continu grâce une sonde embarquée pour celui de la PUI.

Le chariot d'urgence vitale de chaque unité contient des médicaments conformes à la liste pré établie avec un suivi mensuel des péremptions.

Pour l'acheminement des médicaments, les équipements sont sécurisés. Le transport des médicaments thermosensibles est assuré dans des boîtes isothermes et pain de glace par le préparateur. Des valises sécurisées à code sont utilisées pour le transport des stupéfiants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre de la prescription à l'administration. Les professionnels rencontrés connaissent les protocoles, procédures, l'organisation établie ainsi que les circuits définis.

La prescription médicamenteuse est informatisée. Elle intègre le dossier patient. Elle est authentifiée par une signature électronique et sont réalisées en temps réel. La liste à jour des personnes habilitées à prescrire est disponible à la PUI. Les Médecins ont la possibilité d'effectuer une prescription médicamenteuse de leur domicile par un accès direct au dossier patient.

Les prescriptions de sortie prennent en compte les recommandations de la HAS. Les prescriptions médicamenteuses de la consultation d'anesthésie à la sortie sont intégrées au dossier patient. Les ordonnances de traitement personnel sont scannées dans le dossier patient. Les carnets à souche des stupéfiants sont conservés à la PUI.

La prescription des médicaments dérivés du sang est réalisée sur une ordonnance spécifique. Un exemplaire est classé dans le dossier patient et l'original est conservé à la PUI. La traçabilité des lots pour les médicaments dérivés du sang est assurée par la pharmacie.

La dispensation pharmaceutique réalisée par le pharmacien comprend l'analyse pharmaceutique et la validation de l'ordonnance, la mise à disposition d'informations nécessaires à l'utilisation des produits prescrits.

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des traitements prescrits comme le souligne le contrat de bon usage. Le pharmacien vérifie l'ensemble des traitements et se réfère aux données

cliniques et biologiques du dossier patient en cas de besoin. Les éléments vérifiés sont la posologie, le mode d'administration, les incompatibilités, les redondances de prescriptions, les interactions médicamenteuses. Une alerte est possible en cas d'anomalie.

La traçabilité de l'analyse de l'ordonnance et la validation sont assurées dans le dossier patient

Les modalités de délivrance sont de deux ordres. La délivrance globale sur la base d'une commande en système plein vide et la délivrance nominative pour les traitements personnels et les médicaments dérivés du sang et les antibiotiques. Le système plein vide a été mis en place en Avril 2018.

Les dotations sont écrites et datées, signées par le médecin et le pharmacien.

L'acheminement des médicaments vers les unités de soins est assuré par la préparatrice en pharmacie dans des conditions répondant aux exigences d'hygiène, de contenant réservé à cet usage, de respect de la chaîne du froid. Ils sont transportés journalièrement vers les unités dans un chariot sécurisé et les médicaments sont rangés dans l'armoire à pharmacie par le préparateur en pharmacie. Pour le bloc opératoire, le transfert est assuré par un monte-charge réservé au bloc opératoire directement dans l'unité.

Le rangement des médicaments en unités de soins répond aux bonnes pratiques : existence d'une dotation adaptée aux besoins, mise en place du système de plein vide. L'entretien et le contrôle de l'armoire à pharmacie est organisé. Des règles d'étiquetage sont fixées. Les périmés font l'objet d'un suivi mensuel avec un système d'alerte mis en place. La gestion des médicaments périmés et non utilisés est prévue : retour des médicaments en pharmacie.

Les traitements personnels sont retirés au patient et stockés dans un bac identifié au nom du patient. La gestion des médicaments à risque et hautement à risque est prévue. Un étiquetage et un rangement spécifiques sont mis en place, récemment. Les règles afférentes à leur gestion sont connues des professionnels rencontrés. Les médicaments à risque (comprimés, injectables et solutés) sont identifiés en rouge et les médicaments hautement à risque en orange. En chirurgie, les médicaments à risque sont stockés dans une armoire réservée.

Le rangement des médicaments est organisée avec séparation des formes orales, des formes injectables, un classement par DCI/princeps et ordre alphabétique, un seul médicament et un seul dosage par casier.

Le réfrigérateur des médicaments fait l'objet d'un plan d'entretien et de surveillance avec traçabilité des températures avec signalement des zones de température à risque. Les chariots et piluliers font l'objet d'une procédure d'entretien.

Les médicaments composant le chariot d'urgence fait l'objet d'un protocole révisé en COMEDIMS. Les péremptions sont réalisées mensuellement conformément au classeur.

La gestion des stocks et des périmés a fait l'objet d'un travail institutionnel, travail inscrit dans le PAQSS. Elle est réalisée par la préparatrice en pharmacie et l'IDE à rythme défini. Un suivi des périmés est mis en place à la fois en unités de soins comme à la PUI.

La préparation des médicaments et notamment la mise en pilulier est réalisée par l'IDE. Les piluliers vus lors de la visite sont conformes : identification du pilulier par une étiquette patient, médicaments blistérés, identifiables. Les médicaments restent identifiables jusqu'au moment de la prise. La PUI privilégie les formes unitaires. Pour les médicaments livrés en vrac, un reconditionnement est réalisée en PUI. La PUI réalise un ré étiquetage de certaines plaquettes de médicaments lorsque les éléments ne sont pas lisibles : nom médicament, posologie, date de péremption, numéro de lot. Cette pratique est récente. Elle s'est finalisée lors de la visite de certification.

Suite à une analyse des interruptions de tâches, l'établissement a fait le choix de confier à l'IDE de nuit la réalisation des piluliers que ce soit en chirurgie comme en SSR. Cette nouvelle organisation fait référence à une note de service du 14/05/2018. L'établissement a participé à un groupe de travail régional avec l'OMEDIT pour évaluer les IT lors de la préparation des piluliers. Les IDE de chirurgie étant souvent dérangés, cette activité est passée à l'ide de nuit comme en SSR.

Les IDE assurent un contrôle de concordance entre les prescriptions et le traitement dans le poste de soins avant de faire leur tour de médicament ainsi qu'au moment de la prise du médicament par le patient.

Pour chaque médicament, la dose administrée et l'heure d'administration sont enregistrées dans le dossier patient informatisé. Pour un médicament non administré, le motif est tracé, le prescripteur est informé. Le pharmacien a accès à cette information.

Pour chaque administration, l'ide vérifie l'identité du patient, la date de péremption, l'absence d'allergie.

Le traitement personnel est stocké dans un bac identifié au nom du patient dans une armoire. Dès l'entrée, l'ordonnance du patient est faxée et transmis à la pharmacie, une copie est scannée et insérée dans le dossier patient. Les modalités de gestion du traitement personnel sont connues et appliquées par les professionnels rencontrés. Le traitement du patient est réévalué, par le médecin présent lors de son admission ou dès la consultation d'anesthésie. Lorsqu'un médicament n'est pas référencé et en fonction de sa dures de séjour (entre 1 à 3 jours), les médicaments apportés par le patient peuvent lui être administrés.

Les actes et vérifications sont tracés sur des supports adaptés. La traçabilité est effective pour la vérification des chariots d'urgence, le contrôle des températures et de l'entretien des réfrigérateurs, des stupéfiants, des rappels de lots, de l'analyse pharmaceutique,

La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel par l'IDE.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif structuré pour évaluer le processus de prise en charge médicamenteuse.

Le pilote assisté du RAQ GDR suit l'avancement du programme d'amélioration de la qualité et de traitement des risques et les résultats des indicateurs. Il assure un suivi des points critiques de la cartographie des risques. Un état d'avancement des actions est réalisé a minima une fois par an. Chaque action est argumentée.

Des audits, des évaluations régulières et des EPP sont réalisés sur la qualité et la sécurité sur la prise en charge médicamenteuse et la réévaluation des antibiotiques.

Les résultats sont examinés en COMEDIMS, le comité de pilotage qualité et la CME. Un réajustement du programme d'amélioration du processus est alors réalisé au regard des résultats.

De nombreux audits ont été réalisés : audit sur le circuit du médicament avec la CAHPP en Juin 2016, audit sur les prescriptions de traitement d'entrée suite aux fiches d'évènements indésirables en février 2017, audit sur les prescriptions orales en avril 2018 (mise en place d'un accès au dossier patient au médecin de leur bureau de consultation et de leur domicile), audit sur la conciliation médicamenteuse toutes spécialités.

Par ailleurs, des évaluations de pratiques professionnelles ont été organisées. Une EPP a été menée sur la conciliation médicamenteuse avec une intégration dans le groupe régional lien ville hôpital en juin 2016. Les résultats ont été présentés en décembre 2017 en CME. Elle a fait suite à la mise en place de la conciliation médicamenteuse de sortie. Une EPP a également été menée sur la réévaluation de l'antibiothérapie en décembre 2016 avec une communication en mars 2017. Une nette amélioration des taux de conformité a été remarquée.

L'établissement maintient les sensibilisations et des audits en continu.

L'EPP sur l'optimisation du circuit du médicament sur l'ensemble des secteurs a fait l'objet d'actions d'amélioration intégrées au PAQS et au compte qualité : actions réalisées sur la gestion des stocks.

Une analyse des pratiques avec identification des interruptions de tâches a permis de réviser les organisations avec objectif de sécuriser la préparation des piluliers.

Les actions menées ont permis d'évaluer le fonctionnement du processus. Par ailleurs, l'établissement organise des moments d'échanges qui permettent de s'assurer du niveau de qualité attendu et cela à travers l'organisation de la semaine sécurité ciblé sur le médicament avec la chambre des erreurs, la présentation des never events.

Les résultats des évaluations font l'objet de bilans présentés la CME, COMEDIMS, CLIN, CLUD et QAVIRIS

A / AGIR

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

Le dispositif d'amélioration du processus « management du circuit du médicament » prévoit la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Il est en cohérence et en lien avec les résultats des évaluations.

Il permet la prise en compte des avis des professionnels à la révision du plan d'actions. Un lien avec le PAQSS institutionnel est organisé par le service qualité.

Des actions d'amélioration ont été mises en place comme le support unique de prescription, le déploiement du dossier patient informatisé dans son intégralité avec l'intégration des données issues de la consultation d'anesthésie, l'informatisation de la gestion de la PUI.

L'ensemble des résultats d'évaluations et des actions menées par le groupe de travail est diffusé à l'ensemble des professionnels par différents canaux e diffusion.

Le président de la CME est informé de l'état d'avancement du PAQS, des tableaux de bord mis en place, des bilans des EI et des erreurs médicamenteuses, des résultats des EPP, des audits et des questionnaires.

Le programme d'actions est présenté en COMEDIMS qui se déroule systématiquement avant la CME et en QAVIRIS.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés (comptes rendus réunion, logiciel...), communiqués en interne et en externe aux professionnels et aux usagers (journal interne, voie d'affichage de flyer...).

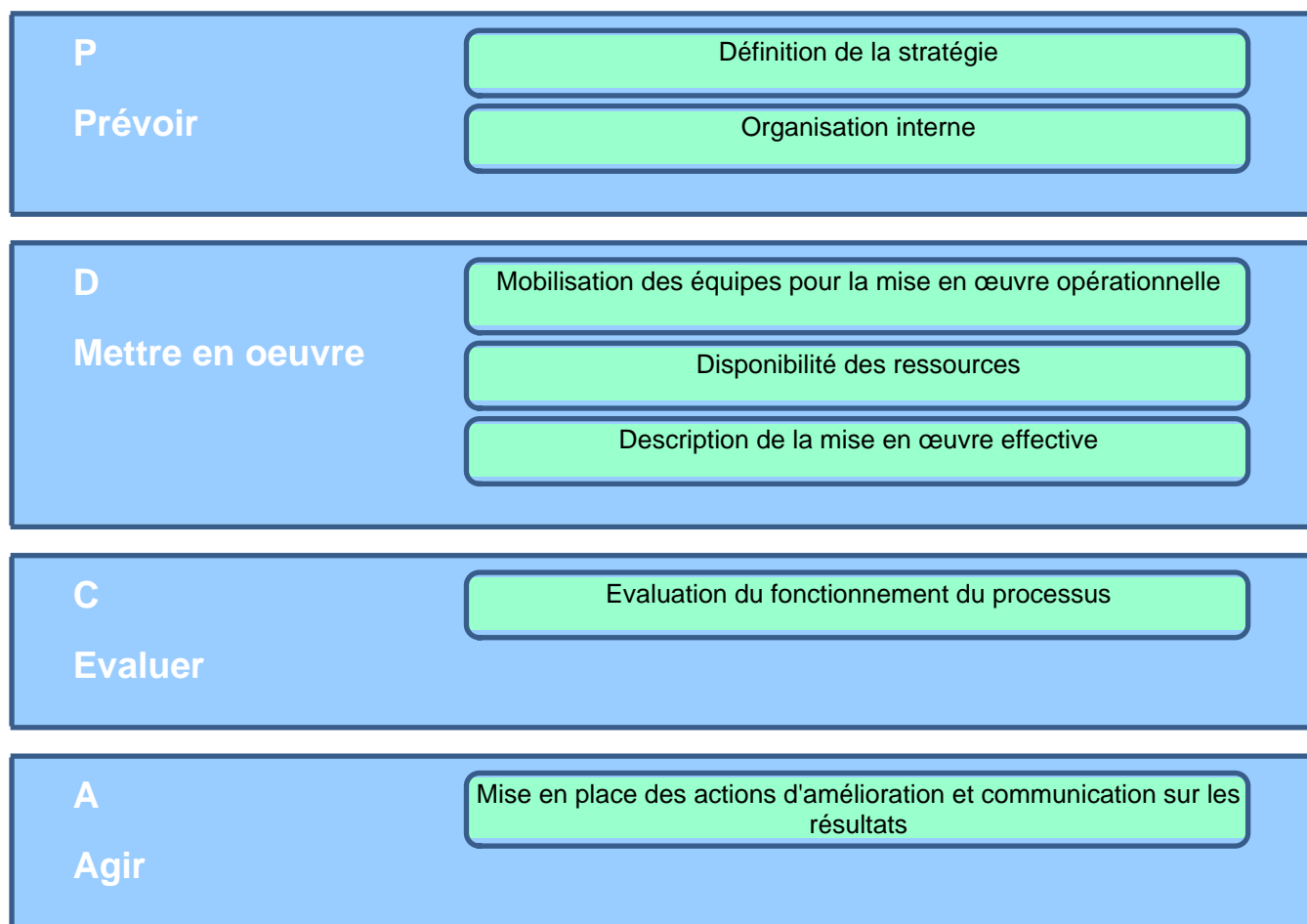
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. La polyclinique du Cotentin a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau du bloc opératoire, de la SSPI et en chirurgie ambulatoire avec les professionnels concernés.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité, en articulation avec le PAQSS de l'établissement.

La cartographie des risques est élaborée selon le parcours du patient de la planification de l'intervention à la surveillance post opératoire

L'analyse et la hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports, etc.), support de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance est identifiée.

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisés au regard des différents processus, au regard des différentes catégories de populations et de pathologies ainsi qu'au regard des différents circuits de prise en charge (programmée ou non programmée, chirurgie ambulatoire ou non).

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients au niveau du bloc opératoire/SSPI et en chirurgie ambulatoire.

La cartographie des risques est conçue en deux temps, une cartographie des dangers (événements redoutés) à chaque étape de la prise en charge, puis une cartographie spécifique des risques, centrée sur les risques résiduels hiérarchisés selon la méthode HAS et déclinés en plans d'actions.

Le Comité de Bloc valide les planifications opératoires et décide de l'organisation du plateau technique en termes de moyens et de ressources. Il veille à l'articulation avec les services de soins, notamment l'ambulatoire, afin d'améliorer le parcours du patient et la gestion des interfaces entre les services de soins et le bloc opératoire, de développer les passerelles entre les différents logiciels, de permettre les échanges de documents sécurisés et alimentant le dossier patient quel que soit le logiciel utilisé par les chirurgiens.

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité au niveau du bloc opératoire. Cette politique est validée par les instances et révisée annuellement.

Elle comprend des objectifs et des indicateurs mesurables.

Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins, l'analyse des risques et leur hiérarchisation.

Elle prend en compte les orientations du plan national sur la sécurité du patient, les orientations en matière de chirurgie ambulatoire, les politiques régionales menées par l'ARS et la politique de management de la qualité et de la sécurité de l'établissement.

La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins au bloc 2017-2018.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation.

Le programme est présenté régulièrement aux instances de l'établissement dont la CDU. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement

Les principaux risques sont identifiés dans le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Le pilotage institutionnel commun est validé dans un document stratégique validé et connu. Les pilotes du processus sont l'infirmière manager responsable du bloc opératoire, de l'endoscopie au bloc et de la SSPI, un chirurgien orthopédique, 1 Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR).

Une structure dédiée est définie pour piloter la mise en œuvre et le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc/SSPI, en lien avec la conférence médicale d'établissement (CME) et le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins.

Il s'agit du conseil de bloc dont la fonction est définie pour piloter la mise en œuvre et le suivi du

programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire. Cette structure est commune avec la structure de pilotage du bloc et les objectifs des deux structures sont coordonnés. Les missions et l'organisation de cette structure sont définies et formalisées et connues des professionnels. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la prise en charge des patients au niveau du bloc/SSPI sont définis.

Il existe un organigramme formalisant les responsabilités des professionnels, les autorités et délégations. Le conseil de bloc est mis en place avec un président chirurgien désigné et dont la composition du conseil de bloc est représentative. Ses missions sont définies. Il se réunit à périodicité définie. Un responsable manager est désigné pour réguler les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Cette infirmière s'assure de la mise à disposition des moyens humains et matériels dans le cadre du programme opératoire, assure la coordination et le respect des règles/de la charte de bloc et dispose de la maîtrise des moyens et des informations nécessaires pour remplir sa mission.

Le conseil de bloc est donc une instance dont la vocation principale est de garantir les conditions de bon fonctionnement du bloc opératoire. Il est intégré à la CME qui se déroule une fois par trimestre. Chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte rendu. A cet égard, il joue les rôles de surveillance de l'application du règlement de fonctionnement du bloc opératoire, de l'adaptation et évolution du règlement de fonctionnement du bloc opératoire, de supervision du programme opératoire, à travers un comité de bloc hebdomadaire qui suit l'activité, et analyse les dysfonctionnements.

La charte de fonctionnement du bloc est définie et validée par le conseil de bloc. Elle établit les responsabilités, précise les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire et les urgences, ainsi que les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires. Elle est actualisée et diffusée aux professionnels.

Le rôle et les responsabilités des professionnels sont définis au niveau de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA). Une charte de fonctionnement spécifique de l'ambulatoire et tant qu'alternative à l'hospitalisation a été rédigée en 2017.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) (bloc/SSPI) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation.

Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. La formation en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle est privilégiée autant que possible. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Les formations concernent l'hygiène et la lutte contre les infections nosocomiales, la réalisation des gestes d'urgence, l'utilisation du matériel et à la mise en œuvre des procédures au bloc, l'évaluation et la prise en charge de la douleur, l'utilisation de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », l'identitovigilance, la prévention des accidents d'exposition au sang.

La charte de fonctionnement précise l'organisation de la structure, en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d'ouverture, l'organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l'activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ainsi que l'organisation générale des présences et de la continuité des soins est assurée.

La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'agence régionale de santé.

Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins. Des modalités de recrutement et d'adaptation/intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies. Les différents processus (management, interventionnel, support) sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques.

Les professionnels sont engagés à participer aux RMM, CREX, EPP, au signalement des vigilances réglementaires, au signalement des infections du site opératoire. La plupart des chirurgiens et MAR (Médecin Anesthésiste Réanimateur) sont engagés dans le dispositif d'accréditation des spécialités à risque.

La gestion des urgences vitales, de la permanence des soins, et la gestion de la continuité des soins sont planifiés. Les besoins en procédures sont identifiés. Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés.

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition et qui concernent notamment la procédure de signalement des EI sur un support informatique, une procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins dans le livret d'accueil, des procédures d'hygiène validées par le CLIN (règles d'habillage, hygiène des mains...), prévention des risques professionnels (vis-à-vis du risque chimique, infectieux dont, procédure en cas d'accident d'exposition au sang, radioprotection...).

Des protocoles sont établis pour la préparation des salles d'intervention, le bio nettoyage des blocs, la gestion des déchets, la gestion du linge, la gestion des travaux en interne.

La maintenance et les contrôles environnementaux (air, gaz médicaux, eau) sont pratiqués par un

prestataire extérieur.

Il existe une stérilisation interne au bloc opératoire sous la responsabilité de la pharmacie. De nombreuses procédures concernent le circuit de pré désinfection /désinfection/stérilisation des DM, le nettoyage/désinfection des autres matériels/équipements, le mode d'emploi des matériels/équipements, entretien et maintenance des matériels/équipements, la gestion des pannes et dysfonctionnements.

Des procédures sont liées aux processus interventionnels et concernent les fiches descriptives des interventions, la gestion d'une urgence vitale, la prise en charge d'un choc anaphylactique, la prise en charge d'une hyperthermie maligne, un protocole d'intubation difficile, la prévention du risque transfusionnel.

La radioprotection du patient est sous la responsabilité de la PCR, manipulateur radio appartenant au cabinet de radiologie, indépendant de la clinique mais situé sur le même site.

Le processus de prise en charge du patient au bloc opératoire définit la gestion des prélèvements d'anatomocytopathologie, les modalités de sortie du patient de SSPI.

Des procédures sont liées à la prise en charge en chirurgie ambulatoire (la liste des actes réalisés en ambulatoire dans l'établissement, procédure d'information pré/post-opératoire du patient, procédure d'appel de la veille/du lendemain, procédure de réception des appels, procédure de sortie du patient, protocoles de prise en charge de la douleur, protocoles de prise en charge par les professionnels extérieurs, chemins cliniques, etc.).

Les documents sont élaborés avec les professionnels concernés, mis à la disposition des patients : le livret d'accueil, des documents d'information sur le rapport bénéfice/risque de l'intervention, des documents d'information sur les consignes à suivre avant l'intervention (préparation à l'intervention, gestion des traitements, jeûne) et après l'intervention (traitements, surveillance).

La configuration des locaux du bloc/SSPI (nombre, surface et localisation des salles d'opération, des annexes [vestiaires, salles de préparation des équipes, salles d'induction, locaux de décontamination, locaux de stockage]) et de l'UCA prend en compte les besoins, les risques et la réglementation.

L'UCA est aisément identifiable et dispose de moyens dédiés en locaux et matériels.

Les principales zones du bloc sont définies (circulation, stockage, intervention) ainsi que les règles de circulation et d'habillement dans les différentes zones.

Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont organisés en prenant en compte les risques.

Les mesures pour assurer la qualité et la sécurité du patient sont prévues : hygiène des locaux (nettoyage des salles opératoires, hygiène des annexes) gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux et de l'eau. Il existe un dispositif adapté d'entretien et de maintenance curative et préventive.

La gestion des travaux est organisée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

La sécurité des patients et des professionnels passe par une gestion optimale et sécurisée des matériels et des équipements biomédicaux et non biomédicaux au niveau du bloc et de la SSPI.

Les besoins en système d'information au niveau du bloc /SSPI et UCA sont identifiés.

Le système d'information permet un accès aux informations en temps réel pour l'ensemble des acteurs tout au long de la prise en charge du patient.

Il est intégré au système d'information hospitalier.

L'établissement assure la planification des interventions à l'aide d'un outil de planification/programmation partagé.

L'informatisation des prescriptions médicamenteuses/d'examen (biologie, anatomopathologie, imagerie) est effective ainsi que la possibilité de consultation des résultats sous forme électronique depuis le bloc et la possibilité d'alimenter les tableaux de bord de pilotage.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus de management de la prise en charge au bloc opératoire.

Entre le bloc et les acteurs du management de la qualité et des risques, le coordonnateur de la gestion des risques et l'équipe de gestion de la qualité et des risques, la commission médicale d'établissement, l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Entre le bloc et les services cliniques (dont unité de chirurgie ambulatoire, service de soins continus, etc.).

L'interface avec la stérilisation est organisée et formalisée au niveau du bloc.

Les approvisionnements en matériel, le pré-lavage des instruments, le tri et le transport, les contrôles, sont organisés.

La gestion de l'approvisionnement en dispositifs médicaux (DM), médicaments (notamment stupéfiants) et produits sanguins est organisée et formalisée.

Elle inclut les modalités de réapprovisionnement, les conditions d'acheminement et de conservation/ stockage au niveau des blocs, la gestion des péremptions.

La gestion du linge est organisée et formalisée au niveau du bloc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions

de communication, informations régulières).

Le management du bloc/SSPI et de l'UCA s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique auprès de son équipe sur la politique de management de la qualité et de la sécurité commune au niveau du bloc opératoire/SSPI et UCA, sa mise en œuvre et son évolution.

Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique à son équipe et au pilote du processus sur le suivi des plans d'action et l'atteinte des objectifs propres à son secteur.

Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc. Les équipes du bloc/SSPI et de l'UCA s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

Elles connaissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins définis au sein du bloc/SSPI et UCA et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elles participent à l'élaboration des protocoles, à la déclaration, l'analyse et le traitement des EI, des EI graves, aux démarches EPP, aux RMM.

Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, des évaluations réalisées et notamment celles concernant la satisfaction des usagers.

Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

Elles participent à l'élaboration des documents utiles à leur activité.

Des mesures de vérification de conformité des pratiques concernent l'application de la charte de bloc, les bonnes pratiques d'hygiène, la vérification à chaque étape de l'identité du patient, de la procédure et du côté à opérer : vérification de la concordance des informations entre la consultation du chirurgien, la préparation préopératoire et lors de la mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire », les pratiques de préparation des salles d'intervention, les pratiques d'installation des patients, le respect du programme opératoire.

Des fiches de liaison permettent la traçabilité des informations (dossier du patient, dossier d'anesthésie, fiche de liaison secteur/bloc, compte rendu opératoire et compte rendu d'anesthésie, dispositifs médicaux implantés et actes réalisés).

En chirurgie ambulatoire, on a pu vérifier la conformité des appels de la veille et du lendemain aux procédures établies dans l'UCA, information pré/post-opératoire du patient, organisation de la sortie du patient, organisation du suivi immédiat du patient. Les équipes du bloc/SSPI et de l'UCA s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les différents secteurs opératoires sont identifiés. Il y a 7 salles d'opération. La polyclinique du Cotentin dispose de 6 salles d'opération, d'une salle d'endoscopie et d'une salle de surveillance post interventionnelle de 10 postes (SSPI).

Une salle de chirurgie orthopédique, 4 salles de chirurgie polyvalente, une salle dédiée principalement à l'ophtalmologie. La salle 7 est la salle d'endoscopie dotée d'une salle de désinfection

Les salles sont ISO 5 avec en plus un flux laminaire en orthopédie.

Il y a en moyenne 60 interventions par jour dont 2/3 en ambulatoire. Les 4 lits Unité de Soins Continus, USC, sont peu utilisés.

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs du bloc/SSPI et de l'UCA.

Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge.

Au bloc/SSPI, ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge y compris en cas de reprise chirurgicale ou d'urgence, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés. Ils sont concordants avec le planning opératoire défini.

Les dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

La planification des vacances (entre spécialités, entre chirurgiens ou autres opérateurs) est effective.

Les professionnels en poste sont formés. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Les remplaçants et intérimaires reçoivent une information sur l'établissement, le bloc/SSPI et la prise en charge en ambulatoire leur permettant l'exercice de leur fonction. L'équipe (médicale, paramédicale, administrative) est formée à la chirurgie ambulatoire, avec une bonne connaissance du rôle de chacun.

Il y a 5 Médecins Anesthésistes Réanimateurs (MAR), 3 en salle, 2 en CPA, 3 IADE salariées de l'établissement, 16 IDE dont 4 en salle de réveil. Il n'y a pas d'IBODE.

25 chirurgiens interviennent dont 11 consultent dans la polyclinique.

Le bloc est ouvert de 7H45 à 20 heures

Les salles sont particulièrement bien équipées et le matériel de qualité mis à disposition peut permettre une activité plus importante, actuellement limitée en raison de la pénurie de praticiens.

Un processus de management de la prise en charge du patient au bloc opératoire décrit les différents circuits.

Les secrétariats des chirurgiens faxent leurs programmes sur leurs vacances tous les mardis.

Le bionettoyage est réalisé, le matin par une société extérieure, entre deux interventions par les IDE des salles et le soir et la nuit par des agents de service internes à l'établissement.

Dans le bloc/SSPI et en UCA, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour.

Les professionnels disposent notamment de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge (dossier du patient, dossier d'anesthésie, prescriptions, résultats d'examens, préparation).

Le programme opératoire est accessible aux professionnels (lieu d'affichage respectant la confidentialité des données) et lisible (rajouts, annulations des interventions).

Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

La surface des locaux est suffisante et adaptée à l'activité.

Les locaux/équipements/matériels (au niveau des salles d'opération, annexes, SSPI et UCA) sont adaptés, opérationnels, contrôlés et entretenus. L'organisation et l'état des locaux permettent un bio nettoyage adapté. Les opérations de maintenance sont tracées.

Le nombre de postes mis à disposition en SSPI répond aux besoins (1,5 place par salle ouverte).

Les équipements/matériels en panne sont remplacés (y compris en urgence).

Les professionnels savent où trouver et connaissent les procédures à suivre (quoi faire, qui contacter) en cas de défaillance électrique, d'un équipement, de défaillance sur les circuits de fluides médicaux, de vide, d'eau...

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible et toutes les salles disposent de matériel moderne d'intubation difficile.

L'approvisionnement en matériels, linge et produits de santé (médicaments, DM implantables ou non, produits sanguins) permet de répondre aux besoins/à l'activité (activités programmées ou non programmées, population particulière de patients comme les enfants).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

Le bloc/SSPI et UCA met en œuvre la politique de management de la qualité et de la sécurité définie par l'établissement.

La mise en place des circuits est effective : circuit des patients (dont circuit enfant, chirurgie ambulatoire), circuit des professionnels, circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets.

La maîtrise du risque infectieux est effective.

Les différentes zones du bloc sont identifiées et prises en compte (pas de stock dans les couloirs ou dans les salles, pas de circulation au travers des stocks et des salles d'intervention...), il existe une zone de transfert pour les patients.

La marche en avant est respectée. Les circuits propres et sales ne se croisent pas.

La surpression dans les salles est maintenue et contrôlée, les portes restent fermées.

La mise en œuvre des bonnes pratiques d'hygiène dans les différentes zones du bloc (hygiène des mains, port d'un couvre-chef et du masque, pas de port de bijou, règles d'habillement, limitation du nombre de personnes dans la salle d'opération et des entrées/sorties pendant l'intervention, etc.) est effective. Le nettoyage des salles d'opération est réalisé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée. Il est tracé.

Les instruments et les DM sont désinfectés et stérilisés, stockés et conservés selon les règles définies.

Les règles de sécurité sont appliquées au quotidien : contrôles en salles opératoires (fiche/registre d'ouverture de salle), identification des patients, fiches de préparation de chaque intervention (installation, matériel), traçabilité des DM implantés et des actes opératoires. Les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

Le conseil de bloc est opérationnel (4 fois par an).

La validation du programme par un staff tripartite est effective. Le programme opératoire est régulé au quotidien par le responsable de la régulation. Les dysfonctionnements (déprogrammations, etc.) sont suivis, analysés, et donnent lieu à des actions d'amélioration.

Les interfaces entre le bloc et les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles établies.

Des réunions communes entre secteurs sont organisées. Les conditions de travail et le climat relationnel au niveau du bloc favorisent la collaboration et la communication entre professionnels. La communication entre professionnels du bloc est favorisée : CREX, RMM communes, EPP communes.

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre, notamment : la radioprotection en cas de contrôle radiologique (formation des professionnels à la radioprotection, port de dosimètres, port de tabliers de protection, signalisation de la salle...) ; la vaccination, la prévention/gestion des accidents d'exposition au sang ; la prévention des risques psychosociaux.

Les professionnels de l'UCA ont accès aux informations concernant le patient en temps réel (accès au programme opératoire, accès au dossier du patient y compris en dehors des heures d'ouverture de l'UCA). La continuité des soins est assurée (dans l'UCA en journée et en dehors des heures d'ouverture de l'UCA). Le patient dispose à sa sortie des coordonnées des personnels assurant la continuité des soins ; le

cas échéant, une convention a été formalisée avec le Centre Hospitalier pour assurer la continuité des soins. Les interfaces sont opérationnelles : interfaces en interne (notamment bloc opératoire, SSPI, transport des patients, rendez-vous et consultations, etc.) et en externe avec les professionnels extérieurs (médecin traitant, IDE, kinésithérapeutes, etc.). L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles établies.

Les flux (patients, professionnels, approvisionnement, déchets, etc.) sont identifiés et gérés ; l'optimisation est recherchée (par exemple, pré admission, arrivée décalée des patients, rotation optimale des places en fonction des pathologies, circuits courts, marche en avant avec des flux ne se croisant pas, ...).

Avant l'intervention le patient est informé sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ; le consentement éclairé du patient (ou de ses représentants légaux s'il s'agit d'un mineur) a été recueilli. L'autorisation d'opérer figure dans le dossier s'il s'agit d'un mineur ou d'un adulte protégé. Le patient est informé sur les consignes à suivre avant l'intervention (préparation à l'intervention, jeûne, gestion des traitements, exigences liées à l'anesthésie, etc.) et après l'intervention.

La programmation de son intervention est réalisée et le matériel adapté réservé.

Pour la chirurgie ambulatoire : L'appel des patients à J-1 (rappel des consignes, vérifications médicales et administratives, confirmation de l'horaire d'admission, etc.) est réalisé conformément à la procédure en place et tracé dans le dossier. L'accueil en UCA est réalisé dans des conditions adéquates (arrivée des patients au fil de l'eau, identification, information du patient, délai d'attente, surveillance avant l'intervention, intimité, sécurité, confidentialité). La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. L'identité du patient, le type de procédure et le côté à opérer sont vérifiés : vérification de la concordance des informations avec celles issues de la consultation du chirurgien.

Le brancardage vers le bloc opératoire est réalisé dans des conditions adéquates (intimité, sécurité, confidentialité). Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises au bloc (dossier chirurgical, dossier d'anesthésie, fiche de liaison secteur/bloc). Elles incluent les informations médicales issues de la consultation chirurgicale (diagnostic, rapport bénéfice/risque de l'intervention chirurgicale chez le patient, choix de l'acte et de la technique chirurgicale, prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle, etc.) et anesthésique (choix du type et de la technique anesthésique, antibioprophylaxie, examens complémentaires si besoin, modifications éventuelles des traitements, etc.) ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi...), les informations sur les risques spécifiques au patient (risque de saignement, risque allergique, risque ATNC ou toute autre comorbidité), les informations sur la visite pré anesthésique, les informations transfusionnelles : consentement du patient sur le risque transfusionnel, groupage et examens sérologiques réalisés, l'identité et les coordonnées du médecin traitant ainsi que la copie du courrier qui lui a été adressé par le chirurgien avant l'intervention (pour une intervention programmée), les informations sur la préparation du patient et les vérifications effectuées (respect du jeûne, douche et préparation cutanée, préparations spécifiques, existence d'une pathologie intercurrente, prémédication, etc.).

L'accueil au bloc opératoire est adéquat (information, délai de prise en charge, surveillance avant l'intervention, intimité, dignité, confidentialité).

L'identité du patient, le type de procédure et le côté à opérer sont vérifiés : vérification de la concordance des informations avec celles issues de la consultation du chirurgien.

La continuité des soins est assurée, le patient est surveillé dans les différentes zones par du personnel qualifié.

La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre et tracée (dans le dossier ou dans le logiciel du bloc ou sur un autre support), tous les items ont été vérifiés, les « non-conformités » éventuelles sont tracées.

La prise en charge anesthésique peropératoire (suivi et substances administrées pendant l'intervention, y compris les dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée.

La prise en charge chirurgicale peropératoire (heure d'entrée en salle, heure d'incision, type d'installation, identification des intervenants, dispositifs médicaux implantés et actes réalisés, temps opératoires et dysfonctionnements s'il y a lieu) est tracée.

Les prescriptions médicamenteuses sont conformes aux règles établies, mises en œuvre et tracées.

Le risque transfusionnel est maîtrisé (prescription, contrôle pré transfusionnel ultime, produits sanguins administrés, suivi post-transfusionnel).

Le brancardage vers la SSPI puis à la sortie de SSPI est réalisé dans des conditions adéquates (intimité, sécurité, confidentialité). La prise en charge en SSPI (identification, information, intimité, dignité, confidentialité, surveillance, confort et prise en charge de la douleur, des nausées/vomissements éventuels, etc.) est assurée. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (dossier du patient, dossier d'anesthésie) sont transmises entre le bloc opératoire et la SSPI. La douleur est évaluée à l'aide d'une échelle, traitée puis réévaluée à intervalles réguliers ; les évaluations et les traitements antalgiques sont tracés dans le dossier. Les prescriptions postopératoires sont conformes aux règles établies, mises en œuvre et tracées.

La prise en charge en SSPI (surveillance, prescriptions, mise en œuvre des soins postopératoires, effets indésirables, etc.) est tracée.

La sortie de SSPI est validée par le médecin selon la procédure définie. Les informations sur la sortie du patient de SSPI figurent dans le dossier (heure de sortie, autorisation de sortie, prescriptions, etc.).

Le brancardage vers le secteur d'hospitalisation ou l'UCA est réalisé dans des conditions adéquates (vérification de l'identité, information, intimité, sécurité, confidentialité).
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises (dossier du patient, dossier d'anesthésie).
La fiche de liaison bloc-secteur d'hospitalisation ou bloc-UCA comprenant notamment les prescriptions postopératoires médicamenteuses et non médicamenteuses figure dans le dossier.
Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier. Le patient est informé sur le matériel implanté.
La sortie d'UCA est validée par l'un des médecins de l'UCA selon la procédure définie, l'aptitude au retour au domicile est vérifiée et la fiche d'autorisation de sortie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).
À l'échelle de l'établissement, la structure pilote assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire et lors d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire à périodicité définie.
Cette évaluation globale de la qualité et de l'efficacité du processus est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des blocs/SSPI et UCA et/ou sur la base d'évaluations régulières.
Le suivi régulier de la progression des indicateurs au niveau du bloc opératoire/SSPI et UCA permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.
Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles : les indicateurs nationaux ; les indicateurs régionaux ; les indicateurs locaux.
Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et du bloc/SSPI et UCA.
Les résultats sont consolidés à l'échelle de l'établissement en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.
Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc et celui en chirurgie ambulatoire est réalisé, au minimum une fois par an.
L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.
Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier : les points critiques nécessitant une surveillance particulière ; les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les blocs/SSPI et UCA ; les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins commun au bloc et celui en chirurgie ambulatoire.
Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés sur la prise en charge du patient au bloc opératoire/SSPI et en chirurgie ambulatoire afin de déterminer les mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques.
La politique de l'établissement en matière de prise en charge du patient au bloc opératoire et la politique en matière de chirurgie ambulatoire sont ajustées en fonction du suivi des indicateurs.
Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du bloc et celui en chirurgie ambulatoire sont réajustés en fonction des résultats des évaluations: de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints ; des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée, en lien avec les professionnels du bloc opératoire/SSPI et UCA.
Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).
Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau du bloc/SSPI et UCA, à l'échelle de l'établissement, à la direction qualité et aux usagers.
Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés lors des réunions des instances, dans le bulletin mensuel et par voie d'affichage.

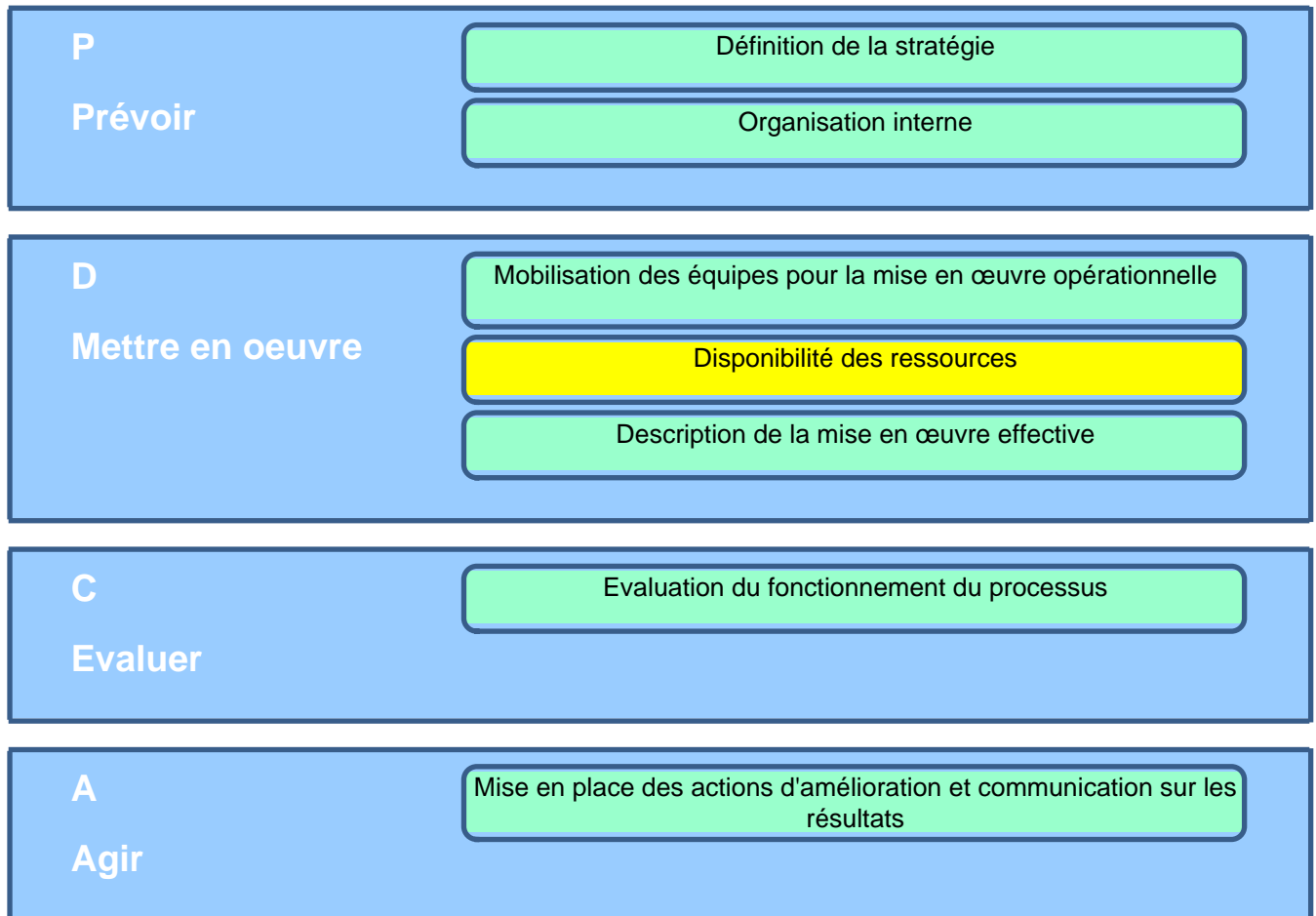
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

La polyclinique du Cotentin a identifié ses besoins et analysé ses risques en endoscopie avec les professionnels concernés.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour l'analyse des risques sont identifiées.

Les processus à risques sont identifiés, analysés et hiérarchisés.

La cartographie a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire et la responsable qualité à partir d'un audit organisationnel réalisé par le GREPH (Groupe d'Évaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalière) en 2017. Y ont participé les pilotes, une IDE, la qualitiennne et un gastro-entérologue. Les principaux risques identifiés concernent les procédures de traitement des endoscopes.

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont donc réalisées avec les professionnels concernés, au regard des différents types d'endoscopie et des différents lieux où l'endoscopie est pratiquée, en distinguant les endoscopies réalisées au bloc opératoire ou en soins externes.

En effet, les différents secteurs/spécialités réalisant des endoscopies sont identifiés.

Dans la salle 7 du bloc opératoire sont réalisées les endoscopies digestives sous anesthésie générale.

Dans 2 salles de soins externes de conception récente sont réalisées en externe sous anesthésie locale des endoscopies digestives hautes, des coloscopies courtes et des endoscopies urinaires. Il n'y a plus de fibroscopies bronchiques en raison du départ du pneumologue.

L'organisation tient compte des différents processus (management, support, interventionnel) :

- le processus management/organisation : gestion des risques, permanence des soins, programmation ;
- le processus support : ressources humaines, locaux et circuits, matériel/équipements, système d'information ;
- le processus interventionnel : prise en charge du patient en pré, per et post-endoscopie.

Les différentes modalités des circuits de prise en charge (prise en charge programmée ou non programmée, en externe, en ambulatoire, en hospitalisation conventionnelle, avec ou sans anesthésie générale) sont établies.

Cette organisation tient compte des différentes catégories de populations (personnes âgées, etc.) et de pathologies/traitements (pathologie cardiaque, traitement antiagrégant ou anticoagulant, infection à bactérie multirésistante [BMR], risque d'atteinte par un agent transmissible non conventionnelle [ATNC], etc.).

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients en endoscopie.

Les sources de données émanent de l'analyse de la conformité à la réglementation, rapports d'inspection, constats et décisions issus de la dernière procédure de certification, par les évaluations (indicateurs), audits, enquêtes, analyse des événements indésirables, par l'écoute des usagers, le suivi des plaintes et réclamations, et par l'écoute des professionnels impliqués en endoscopie et des membres des instances, par évaluation des pratiques professionnelles (EPP), revue de morbi-mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX). Les gastro-entérologues rencontrés ne sont pas encore engagés dans le dispositif d'accréditation.

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

Il existe une politique de management de la qualité et de la sécurité commune en endoscopie. Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement. Elle comprend des objectifs et des indicateurs mesurables. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins, l'analyse des risques et leur hiérarchisation. Elle prend en compte a minima les orientations nationales telles que le programme national pour la sécurité du patient ainsi que les exigences législatives et réglementaires applicables à l'endoscopie. Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs/spécialités où l'endoscopie est réalisée.

La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement.

Il existe une stratégie de communication régulière et positive des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie, déployé à l'ensemble des secteurs/spécialités où l'endoscopie est réalisée, tout en prenant en compte leur spécificité.

Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi : les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés, le suivi des actions, actualisation, clôture et communication des résultats.

L'établissement met en place un système de priorisation des actions, notamment pour celles issues de la conformité à la réglementation.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQS) de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Le pilotage institutionnel commun est défini.

L'infirmière manager du bloc opératoire et de l'ambulatoire, et l'infirmière manager des soins externes, dont les fiches de postes précisent les fonctions, sont les pilotes du processus

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Une organisation, une structure ou une fonction sont définies pour piloter et mettre en œuvre la politique de management de la qualité et de la sécurité en endoscopie à l'échelle de l'établissement.

Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle s'assure de la coordination, du suivi du plan d'action, du recueil des indicateurs, de l'analyse des résultats et de leur communication.

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique de management de la qualité et de la sécurité en endoscopie et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans les fiches de poste.

Il existe un organigramme formalisant les responsabilités des professionnels impliqués en endoscopie, les autorités et délégations.

Les deux managers sont responsables de la régulation des activités d'endoscopie chacune dans son secteur afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Une charte de fonctionnement, actualisée et diffusée aux professionnels, précise la présentation générale de l'activité d'endoscopie : lieux/spécialités de réalisation de l'endoscopie dans l'établissement, différentes modalités de prise en charge (programmée ou non, en externe, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle), le management des secteurs d'endoscopie, le rôle des instances et des acteurs, les missions, responsabilités, tenue vestimentaire et règles de comportement des professionnels, les équipements, les interfaces et circuits (patients, professionnels, approvisionnements, prélèvements anatomo-cytopathologiques et examens complémentaires, déchets), les principes de fonctionnement des activités d'endoscopie et de nettoyage/désinfection des endoscopes en mode programmé et lors de la continuité des soins, l'organisation des professionnels médicaux (anesthésistes, endoscopistes) et paramédicaux (infirmières anesthésistes, infirmières en endoscopie, aide-soignante), la planification/programmation/régulation des activités d'endoscopie, la liste des procédures/protocoles applicables en endoscopie.

Pour les endoscopies réalisées au bloc, l'activité d'endoscopie est décrite dans la charte de bloc.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) en fonction des besoins, des risques et de la réglementation sont identifiées. Elles permettent notamment d'assurer la prise en charge des patients pour la réalisation de l'acte d'endoscopie (en programmé et en non programmé), y compris la prise en charge des complications éventuelles de l'endoscopie ; le nettoyage et la désinfection des endoscopes (et la traçabilité de ces opérations) pendant et en dehors des heures d'ouverture du secteur d'endoscopie bien le secteur d'endoscopie ne participe pas à la permanence des soins mais dans le cadre de la continuité des soins.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (personnel médical et paramédical, personnel administratif. La formation en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est privilégiée autant que possible. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Des modalités de recrutement et d'adaptation/d'intégration des nouveaux arrivants/des intérimaires sont définies.

Les risques professionnels sont identifiés et des actions de prévention mises en œuvre avec le concours de la médecine du travail.

A titre d'exemples, les formations portent sur les équipements et leur gestion, notamment le nettoyage et la désinfection des endoscopes, y compris le fonctionnement en mode dégradé, les gestes d'urgence, l'hygiène (précautions standard, etc.), l'identitovigilance, la déclaration des EI, le respect des droits du patient.

Les différents processus (management, support, interventionnel) sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques.

L'information du patient en cas de dommages liés aux soins, présente dans les livrets d'accueil de chirurgie et d'ambulatoire, fait partie d'une procédure.

La réalisation d'endoscopie en urgence en dehors des heures d'ouverture du secteur d'endoscopie (incluant la réalisation de l'acte et le nettoyage/la désinfection de l'endoscope) est protocolisée même si le secteur d'endoscopie ne participe à la permanence des soins.

Le processus support comprend les ressources humaines, le matériel/équipements, locaux et circuits, le système d'information.

Les différents processus sont formalisés au regard des différentes catégories de populations et de pathologie/traitement (patient sous anticoagulant ou antiagrégant, etc.). Les différents circuits de prise en charge (prise en charge programmée ou non, en urgence, en externe, en ambulatoire, en hospitalisation conventionnelle, prise en charge de patients non transportables) sont définis.

Les besoins en procédures sont identifiés.

Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés. Elles sont formalisées, adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire.

Exemples de procédures liées aux processus de management des risques : les modalités de planification des vacances au sein du secteur, de programmation des endoscopies et de régulation du programme interventionnel, les procédures de gestion des EI, procédure de mise en œuvre des RMM, procédure de signalement des vigilances réglementaires.

Exemples de procédures liées aux processus interventionnels : procédure de réalisation d'endoscopie chez des patients appartenant à une population spécifique, procédure de réalisation d'endoscopie en urgence, d'endoscopie au lit du patient (exceptionnellement), procédure de gestion d'une urgence vitale, procédure de gestion du dossier du patient, identification du patient, procédure de prise en charge de la douleur, mise en œuvre de la check-list sécurité en endoscopie digestive, procédure concernant le circuit du patient : préparation, accueil, anesthésie éventuelle, endoscopie, transfert post-endoscopie, procédures en cas de bactérie multirésistante, de tuberculose, d'infection à HIV.

Exemples de procédures liées aux processus support :

- procédures/protocoles/modes opératoires liés aux locaux et circuits avec hygiène des locaux (salles d'examen, salle de traitement et désinfection des endoscopes, salle de stockage), circuits des patients, des professionnels, du matériel/stérilisation, des déchets.

- procédures/protocoles/modes opératoires liés au matériel et aux équipements : nettoyage et désinfection des endoscopes, y compris en dehors des heures d'ouverture du secteur d'endoscopie, gestion des endoscopes en cas de risque ATNC, procédures en cas de bactérie multirésistante, de tuberculose, d'infection à HIV, de diarrhée à Clostridium. L'utilisation des équipements/matériels, entretien et maintenance des équipements, gestion des pannes et dysfonctionnements, entretien/vérification des équipements d'anesthésie font également l'objet de procédures.

La prévention des risques professionnels : vis-à-vis du risque chimique (procédure, fiches de données de sécurité des produits et recommandations en cas d'accident...), infectieux (procédure en cas d'accident d'exposition au sang...), est contrôlée par la médecine du travail.

Les besoins en documents d'enregistrement/de traçabilité sont identifiés. Ces documents sont élaborés, actualisés et diffusés aux professionnels.

Exemples de documents d'enregistrement, de traçabilité : inventaire équipements/matériels, traçabilité de l'acte endoscopique (patient, opérateurs, lieu, actes effectués), des dispositifs médicaux implantables, de l'endoscope et du matériel d'endoscopie. Le système d'information et les cahiers de vie des endoscopes permettent de remonter de l'endoscope au patient et du patient à l'endoscope, du nettoyage, de la désinfection et du stockage de l'endoscope, de la maintenance et des contrôles microbiologiques, des réparations externes, opérations de prêt, opérations de séquestration des endoscopes.

Le dossier médical mentionne pour les patients hospitalisés le motif de l'examen, son objectif et les risques du patient (notamment risque ATNC, risque de saignement, risque d'allergie, autre risque, etc.), le consentement éclairé, la fiche de liaison, le formulaire de préparation à l'endoscopie, le compte rendu d'endoscopie, le compte rendu d'anesthésie (si applicable), la check-list sécurité HAS, les prélèvements microbiologiques, anatomocytologiques et leurs résultats, les fiches de surveillance post-endoscopie, le support de signalement des EI. En soins externes, le dossier de l'établissement est administratif et les renseignements médicaux restent dans le dossier personne du praticien. Il comporte en outre les vigilances réglementaires, la traçabilité des opérations de maintenance, de nettoyage des locaux, des contrôles air, gaz, eau, surfaces.

Les besoins en documents d'information (planning, consignes, affiches, plaquettes) à destination des professionnels sont identifiés. Ces documents sont élaborés, actualisés et diffusés aux professionnels. Il s'agit du programme d'endoscopies, des plannings des personnels, des listes de garde et astreinte.

Les besoins en supports d'information des patients (plaquettes, affiches, dépliants, brochures) sont identifiés. Ces supports sont élaborés avec les professionnels et mis à jour à fréquence définie.

Exemples de documents d'information des patients : livret d'accueil, document d'information sur l'endoscopie, la préparation nécessaire, la surveillance post-endoscopie.

Les secteurs d'endoscopie sont en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

La configuration des locaux (salle d'examen, salle de traitement et désinfection des endoscopes indépendante, salle de stockage des endoscopes, des DM, des consommables, des produits de désinfection et de décontamination, etc.) prend en compte les besoins.

Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont organisés en prenant en compte les risques.

Le principe de marche en avant est respecté.

L'hygiène des locaux est organisée (nettoyage des salles d'examen, de traitement et désinfection des endoscopes, de stockage).

La gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux et de l'eau est organisée.

La gestion des déchets est organisée et conforme.

Il existe un dispositif adapté d'entretien et de maintenance curative et préventive.

Les besoins en matière d'achats et d'approvisionnement sont identifiés pour les secteurs d'endoscopie (endoscopes, matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, etc.).

Il n'y a pas d'endoscopies chez l'enfant dans l'établissement.

Le remplacement des endoscopes est prévu en fonction de leur vétusté, de l'activité et des évolutions

technologiques.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive/curative des endoscopes et autres équipements est prévu.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Le management des secteurs où sont réalisées des endoscopies s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins en endoscopie en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique auprès de son équipe sur la politique de management de la qualité et de la sécurité commune en endoscopie, sa mise en œuvre et son évolution.

Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement : chaque secteur a identifié ses propres besoins et ses risques spécifiques, chaque secteur a identifié ses plans d'action et objectifs opérationnels et les met en œuvre, ses objectifs sont en lien avec ses moyens.

Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...) : l'identification et la traçabilité de l'endoscope et du matériel d'endoscopie ; l'identification et la traçabilité de l'acte endoscopique ; le nettoyage et la désinfection des endoscopes (réalisation, traçabilité) ; les contrôles microbiologiques des surfaces, des équipements (réalisation, traçabilité) ; le respect des mesures de prévention du risque professionnel ; l'évaluation du risque ATNC ; l'information du patient ; la vérification de l'identité du patient ; la gestion des patients sous anti agrégants/anti coagulants ; l'identification des prélèvements ; l'utilisation des check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive », « sécurité du patient en endoscopie bronchique » et les pratiques de communication au sein de l'équipe ; la qualité des comptes rendus d'endoscopie. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur.

Elles connaissent les objectifs en matière de qualité et sécurité des soins en endoscopie et les mesures à mettre en place pour les atteindre.

Elles connaissent les procédures à suivre (quoi faire, qui contacter) en cas de défaillance/ panne d'un matériel/équipement, de défaillance sur le circuit de l'air, de l'eau, etc.

Elles participent à l'élaboration des protocoles et autres documents, à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, des événements indésirables graves (EIG), des vigilances sanitaires et réglementaires ; aux démarches EPP (par exemple, analyse de la pertinence de l'endoscopie), aux RMM, au traitement des plaintes et réclamations, aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers en lien avec l'endoscopie.

Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, des évaluations réalisées et notamment celles concernant la satisfaction des usagers.

Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

Elles participent à l'élaboration des documents utiles à leur activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical (y compris anesthésique si applicable) présents au niveau du secteur d'endoscopie lors de la visite sont adéquats et concordants avec le planning d'examen défini. Ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

La liste des personnels assurant la permanence des soins est établie, diffusée et connue de toutes les personnes et de tous les services concernés.

Les professionnels en poste sont formés (notamment au nettoyage et à la désinfection des endoscopes). Trois infirmières sont formées à l'endoscopie. En cas d'urgence les endoscopies sont réalisées au bloc opératoire par les professionnels d'astreinte du bloc.

Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Les remplaçants/intérimaires reçoivent une information sur l'établissement et l'endoscopie leur permettant l'exercice de leur fonction.

Des formations sont aussi réalisées pour la manutention des malades, gestes d'urgence, prise en charge de la douleur, nettoyage des endoscopes, risques infectieux.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient : Rôle des personnels des secteurs endoscopie, modalités de séquestration des endoscopes, protocoles de lavage et désinfection.

Dans les secteurs où sont réalisées les endoscopies, les procédures et autres documents utiles sont

disponibles, accessibles et à jour.

Les professionnels disposent notamment de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge (dossier du patient, prescriptions, résultats d'examens, préparation...).

Le programme d'endoscopies (pour les activités d'endoscopies régulées) est accessible aux professionnels et comporte les éléments nécessaires à la sécurité du patient. Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Le management dispose de l'ensemble des informations lui permettant de s'assurer que : les locaux et équipements (y compris d'anesthésie) sont adaptés et opérationnels ; les opérations de maintenance sont réalisées et tracées selon les procédures définies par l'établissement et en adéquation avec la réglementation et les normes en vigueur ; les contrôles de l'air, des gaz médicaux, de l'eau et des surfaces sont réalisés et tracés.

Les équipements/matériels en panne sont remplacés dans des délais permettant la continuité de la prise en charge des patients ; le matériel de prêt est tracé et contrôlé microbiologiquement avant son utilisation.

Le renouvellement des endoscopes en fonction du nombre d'actes réalisés et de leur ancienneté est effectif.

L'approvisionnement en matériels (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, DM, etc.), linge, permet de répondre aux besoins/à l'activité. Un programme d'actions préventives et de surveillance est formalisé. Il existe un contrôle formalisé des stocks de matériel stérile et des dates de péremption des consommables à usage unique.

Le matériel de protection des professionnels est disponible et opérationnel.

Les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, les responsabilités, les missions sont organisés, permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires, etc.) par un « Mémo processus management de la prise en charge du patient en endoscopie ».

La configuration des locaux (salle d'examen, salle de traitement et désinfection des endoscopes indépendante, salle de stockage des endoscopes, des DM, des consommables, des produits de désinfection et de décontamination, etc.) prend en compte les besoins.

La configuration des locaux (salle d'examen, salle de traitement et désinfection des endoscopes indépendante, salle de stockage des endoscopes, des DM, des consommables, des produits de désinfection et de décontamination, etc.) prend en compte les besoins.

Cependant, la configuration de la zone d'endoscopie ne répond pas aux bonnes pratiques. Il n'y a pas de séparation des zones de traitement des endoscopes et de stockage avec la salle d'examen, bien que prévue prochainement. La salle endoscopie, salle N° 7 du bloc opératoire où sont réalisées les endoscopies digestives sous anesthésie générale est contiguë au local de lavage et de décontamination des endoscopes. Par ailleurs, ce local, bien que spécifique et adapté ergonomiquement, n'est pas correctement ventilé et est largement ouvert sur la salle d'endoscopie. Une étude de poste de la médecine du travail en septembre 2015 préconisait de maintenir le fonctionnement de la hotte aspirante au maximum de sa puissance et de conserver le couvercle de plexiglas le plus possible sur le bac d'acide peracétique, ce qui n'est pas toujours possible en raison de la forte activité de ce secteur. Néanmoins, les résultats des prélèvements dans l'air d'acide acétique et peroxyde d'hydrogène réalisés en juin 2015 sont inférieurs à la valeur limite d'Exposition. Par ailleurs, il existe un projet global au niveau de la polyclinique qui prévoit le remplacement du lavage désinfection manuel à l'acide peracétique par l'installation d'un lave endoscope automatique et étanche et la création d'une nouvelle salle centrale de désinfection/stockage indépendante et isolée des salles d'examens.

Il y a au bloc, 7 coloscopes et 2 fibroscopes, en soins externes 1 : 2 fibroscopes gastriques et 2 fibroscopes urinaires et en soins externes 2 : 2 fibroscopes gastriques, 1 coloscope court. Il n'y a pas de transport des endoscopes d'un secteur à l'autre.

Les endoscopies sont réalisées par 3 gastro-entérologues et 1 urologue

Les prélèvements bactériologiques des endoscopes sont réguliers.

La régulation des activités afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est organisée. (Responsable, suivi, traitement des dysfonctionnements, etc.).

La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques, procédures dégradées affichées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

L'ensemble du programme d'endoscopies est régulé au quotidien par les responsables des secteurs.

Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs d'endoscopie et les secteurs cliniques, médico-techniques, et administratifs.

L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme aux règles définies. Des réunions communes hebdomadaires entre secteurs sont organisées notamment pour analyser et traiter des EI.

Les conditions de travail et le climat relationnel au niveau du secteur favorisent la collaboration et la communication entre professionnels. La communication entre professionnels est favorisée.

La déclaration et l'analyse des EI sont effectives. Les procédures de signalement/d'analyse et supports de signalement sont connus des professionnels, qui participent à la déclaration des EI et à leur analyse.

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH et le CLIN.

Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisés selon les règles définies et tracées, les contrôles microbiologiques réguliers des endoscopes sont réalisés et tracés.

La mise en place des circuits est effective : circuit des patients, circuit des professionnels, circuit du matériel, circuit du linge, circuit des déchets.

Le principe d'asepsie progressive est respecté, le nettoyage des différentes salles du secteur est réalisé selon la procédure définie et est tracé, les contrôles microbiologiques des locaux sont réalisés et tracés, le tri des déchets est réalisé (DASRI, DAOM).

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre, notamment la protection vis-à-vis du risque chimique lié à l'utilisation de détergents, désinfectants, etc.) : port de lunettes, masques et gants à manchettes longues, tablier imperméable, fiches de données de sécurité des produits présentes et facilement accessibles, etc.).

Le contrôle des vaccinations, la prévention/gestion des accidents d'exposition au sang est sous contrôle de la médecine du travail.

Un audit a été réalisé sur la ventilation/qualité de l'air en salle de nettoyage/désinfection des endoscopes notamment au bloc opératoire.

La méthode du patient traceur a contribué à évaluer de manière rétrospective certains éléments de cette prise en charge.

Lors de sa prise en charge, le patient est informé tout au long de sa prise en charge, notamment sur : le bénéfice/risque de la procédure (risque de la procédure elle-même, de l'anesthésie éventuelle ou du contrôle radiologique le cas échéant) ; son consentement éclairé est recueilli ; les consignes à suivre avant la procédure (préparation à la procédure, jeûne, gestion des traitements, exigences liées à l'anesthésie éventuelle, etc.) ; les consignes à suivre après la procédure (reprise de l'alimentation, traitements médicamenteux et non médicamenteux éventuels, effets indésirables possibles, signes cliniques à surveiller, etc.).

L'identité du patient est vérifiée à chaque étape.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées.

La confidentialité des données concernant le patient est assurée.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées et transmises à chaque étape (dossier du patient), informations médicales issues de la consultation spécialisée (dossier d'hospitalisation, fiche de liaison) mentionnant le motif de l'endoscopie, sa balance bénéfice/risque pour le patient, les risques spécifiques à ce patient (notamment le risque ATNC, le risque de saignement, le risque allergique, le risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque, ou toute autre comorbidité). Le compte rendu d'endoscopie mentionne l'identité du patient, la date de l'endoscopie, l'opérateur, l'établissement, l'indication, la préparation, les modalités d'anesthésie (si applicable), les actes d'endoscopie réalisés, l'endoscope utilisé, les dispositifs médicaux implantés, le déroulement de la procédure et ses éventuelles difficultés ou complications, la conclusion.

En ambulatoire les documents remis au patient à sa sortie comportent le compte rendu endoscopique/d'anesthésie (si applicable), le bulletin de sortie, l'ordonnance de sortie, un courrier pour le médecin traitant.

La gestion des traitements antiagrégants/anticoagulants est assurée.

L'antibioprophylaxie administrée (si indiquée) est conforme aux protocoles validés dans l'établissement par la SFAR.

Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué.

Les check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive », sont mises en œuvre et tracées dans le dossier du patient.

Les prélèvements microbiologiques ou anatomo-cyto-pathologiques réalisés sont correctement identifiés et tracés.

Si applicable, la sortie de SSPI est validée par le médecin selon la procédure définie.

En cas de prise en charge en ambulatoire : vérification de l'aptitude au domicile, fiche d'autorisation de sortie signée par le médecin.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

À l'échelle de l'établissement, la structure pilote assure le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient en endoscopie.

Cette évaluation globale est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'endoscopie et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'

établissement.

Le suivi régulier de la progression des indicateurs en endoscopie permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

Le contenu du tableau de bord comprend, quand ils sont disponibles : les indicateurs nationaux ; les indicateurs régionaux ; les indicateurs locaux.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances, des réunions de direction de l'établissement et des différents secteurs où sont réalisées les endoscopies. Le récent départ de 3 médecins non remplacés, dont un pneumologue, a entraîné une baisse d'activité de ce secteur.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie est réalisé, au minimum une fois par an.

L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins.

Le cas échéant, l'analyse permet d'identifier les points critiques nécessitant une surveillance particulière, les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'endoscopie, les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience sont favorisés.

Le dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficacité, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais) est organisé. Par exemple le nombre d'actes d'endoscopie réalisés dans les différents secteurs, le taux d'occupation des salles.

Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés.

A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés sur la prise en charge du patient en endoscopie afin de déterminer les mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques.

La politique de l'établissement en matière de prise en charge du patient en endoscopie est ajustée en fonction du suivi des indicateurs.

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints. Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée et structurée, en lien avec les professionnels des secteurs d'endoscopie.

Le plan d'amélioration est récent et concerne notamment la révision des protocoles de désinfection et les modalités de rangement et de stockage, la traçabilité systématique du risque ESST.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques de l'établissement (PAQS).

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau des secteurs d'endoscopie, à l'échelle de l'établissement, à la direction qualité et aux usagers.

Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés.

Le bulletin qualité mensuel de l'établissement en fait mention et les indicateurs sont affichés.